

厚生労働行政推進調査事業費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

学校の療養生活の場における医療的ケア児への
質の高い医療的ケアの提供に資する研究

平成 30 年度～令和元年度 総合研究報告書

研究代表者 田村 正徳

令和 2 年（2020 年）3 月

厚生労働行政推進調査事業費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

～学校の療養生活の場における医療的ケア児への質の高い医療的ケアの提供に資する研究～
平成30年度～令和元年度 総合・分担研究報告書

総括研究報告書・・1

田村 正徳（埼玉医科大学総合医療センター）

分担研究報告書

1. 東京都・千葉県における学校での人工呼吸器児の訪問看護に関する研究・・・・・・・・・・・・28

前田 浩利（医療法人財団はるたか会）

木内 昌子（医療法人財団はるたか会）

友松 郁子（TOMO Lab 合同会社）

2. 東京都南部における学校での人工呼吸器児の訪問看護に関する研究・・・・・・・・・・・・62

田角 勝（昭和大学小児科 小児科）

三本 直子（あいりす訪問看護ステーション）

3. 埼玉県における学校での人工呼吸器児の訪問看護に関する研究・・・・・・・・・・・・66

高田 栄子（埼玉医科大学総合医療センター 小児科）

田村 正徳（埼玉医科大学総合医療センター 小児科）

4. 三重県における学校での人工呼吸器児の訪問看護に関する研究・・・・・・・・・・・・71

岩本 彰太郎（三重大学医学部附属病院小児トータルケアセンター）

淀谷 典子（三重大学医学部附属病院 臨床研修・キャリア支援センター 小児科）

河俣 あゆみ、奥野 祐希、末藤 美貴、井倉 千佳、坂本 由香

（三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター）

5. 宮城県における学校での人工呼吸器児の訪問看護に関する研究・・・・・・・・・・・・80

田中 総一郎（あおぞら診療所ほっこり仙台）

菅原 絵理（訪問看護ステーションるふらん）

6. 介入研究前後におけるアンケート調査の比較検討・・・・・・・・・・・・87

大田 えりか（路加国際大学大学院看護学研究科国際看護学）

山路 野百合（聖路加国際大学大学院看護学研究科国際看護学）

沢口 恵（聖路加国際大学大学院看護学研究科小児看護学）

7. 学校看護師が高度な医療ケアを行うための研修プログラムを作成する研究・・・ 105
米山 明 (心身障害児総合医療療育センター小児科)
山口 直人、仁宮 真紀、高橋 長久 (心身障害児総合医療療育センター)
8. 学校での学校外看護師向けの人工呼吸器児支援マニュアルを作成する研究・・・ 109
岩本 彰太郎 (三重大学医学部附属病院小児トータルケアセンター)
9. 学校における訪問看護に関する法的対応ワーキンググループ報告・・・ 147
奈倉 道明 (埼玉医科大学総合医療センター)
田村 正徳、森脇 浩一、側島 久典、高田 栄子、奈須 康子、小泉 恵子
(埼玉医科大学総合医療センター)
10. 「訪問看護ステーションの学校での医療的ケア児支援に関する全国調査」
および「学外看護師向けの支援マニュアル案の確認調査」・・・ 158
横山 由美 (自治医科大学看護学部 小児看護学)
小西 克恵、飯島 早絵 (自治医科大学看護学部 小児看護学)
大海 佳子、黒田 光恵、佐々木 綾香 (自治医科大学附属病院 小児看護専門看護師)
福井 小紀子 (大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 地域包括ケア学・老年看護学)
田中 道子 (あすか山訪問看護ステーション)

厚生労働行政推進調査事業費（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

平成 30～令和元年度 総合研究報告書

学校の療養生活の場における医療的ケア児への質の高い医療的ケアの提供に資する研究

研究代表者総括

- 研究代表者 : 田村 正徳（埼玉医科大学 総合医療センター小児科）
- 研究分担者 : 田角 勝（昭和大学 小児科）
岩本彰太郎（三重大学 小児科小児トータルケアセンター）
米山 明（心身障害総合医療療育センター）
前田 浩利（医療法人財団 はるたか会）
田中総一郎（あおぞら診療所ほっこり仙台）
大田えりか（聖路加国際大学大学院看護学研究科国際看護学）
横山 由香（自治医科大学看護学部 小児看護学）
- 研究協力者 : 三本 直子（あいりす訪問看護ステーション）
山口 直人、伊藤 正恵（心身障害児総合医療療育センター）
西垣 昌欣（筑波大学附属桐が丘特別支援学校 副校長）
関塚奈保美（筑波大学附属桐ヶ丘特別支援学校 養護教諭）
淀谷 典子（三重大学医学部附属病院 小児科医）
奥野 祐希、末藤美貴、井倉千佳、坂本由香
（三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター）
小西 克恵（自治医科大学看護学部 小児看護学）
飯島 早絵（自治医科大学看護学部 小児看護学）
大海 佳子（自治医科大学附属病院 看護副部長）
黒田 光恵、佐々木 綾香（自治医科大学附属病院）
福井 小紀子（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻）
田中 道子（あすか山訪問看護ステーション 所長）
沢口 恵（聖路加国際大学大学院看護学研究科小児看護学）
山路 野百合（聖路加国際大学大学院看護学研究科国際看護学）
森脇 浩一、側島 久典、加部一彦、高田 栄子、奈倉 道明、
奈須 康子、小泉 恵子（埼玉医科大学 総合医療センター小児科）

【研究要旨】

I. 学校での人工呼吸器児の訪問看護に関する研究

(田村、前田、田中、田角、岩本、米山、大田)

研究目的と方法：

訪問看護師が学校での人工呼吸器児のケアに関与することの利点と課題を明らかにするために、以下の4パターンで介入する研究を行った。

I型：訪問看護師の1対1での児への付き添い、II型：訪問看護師による伝達、

III型：訪問看護師によるケア＋伝達、IV型：訪問看護師の複数の児への付き添い

介入に先立って疫学的調査専門家の指導の下に、介入前後の質問紙調査票を作成し、すべての症例から介入研究終了後に介入前後の調査票を回収し、介入の効果と課題を検討した。

結果：

症例数32人（重複あり、のべ36例）において介入を実施した。I型が25例、II型が5例、III型が6例であった。IV型は実施できなかった。（表-1）。学校における医療的ケア時にはトラブルの発生は無かった。訴訟や損害賠償の請求などには至らなかった。

事前と事後のアンケート調査の比較から示される訪問看護師介入の利点と課題

対象の児の保護者、学級担任、学校看護師、養護教諭、訪問看護師のそれぞれの職種の立場からの意見を図表にまとめた。

I型：保護者や学級担任の期待度は高く満足度も高かった。一方で、学校看護師は介入後に否定的に評価する傾向が見られた。

II型：医療的ケアの手技を習得した学校看護師の満足度は高かった。また学級担任は授業に専念出来ると感じた。しかし、情報と手技の伝達に多大な時間と労力を必要とすることが課題であった。また、学校看護師が実施できる医療的ケアが限定されている場合、習得したケア技術を活かすことが出来なかった。一般の公立小中学校の場合は、医療的ケアに関する取り決めが柔軟であったために「技術の伝達」が達成され、訪問看護師、学校ともにメリットが大きかったと報告された。

III型：III型の利点はII型と比較して学校看護師の業務負担が少なくなる点であり、課題はII型の課題に加えて医療的ケア児が複数の看護師に慣れる必要があることであった。

全てのパターンで見られた利点

保護者の身体的・精神的負担を減らす事が出来たこと、子どもの自立が促されたこと、子ども同士や教師との教育環境が良好となったことであった。

全てのパターンで見られた課題

顕著な課題としては、学校や主治医との協議に多大な労力と時間が必要なことであった。また、特別支援学校で実施可能とされる学校看護師の医療的ケアの範囲が限定される場合があるため、個々の事例に最適な支援方法の選択が困難であったことも課題であった。これがII型とIII型の介入事例が少ない原因となった。さらに、学校看護師の多くは、非常勤という不安定な立場にいる実態が明らかとなったが、学校も訪問看護師も医療事故が発生したときの責任の所在について危惧しており、教育現場における課題となっていた。

考察：

訪問看護師が学校で医療的ケアを実施する事に対して、対象児の保護者、担任、学校看護師、養護教諭にとっていずれも有用との意見が多かった。しかし、事前準備も含めて訪問看護ステーション側の負担が大きかった。Ⅰ型はコストが非常にかかり、Ⅳ型は実現性が乏しかったことから、増加する医療的ケア児への対応として文部科学省の政策との整合性を考えると、Ⅱ型かⅢ型の導入が現実的であると考えられる。

教育現場に混乱を起こさないためには、訪問看護師は事前に学校との間で情報共有と業務分担の打合せを通して学校教育システムに対する理解を深め、医療事故発生時の対処法や責任の所在についても打ち合わせを行い、文書等により明確化しておく必要がある。学校看護師が今後高度な医療的ケアを実施する場合には、人工呼吸器等の高度医療ケアに習熟する機会の確保も必要である。さらに、訪問看護師の介入に対する財源の確保、及び学校看護師の雇用形態の安定化も大きな課題である。

以上より、今後の研究班に期待される役割として、これらの課題を解決するために、研究班の中でワーキンググループを構成し、以下の3点に関するマニュアルを作成した。

Ⅱ. 学校における質の高い医療的ケアの提供を学校看護師と訪問看護師が協力して遂行するためのマニュアル作り

Ⅱ-1. 学校看護師が高度な医療ケアを行うための研修プログラムを作成する研究

(米山) (付録資料 1.) (分担研究者報告-3)

既存の学校の看護師対象研修プログラムのアンケートやディスカッション等から、学校看護師が人工呼吸器を学ぶために必要な項目を絞り、校医・医療的ケア指導医・在宅人工呼吸管理の経験のある小児科医師がプログラム案を作成した。

Ⅱ-2. 学校での学校外看護師向けの人工呼吸器児支援マニュアルを作成する研究

(岩本、前田) (付録資料 2.) (分担研究者報告-4)

訪問看護師による学校での支援の試験的実践を踏まえて、学校外看護師が学校内で医療ケアを実施するにあたって知っておくべき基本情報「人工呼吸器使用児等が安全に教育を受けるための学校外看護師にむけた支援マニュアル」をまとめた。医療的ケア児の就学先を決定する仕組みから始まり、特別支援学校での職種の役割、居宅と学校での看護実践の違い、学校外看護師による介入から実践までを事例紹介を含めて解説した。このマニュアルは、後述の5箇所の訪問看護ステーションのヒアリング調査でも非常に好評であり、現場のニーズに合っていることが分かった。

Ⅱ-3. 学校における訪問看護に関する法的対応(奈倉、田村、前田) (分担研究者報告-5)

訪問看護師が学校内で高度な医療的ケアを行う場合の法的手続きや責任の所在に関して議論した結果、1) 主治医は学校に対して児の過去の病歴や現在の医学的病態を医師向けに記載した診療情報提供書を提出し、これらの医学的な情報を学校や医療的ケア指導医と共有することが望ましい。2) 医療事故の発生予防と事故発生時の対応のために、あらかじめ策定したマニュアルを遵守する必要がある。また、万が一損害賠償が発生した場合に備えて、主治医、看護師ともに適切な損害賠償責任保険に加入することが望ましい、との結論を得た。

結論：

十分な準備の下に訪問看護師が学校で人工呼吸器児のケアに関わることで、保護者の付き添いが無くとも医

療的ケアを安全に実施することが出来た。この取り組みは保護者の負担を軽減するだけで無く、対象児や周囲の児童にも種々の教育的効果をもたらすことが示された。横山が行った全国の訪問看護ステーションに対するアンケート調査でも同様の内容が示されたが、これについては後述する。学校外の看護師が学校内での医療的ケアを実現するためには、行政が率先して医療的ケア児が通学により教育を受けられるシステム作りをすることが望まれる。

学校で訪問看護師が人工呼吸器児のケアに関わる場合には、Ⅰ型のように訪問看護師が終始付き添う方法か、Ⅱ型・Ⅲ型のように学校看護師に技術を伝達する方法が有効と考えられる。Ⅰ型は、市や教育委員会が訪問看護ステーションに委託して予算を捻出した場合に実現可能となっており、引き続き行政の柔軟な対応が求められる。Ⅱ型・Ⅲ型の技術伝達については、訪問看護師が学校看護師に対して研修を提供するという形で実現できる。そこで、学校看護師の看護ケアの向上を図るために、「高度な医療的ケアを行うための研修プログラム案」を作成した。訪問看護師は、家庭生活での医療ケアにまつわる対処法を熟知しており、学校看護師に技術伝達する主体として適していると思われる。また、訪問看護師が学校と効果的な連携を取るために心得ておくべき「人工呼吸器使用児などが安全に教育を受けるための学校外看護師に向けた支援マニュアル」を作成した。そして、医療事故に対応するための「法的対応指針」を作成した。

こうした提案を関係者が十分に活用し、「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（平成 30 年法律第 104 号、以降、成育基本法という）が成立した日本においてこそ、保護者の負担を出来るだけ軽減して医療的ケア児が学校教育を受ける権利を行使出来る様な時代が来ることを期待したい。

【研究要旨】

Ⅲ. 「訪問看護ステーションの学校での医療的ケア児支援に関する全国調査」（横山）

医療的ケア児が就学するにあたって、学校において必要な医療的ケアが提供されるよう、訪問看護師が学校へも訪問し、医療的ケア児のケアに携わるといったことが行われている。しかし、訪問看護において小児を対象とする実態が明確にされておらず、ひいては医療的ケア児の学校との連携については、全国的な動向が把握されていない。そのため、本研究では、在宅で療養する小児を支援する全国の訪問看護ステーションの調査を行い、小児の訪問看護の実施状況、学校等との連携に関するニーズ、学校との状況共有、連携のタイミングなど、関係機関との連携についての実態を明らかにすることを目的に質問紙調査（調査 1・調査 2）、インタビュー調査（調査 3）を実施した。また、「人工呼吸器使用児などが安全に教育を受けるための学外看護師にむけた支援マニュアル案」の確認調査（調査 4）を実施した。

【方法】：調査 1：全国の訪問看護ステーション 11,754 施設の管理者を対象に質問紙調査。調査 2：調査 1 で調査 2 を受けることのできた 37 施設に質問紙調査。調査 3：調査 2 で回答を得た 24 箇所の訪問看護ステーション管理者を対象にインタビュー調査。調査 4：「学校外看護師に向けた支援マニュアル案」を全国 1000 箇所の訪問看護ステーションに送付し、意見を求めた。

【結果】：調査 1：回収数 2,312（19.7%）、有効回答数 1,830（79.6%）、過去 1 年間の 18 歳以下で医療的ケアの実施を有する利用者数に人数の記載があったのは 748（40.9%）。調査 2：回収数 24（64.9%）、有効回答数 24（100.0%）。調査 3：8 箇所が承諾、3 箇所は新型コロナウイルス感染症

のため中止、5箇所インタビュー調査。調査4：1000カ所中370カ所から回答を得た。

1) 小児を対象に行っているのは993施設(54.3%)。2) 学校に訪問して医療的ケアを実施しているのは78施設(4.3%)。3) 依頼経緯は、子どもの親67.9%、学校37.2%、教育委員会30.8%であった(複数回答)。費用負担は都道府県や市、教育委員会など、保護者負担はない。4) 連携が非常にとりにくいが養護教諭22.6%、学校看護師23.5%、管理者21.4%、学校介助員25.0%、コーディネーター教諭44.4%。訪問時に担任教諭や学校看護師と情報交換をしていた。5) 学校における危機管理体制がなしあるいは不明が61.8%、危機管理体制を訪問看護ステーション看護師と一緒に作ったところもあった。何か起こった際には所属する訪問看護ステーションでの保険や看護師個人の保険で対応することを想定していた。6) 学校で医療的ケアの責任を負うこと、子どもの危険に対応することを負担に感じていた。7) 子どもの自立の促し、教員・養護教諭が適切なケアの理解、子ども・家族とより良い関係、担任教諭・学校看護師・養護教諭との連携がしやすくなるという利点があった。8) 訪問看護ステーション看護師が学校看護師への医療的ケアの技術や知識などの指導を行っていた。9) 看護師が子どもの医療的ケアを担っている状況ではほとんど保護者は学校内に待機していなかった。調査4(学校外看護師にむけた支援マニュアル案確認調査)：「大変勉強になった」等の前向きな意見が多く、マニュアル修正案、マニュアルの感想・要望、今後への期待・要望が挙げられていた。

【考察】学校への訪問看護ステーション看護師の訪問は、4.3%と少なく、学校への看護師の訪問は都道府県および市によって一律の方法で実施できない状況が明らかとなった。ケアの責任の所在については、明文化し共通理解ができるようにしておくために、学校側と学校外看護師との学校へ訪問前にしっかりと調整しておくことが必要である。マニュアル作成のために意見を求めたが、副次的に訪問看護ステーション管理者の考える機会や学びを深める場となった。今後マニュアルの提供方法について検討していく必要がある。

A. 研究の背景と特色

近年我が国では、新生児医療の発達や呼吸・循環医療の進歩・普及により、在宅において高度な医療的ケア（人工呼吸管理、喀痰吸引、経管栄養等）を必要とする小児が増加し、奈倉等の調査によれば、人工呼吸器を必要とする在宅医療児はこの10年間で10倍に急増している¹⁾。医療的ケアを受けながら就学する小児も増加しており、文部科学省による令和元年度の調査²⁾によれば、全国の公立特別支援学校においても、8,392名の児童が延べ33,007件の医療的ケアを受けており、特に人工呼吸器を装着している児童は1,502名で右肩上がりに増加しており、平成23年度の850名の1.8倍となっている。その医療的ケアに対応するため、公立特別支援学校には看護師2,430名が配置され、認定特定行為業務従事者として医療的ケアを実施できる教員は4,645名いる。また公立の幼稚園・小・中・高等学校にも医療的ケアを必要とする児童生徒が全国で1,453名在籍し、看護師1,122名が配置されている²⁾。

平成29年度の厚生労働科学研究特別研究事業「医療的ケア児に対する教育機関における看護ケアに関する研究」では、学校における訪問看護師の支援を4類型に分類し、合計21例の人工呼吸器管理中の小児に看護ケアを実施した。そこでは、こうした介入により保護者の負担が軽減するだけで無く児童の自立の促進や社会性の習得といった効果がうかがえたが、訪問看護師と学校職員との連携に関わる負担などの課題も示されたところである。

B. 研究目的

I. 学校での人工呼吸器児の訪問看護に関する研究

本研究では、学校における医療的ケア児への看護師によるケアに関して、パターンIからIVまでの類型別の効果と課題を明らかにする。

II. 学校における質の高い医療的ケアの提供を学校看護師と訪問看護師が協力して遂行するためのマニュアル作り

研究Iを踏まえてより効果的な医師-訪問看護師-学校看護師-教育関係者の連携方法を検討し、「医療的ケア児を学校で見る訪問看護師によるケアのためのマニュアル」案や「学校看護師の高度医療的ケアの研修プログラム」案や「学校における訪問看護師による医療的ケアに関する法的対応」案の作成を通じて高度医療的ケア児の教育現場での保護者の付き添い解消に向けての提言を行う。

III. 訪問看護ステーションの学校での医療的ケア児支援に関する全国調査

医療的ケア児が就学するにあたって、学校において必要な医療的ケアが提供されるよう、訪問看護師が学校へも訪問し、医療的ケア児のケアに携わるといったことが行われている。しかし、訪問看護において小児を対象とする実態が明確にされず、ひいては医療的ケア児の学校との連携については、全国的な動向が把握されていない。そのため、本研究では、在宅で療養する小児を支援する全国の訪問看護ステーションの調査を行い、小児の訪問看護の実施状況、学校等との連携に関するニーズ、学校との状況共有、連携のタイミングなど、関係機関との連携についての実態を明らかにする。

C. 期待される効果

本研究では、訪問看護師が学校において医療的ケアや看護を提供する場合の制度等の検討に資する基礎資料を作成し、政策提言を行う。具体的には、医療的ケア児の具体的なニーズを明確化しそれを踏まえた学校における訪問看護師による支援

方法（プロトコル等）及び訪問看護ステーションや在宅医と学校等の関係機関の連携における課題や方法等に関して、既存の制度や事業との関連や整合性等を考慮した上で課題を明確化し、政策に活用出来る資料を提供する。更に医療的ケアを必要とする学童期の小児や家族への支援資源の 1 つである訪問看護ステーション看護師の学校におけるケアのための手引書案の作成は、学童期にある医療的ケアを必要とする小児の学校生活の広がりにつながる。

また、長期的には下記のような効果が期待される。

- ・ 学校看護師と訪問看護師との連携の促進による児童へのケアの質の向上
- ・ 学校看護師の人工呼吸管理を含めた高度ケア技術の向上
- ・ 医療と福祉、教育の連携の構築
- ・ 医療的ケア児を支える人材育成の推進
- ・ 高度な医療的ケアを必要とする児童の教育の機会の拡大
- ・ 児童の自立の促進、社会性の習得
- ・ 児童が積極的に意思を表明する機会が増えることによる、教師の教育環境の改善
- ・ 保護者の社会的活動への参加の推進
- ・ 全ての子どもの健全な育成に貢献、子育てしやすい社会の推進

D. 研究計画・方法

I. 学校での人工呼吸器児の訪問看護に関する研究（田村、田角、米山、前田、田中、岩本、大田）

1. 調査準備

まずそれぞれの分担研究者チームが治療に関わっている人工呼吸器を装着して特別支援学校や小・中学校等の教育機関に通学している学童児を対象として、学校において訪問看護師が医療ケアに介入することについて保護者の同意を得た。本研究は軽微な侵襲を伴う介入研究であるため、対象児及び家族に対しては文書による十分な説明を

行い、研究への参加は自由意思に基づくものとし、同意への撤回が可能であることも説明した。また、訪問看護に係る費用負担は利用者に求めないことにした。次に、本研究の準備会議に同席した文部科学省の担当官から対象となる教育機関を管轄する教育委員会に本研究への協力を要請した上で、分担研究者チームの担当医師が教育機関を訪問し、学校長、教員、学校看護師へ本研究の趣旨を説明し、研究協力の同意を求めた。担当事例の主治医が看護指示書を作成して訪問看護師に渡した。

2. 介入前後のアンケート調査案の検討

今回は疫学調査の専門家である大田分担研究者を中心に 5 回の班会議に於いて医療的ケア児・保護者の具体的なニーズと現時点での学校における医療的ケア看護の意義と課題を明確化するためのアンケート調査案を検討した。介入前後のアンケート調査の基本的な目的は保護者や看護師や学級担任それぞれのニーズや課題を明確にし、保護者 - 学校 - 訪問看護師が連携して、教育機関での医療的ケア看護体制の整備と医療的ケア児の自立への教育的支援を両立させる介入方法を確立するための基礎資料を得る。

3. 事前アンケート調査の実施

教職員、学校看護師、訪問看護師、保護者、児童向けに質問紙を配付して前アンケート調査を実施した。

4. 医療的看護ケアの介入

人工呼吸管理を必要とする児童を対象に宮城県・埼玉県・東京都・千葉県・三重県の特別支援学校や小中学校において、実際に訪問看護師が教育機関で実施する介入方法を以下の 4 パターンに分類して、分担研究者・研究協力員が保護者と学校関係者と打合せを行ったうえで事例毎に選択して介入試験を実施した。

I 型（訪問看護師の付き添い）：訪問看護師が付き

添い学校での医療的ケアを全て行う。

Ⅱ型（訪問看護師による伝達）：訪問看護師が学校看護師にケアの方法などを伝達する。

Ⅲ型（訪問看護師によるケア＋伝達）：訪問看護師が学校看護師にケアの方法などを伝達し、同時に訪問看護師もケアを実施する。

Ⅳ型（訪問看護師が複数の児の付き添い）：訪問看護師が学校で人工呼吸器児及び他の医療的ケア児の医療的ケアを行う。

5. 介入効果と課題の評価

介入試験の効果と課題を明らかにするために介入後には、保護者と看護教員と担任と介入を実施した訪問看護師を対象に事後アンケート調査を実施した。

上記の結果を踏まえて、教育現場における訪問看護師のパターン別の介入の医療的・社会的な安全性と教育的効果と実行可能性や課題等を分析した。また、必要に応じて訪問看護師、学校の教職員、学校看護師、保護者、医師等関係者による検討会を実施した。

6. 倫理的配慮

介入研究は研究代表者と全ての分担研究者の施設の倫理委員会の承認を得て行われた。全例保護者と学校長の同意を得て実施された。保護者には介入研究に関わる経済的負担は一切求めなかった。

Ⅱ. 学校における質の高い医療的ケアの提供を学校看護師と訪問看護師が協力して遂行するにあたっての課題解決に必要なマニュアル作り

介入研究で浮かび上がってきた課題のうち、当研究班で検討するのが妥当と考えられた以下の3課題について分担研究者と研究協力員でワーキンググループを構成して検討を行った。

1. 学校看護師が高度な医療ケアを行うための研修プログラム（米山）
2. 人工呼吸器使用児などが安全に教育を受けるた

めの学校外看護師にむけた支援マニュアル（岩本、前田）

3. 学校における訪問看護に関する法的対応（奈倉、田村、前田）

Ⅲ. 訪問看護ステーションの学校での医療的ケア児支援に関する全国調査（横山）

調査1： 全国の訪問看護ステーション 11,754 箇所の管理者を対象に、調査1の質問紙を2019年1月25日～2月1日に郵送した。

調査2： 調査1で調査2を受けることのできる承があった37施設に質問紙調査。

調査3： 調査2で回答を得た24箇所の訪問看護ステーション管理者を対象にインタビュー調査。

調査4： 本研究班で作成された「人工呼吸器使用児等が安全に教育を受けるための学校外看護向けの支援マニュアル案」を全国1000箇所の訪問看護ステーションに送付し、意見を求めた。

E. 研究結果

I. 学校での人工呼吸器児の訪問看護に関する研究

1. 医療的安全性の検証（総括報告書文末の表1）

延べ36例（実人数は32例）において安全に介入研究を実施出来た。総括報告書文末の表-1のように、パターン別にみるとⅠ型は25例、Ⅱ型は5例、Ⅲ型は6例で延べ36例であったが、Ⅱ型のうちの2例はⅠ型の終了後にⅡ型を、Ⅲ型のうちの2例はⅠ型の終了後にⅢ型も実施した事例であった（表-1）。Ⅳ型の介入予定が2組あったが、ともに対象児の体調不良で日程調整が困難となり、今回の研究期間では行えなかった。

学校における医療的ケアの介入によるトラブルの発生は無かった。

2. 事前と事後のアンケート調査の比較から示される訪問看護師介入の利点と課題（総括報告書文末の表2）

2-1. パターン別の利点と課題

I 型：訪問看護師が児の学校滞在中に付き添う介入は、学校側に最も受け入れられやすいパターンであった。在宅でケアする訪問看護師が担当した場合は、介入前から保護者や学級担任の期待度は高く実施後の満足度も高かった。また在宅と同じ方法での医療ケアが受けられるために児もケアに慣れていて安心度も高かったと考えられる。一方では、学校看護師は事前に訪問看護師の介入を有用と期待していたが、介入後には否定的に評価する傾向が見られた。これは、自分たちが学校での実施を認められていない医療的ケアを訪問看護師が実施していたためでは無いかと考えられた。また実践にあたっては訪問看護ステーションに支払うコストは最もかかると考えられる。

II 型：訪問看護師が学校看護師に児の医療的ケアを伝達する場合の課題は、学校看護師と訪問看護師の情報共有と個々の児に適合したケア方法の伝達に多大な時間と労力を必要とすることである。特に学校看護師が気管内吸引や気管切開カニューレの操作などに不慣れな場合は、外部の専門職員（医師や看護師）によるインタビューや講義を受講した上で、保護者の同意の上で実際に外部の専門職員立ち会いの下で操作のシミュレーション実習の実施を必要とした。また個々の児に最適のケア方法を伝達したとしても、自治体や学校、学校看護師が実施可能な医療的ケアの範囲を制約している場合は、学校看護師は習得した個別のケアを活かすことが出来ず、保護者からの評価も下がる事になる。一方では訪問看護師と医療ケア児に関する情報を共有した上で、そうした手技を習得することの出来た学校看護師は介入後の満足度が高かった。また学級担任も学校の事情に詳しい学校看護師が付き添うことで授業に専念出来ると感じていた。

III 型：訪問看護師が学校看護師に児の医療的ケアを伝達するとともに、繁忙期に児の医療的ケアを行う場合の課題は、II 型と共通する課題が挙げら

れる他、医療的ケア児は、複数の看護師に慣れる必要がある。利点は、II 型に比較して学校看護師の業務負担が少なくなり、学校側としては受け入れやすくなるのでは無いかと考えられる。

IV 型：経済効率の点では最良と考えられるが、1 人の訪問看護師が同じ学級の人工呼吸管理を必要とする児を看ていることが稀である上、さらに、対象児の候補が見つかり事前準備を進めていたが、どちらか一方が体調不良になり登校出来ないという状況が重なり、2 年間の研究期間中には実施が出来なかった。

2-2. すべてのパターンに共通する利点

<保護者にとっての利点>

保護者の肉体的負担が軽減した。更に一部の保護者では、感情面で子どものそばにいて気が休まらないと感じたり、腹がたったりといったネガティブな思いを抱くことが少なくなると回答していた。

<児童にとっての教育的効果>

児童が保護者から離れて授業を受けることにより、自分から吸引して欲しい等の意思を表明する必要が生じ、自立心が養われた。

更に同じクラスの児童も、対象児に関する質問を看護師にしたり、対象児に声かけをしたりして仲間意識の形成が促進された。

<学校にとっての効果>

保護者が付き添わないことで児童と教師との 1 対 1 の関係性が構築できた。子ども同士の世界を作ることが出来、学級担任は授業に専念できた。訪問看護師と学校看護師と担任を含む学校関係者間で何度も振り返りのカンファレンスを開いたことで、看護ケアの共有と情報交換がなされ、訪問看護師の不安は軽減した。学校看護師にとっても対象児の医療的ケアの内容を客観的に理解し意見交換する好機となり、学校看護師の医療的ケアの技術が向上した。災害などの際の非難訓練計画を看護師間で議論することで、学校での災害対策の準備を整えることができた。

2-3. すべてのパターンに共通する課題

1) 学校側の危惧

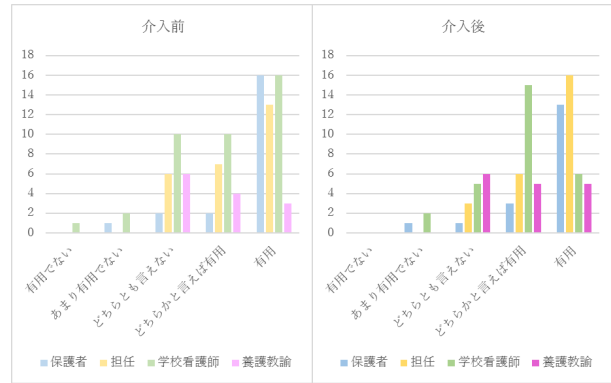
- ・ 訪問看護師が学校という教育環境と医療的ケアの教育的意義を理解しないのではないか
- ・ 学校看護師の看護技術が訪問看護師に及ばないことを保護者が批判するのではないか

2) 訪問看護師側の負担の大きさ

- ・ 担当の児と家族に対する事前の説明
- ・ 学校管理者との事前の折衝
- ・ 担任及び学校看護師との打ち合わせ
- ・ 事前および介入中における主治医との折衝
- ・ 訪問中の学校職員に対する気遣い
- ・ 授業中のケアが他の児の教育の邪魔にならないかという危惧
- ・ 在宅での“静”の状態とは異なり、学校という社会における“動”の状態でのケアへの不慣れ
- ・ 学校スタッフ（教員、学校看護師、養護教諭）と協働していくための、事前の十分なコミュニケーション
- ・ 学校看護師を含む学校側の理解と協力（特にⅢ型での介入には、十分な体制整備がないと安全に実施できない。）
- ・ 学校訪問による本来業務への支障
- ・ 担当外の児が急変した時の対応

今回の介入研究では、医療的トラブルや事故等の大きなトラブルは発生しなかったが、訪問看護師は医療従事者のための保険に入っていた他、研究全体としても臨床研究保険に入っていたものの、学校関係者も訪問看護師も、万一医療的トラブルや事故が発生したときの責任の所在を危惧していた。

図 1. 訪問看護師が学校で医療的ケアを実施することに関する意識の変化



Ⅱ. 学校における質の高い医療的ケアの提供を学校看護師と訪問看護師が協力して遂行するために必要なマニュアル作り

分担研究者と研究協力員でワーキンググループを構成して検討した結果、以下の様な案を提示する事が出来た。

Ⅱ-1. 学校看護師が高度な医療ケアを行うための研修プログラム（米山）（付録資料1.）（分担研究者報告-3）

人工呼吸器を使用する子どもに学校で過ごす機会を拓げるためには、ケアする看護師の知識や技術、経験を増やすことが必須であり、そのための研修が必要であると考えられた。そのため本研究では、学校場面に特化した、人工呼吸器看護を学ぶ研修プログラム案を作成した。作成プロセスとしては既存の学校の看護師対象研修プログラムのアンケートやディスカッション等からプログラム内容を絞り、校医・医療的ケア指導医・在宅人工呼吸管理の経験のある小児科医師が執筆した。執筆したものを複数の看護師がレビューし、その意見を元に最終案を作成した。本案を一例として、各地域・学校ごとに適した研修の形を検討する必要がある。また本案を元にした研修の効果測定は実施されておらず、今後の課題である。

Ⅱ-2. 人工呼吸器使用児などが安全に教育を受けるための学外看護師むけの支援マニュアル（岩本、前田）（付録資料2.）（分担研究者報告-4）

人工呼吸器管理を必要とする児童生徒を対象にした、訪問看護師による学校での支援の試験的実

践を踏まえて、学外看護師が学校内で医療ケアを実施するにあたって知っておくべき基本情報をまとめた。障害の状態、本人の教育的ニーズ、本人・保護者の意見、教育学、医学、心理学等専門的見地からの意見、学校や地域の状況等を踏まえた総合的な観点から就学先を決定する仕組みの解説から始まり、特別支援学校での職種の役割、居宅と学校での看護実践の違い、学校外看護師による介入から実践まで（介入パターンの違い、実践までの流れ、実践）を、事例紹介を含めて詳細に解説してある。このマニュアルについては、後述するように横山分担研究者が学校での医療的ケア児のケアに関わっている5箇所の訪問看護ステーションのヒアリング調査でも意見を聴取したが非常に好評であり、現場のニーズに合っていることが分かった。

II-3. 学校における訪問看護に関する法的対応(奈倉、田村、前田) (分担研究者報告-5)

介入研究の1年目では訪問看護師から「訪問看護師が学校に入って医療的ケアを行う場合、医療事故が起こった場合の責任の所在が不明確なため、不安を感じる」との意見が出された。学校における訪問看護師による医療的ケアを推進するためには、その法的対応も検討しておく必要があると考え、研究班内で法的対応ワーキンググループを立ち上げ、訪問看護師が学校内で高度な医療的ケアを行う場合の法的手続きや責任の所在に関して議論して整理した。その結果、1) 児の過去の病歴や現在の医学的病態を医師向けに記載した診療情報提供書を提出し、これらの医学的な情報を学校や医療的ケア指導医と共有することが望ましい。2) 医療事故の発生予防と事故発生時の対応のために、医療的ケアを実施する者はあらかじめ策定したマニュアルを遵守する必要がある。また、医療的ケア児に関わる関係者は適切な損害賠償責任保険に加入し、万が一損害賠償が発生した場合に備えて、保険契約の約款をよく読み、学校での医療的ケアの事故に対して補償が得られるか確認することが

望ましい。

III. 訪問看護ステーションの学校での医療的ケア児支援に関する全国調査(横山)

調査1: 回収数 2,312 (19.7%)、有効回答数 1,830 (79.6%)、過去1年間の18歳以下で医療的ケアの実施を有する利用者数に人数の記載があったのは 748 (40.9%)。

調査2: 回収数 24 (64.9%)、有効回答数 24 (100.0%)。

調査3: 8箇所が承諾、3箇所は新型コロナウイルス感染症のため中止、5箇所にインタビュー調査

1) 小児を対象に行っているのは 993 施設 (54.3%)。

2) 学校に訪問して医療的ケアを実施しているのは 78 施設 (4.3%)。

3) 依頼経緯は、子どもの親 67.9%、学校 37.2%、教育委員会 30.8%であった(複数回答)。費用負担は都道府県や市、教育委員会など、保護者負担はない。

4) 連携が非常にとりにくいが養護教諭 22.6%、学校看護師 23.5%、管理者 21.4%、学校介助員 25.0%、コーディネーター教諭 44.4%。訪問時に担任教諭や学校看護師と情報交換をしていた。

5) 学校における危機管理体制がなしあるいは不明が 61.8%、危機管理体制を訪問看護ステーション看護師と一緒に作ったところもあった。何か起こった際には所属する訪問看護ステーションでの保険や看護師個人の保険で対応することを想定していた。

6) 学校で医療的ケアの責任を負うこと、子どもの危険に対応することを負担に感じていた。7) 子どもの自立の促し、教員・養護教諭が適切なケアの理解、子ども・家族とより良い関係、担任教諭・学校看護師・養護教諭との連携がしやすくなるという利点があった。

8) 訪問看護ステーション看護師が学校看護師への医療的ケアの技術や知識などの指導を行っていた。

9) 看護師が子どもの医療的ケアを担っている状況ではほとんど保護者は学校内に待機していなかった。

調査 4：学校外看護師にむけた支援マニュアル案の確認調査において 1000 カ所中 370 カ所から回答を得た。「大変勉強になった」等の前向きな意見が多く、マニュアル修正案、マニュアルの感想・要望、今後への期待・要望が挙げられていた。

F: 考察

以上より、十分な準備の下に訪問看護師が学校に入ること、人工呼吸器児に保護者が付き添わなくとも学校で安全に実施することができた。この取り組みは保護者の負担を軽減するだけで無く、対象児や周囲の児童にも種々の教育的効果をもたらすことが示された。

横山の調査では、学校外の看護師が学校内での医療的ケアを実現するためには、保護者が県議員や市長に対して学校への通学を強く訴え、支援を得ることで、学校での訪問看護が実現できたと報告されていたが、成育基本法という法律が成立した現在では、行政が率先して医療的ケア児でも保護者に大きな負担をかけずに通学による義務教育を受けられるシステム作りをすることが望まれる。

今回の介入研究のⅠ型は、保護者や学級担任の満足度は高かったが、学校が訪問看護を受け入れるための事前準備に時間と手間がかかり、また学校でのケア中も訪問看護師は孤独と医療事故に対するプレッシャーといった心理的負担が大きかった。また、学校には、訪問看護師が教育現場に混乱をもたらすことへの危惧があり、全ての学校関係者が喜んで受け入れているわけではないようであった。また、Ⅰ型は潜在的に大きなコストがかかり、多くの訪問看護ステーションは採算を度外視してボランティア精神で実施していた。

Ⅳ型は、1 人の訪問看護師が同じクラスの複数の医療的ケア児を担当する事例においては有効と考えられるが、そのような例は少なく、実現する

機会が乏しかった。横山の調査では、訪問看護ステーション B で複数児をケアした例が 1 例だけあった。

Ⅱ、Ⅲ型は、訪問看護師と学校の間で何度も打ち合わせ、協力関係を築き、技術を伝達するのに時間がかかるという問題はあるが、学校が訪問看護師を受け入れる意欲を持つ場合には、非常に有効であった。今後増加する医療的ケア児に対応するため、文部科学省の政策との整合性を図るとすれば、Ⅱ型、Ⅲ型の積極的な導入が現実的であると考えられる。Ⅱ型、Ⅲ型が有効に実現するためには、学校看護師が訪問看護師から積極的に学ぼうとする姿勢が重要である。横山の調査では訪問看護ステーション D が a 校に対してⅢ型に近い支援を行っているが、事例としては少ない。また、例え新しいケア技術を習得しても、学校看護師が実施できる医療的ケアが制限されている場合には実施できず、学校看護師が児に最適なケアを提供することがしばしばできないことが判明した。今回、Ⅱ型とⅢ型の介入事例が少なかったのは、そのような原因も考えられる。一方で、一般の公立小中学校には学校看護師が 1 人しかいなかったため、訪問看護師が介入することを喜ばれた。また、医療的ケアに関する取り決めが厳格ではなかったため、学校看護師は柔軟に対応することができ、ケアに関する協議が発展して技術の伝達が起こり、訪問看護師にとっても学校にとってもメリットは大きかったという報告が見られた。ただ、事例が少ないので一般化できるか否かは今後の検討が必要である。

今回の介入研究のアンケート結果から浮き彫りになったのは、訪問看護師の学校での医療的ケアへの介入に関して、保護者、訪問看護師、校長、養護教諭、学校看護師と立場によって異なる評価が寄せられたことであった。この評価の差異は東京都、埼玉県で顕著であり、それ以外の県では目立たないように見受けられた。他県では平時から

顔が見える関係による信頼関係があることによるのかもしれない。

概して保護者は訪問看護師を好意的に評価する反面、学校看護師に対して低い評価をする傾向が見られた。在宅で人工呼吸器などのケアに習熟している訪問看護師や保護者自身と比べて、学校看護師は不慣れに映ったようであった。呼吸状態が悪化するリスクのある人工呼吸器児の看護を、非常勤という立場で、医師不在の中でケアするプレッシャーを考慮すれば、こうした評価が出るのはやむをえない。学校において高度医療的ケア児が急増する現状を考えれば、今後は学校看護師が小児の人工呼吸管理等の講習会を受講する機会を積極的に創り出すことが、急務であろう。

また、医療事故が起こった場合の責任の所在を明確化できない場合には、学校と訪問看護の双方に不安が残った。横山の調査では、校長が責任を取ると明言した場合に連携がスムーズに進んだが、そのような例はまれなようである。

そのため、訪問看護師が学校に介入してⅡ型、Ⅲ型のような技術伝達を実現するためには、以下の検討が早急に必要であると考えられた。以下の3つのテーマに基づき、分担研究者と研究協力員でワーキンググループを構成してマニュアル作りを担当することとした。

1. 学校看護師が人工呼吸器などの高度な医療ケアを行うための研修に関するプログラム作り
2. 学外看護師が学校で人工呼吸器児を支援するためのマニュアル作り
3. 学校における訪問看護に関する法的対応

G: 結論

学校に訪問看護師が入って人工呼吸器児のケアに関わることは、保護者の負担を軽減するだけでなく、対象児や周囲の児童にも種々の教育的効果をもたらすことが示された。訪問看護師が学校に関わる場合には、Ⅰ型のように訪問看護師が終始付き添う方法

か、Ⅱ型・Ⅲ型のように学校看護師に技術を伝達する方法が有効と考えられた。行政が率先して医療的ケア児が通学による教育を受けられるシステム作りをすることが望まれる。Ⅰ型はコストがかかるため、市や教育委員会が訪問看護ステーションに委託して予算を捻出した場合に、実現が可能となっており、引き続き行政の柔軟な対応が求められる。

Ⅱ型・Ⅲ型の技術伝達については、訪問看護師が学校看護師に対して研修を提供するという形で実現することができる。訪問看護師は、家庭生活での医療ケアに係る対処法を熟知しており、学校看護師に技術伝達する主体としては、病院看護師や大学の看護教員よりも適していると思われる。その際には、今回我々が提言した「学校看護師が高度な医療ケアを行うための研修に関するプログラム（付録資料1）」を活用して頂きたい。

そして、学校看護師が実施できる医療的ケアの幅を広げ、個別の児童に合わせた弾力のあるケアを保証することも必要であろう。そうすれば、学校看護師と訪問看護師の間の情報交換や協力関係を促進する基盤が整備されると期待出来る。

先述の様に児の自立志向が高まり、周囲の児との仲間意識が形成されるなどの教育的効果が現場の担任教員から歓迎される一方で、管理責任者にとっては、訪問看護師は“部外者”であり、「教育の場を乱すかも知れない」存在として警戒される可能性がある。横山による訪問看護師への調査でもそうしたプレッシャーが大きな精神的負担になっている事がうかがわれた。これに対し、「人工呼吸器使用児などが安全に教育を受けるための学校外看護師にむけた支援マニュアル（付録資料2）」を作成した。このマニュアルは、現場の訪問看護ステーションからも高く評価された。

介入研究で訪問看護師側も学校側もともに一番危惧した点は、万一学校での看護ケア時にトラブルが生じた時に誰が責任をとることになるのかという問題であった。今回一部の学校がこの介入

研究に消極的であったのも、この問題が未解決であったからである。医療事故の責任を学校だけに負わせることは現実的ではなく、ましてや明らかな過誤ではない医療事故の責任を訪問看護師に負わせるような体制では、学校での看護ケアを引き受ける訪問看護ステーションは現れないであろう。そこで我々は、法的対応策を「学校における訪問看護師による医療的ケアに関する法的対応（分担研究報告 5）」で提言させていただいた。

こうした提案を関係者が十分に活用し、成育基本法が成立した日本においてこそ、保護者の負担を出来るだけ軽減して医療的ケア児が学校教育を受ける権利を行使出来る様な時代が来ることを期待したい。

参考文献：

- 1) 平成 28-30 年度厚生労働科学研究「医療的ケア児に関する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携促進に関する研究」（研究代表者田村正徳）
- 2) 文部科学省「令和元年度 学校における医療的ケアに関する実態調査」

(https://www.mext.go.jp/content/20200317-mxt_tokubetu01-000005538-03.pdf)

- 3) 平成 29 年度厚生労働科学特別研究「医療的ケア児に対する教育機関における看護ケアに関する研究」（研究代表者田村正徳）

H. 健康危険情報

特記事項なし

I. 論文発表

後述

J. 学会発表

後述

K. 知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし

(参考資料) 表-1 介入研究事例一覧

利点 (有用だと考える理由) アンケートからの引用

児童・生徒に対するケアの質の 呼吸器装着している児童生徒が通学生となる可能性も広がる

| 担当者 | 人数 | 地域 | 学校種 | 介入方法 | 対象者 (仮名) | 呼吸器 | 対象者の特徴 | 年齢性別 |
|-------|----|-----|--------|------|----------|-----|---------------|------|
| 田村 正徳 | 1 | 埼玉県 | 特別支援学校 | ① | 田村 1 | あり | 寝たきり、意思疎通可 | 12M |
| | 1 | 埼玉県 | 特別支援学校 | ① | 田村 2 | あり | 寝たきり、意思疎通可 | 12M |
| 田角 勝 | 1 | 東京都 | 特別支援学校 | ① | 田角 1 | あり | 寝たきり、意思疎通 (一) | 12F |
| 岩本彰太郎 | 1 | 三重県 | 特別支援学校 | ① | 岩本 1 | あり | 寝たきり、意志疎通 (一) | 8M |
| | 1 | 三重県 | 特別支援学校 | ① | 岩本 2 | あり | 寝たきり、意志疎通 (一) | 12M |
| | 1 | 三重県 | 特別支援学校 | ② | 岩本 3 | あり | 寝たきり、意思疎通可 | 16F |
| | 1 | 三重県 | 特別支援学校 | ① | 岩本 4 | あり | 寝たきり、意志疎通 (一) | 14M |
| | 1 | 三重県 | 特別支援学校 | ①/③ | 岩本 5 | あり | 寝たきり、意志疎通 (±) | 13F |
| | 1 | 三重県 | 特別支援学校 | ③ | 岩本 6 | あり | 寝たきり、意志疎通 (一) | 14M |
| | 1 | 三重県 | 特別支援学校 | ① | 岩本 2-1 | あり | 寝たきり、意志疎通 (±) | 7F |
| | 1 | 三重県 | 特別支援学校 | ① | 岩本 2-2 | あり | 寝たきり、意志疎通 (±) | 9M |
| | 1 | 三重県 | 特別支援学校 | ①/② | 岩本 2-3 | あり | 寝たきり、意志疎通 (一) | 13M |
| | 1 | 三重県 | 特別支援学校 | ① | 岩本 2-4 | あり | 寝たきり、意志疎通 (±) | 14F |
| | 1 | 三重県 | 特別支援学校 | ① | 岩本 2-5 | あり | 寝たきり、意志疎通 (一) | 15M |
| | 1 | 三重県 | 特別支援学校 | ① | 岩本 2-6 | あり | 寝たきり、意思疎通可 | 17F |
| 田中総一郎 | 1 | 宮城県 | 特別支援学校 | ① | 田中 1 | あり | 寝たきり、意志疎通可 | 7F |
| | 1 | 宮城県 | 市立小学校 | ② | 田中 2 | あり | 寝たきり、意思疎通可 | 7F |
| 前田 浩利 | 1 | 東京都 | 特別支援学校 | ① | 前田 1 | あり | 寝たきり、意思疎通 (±) | 12F |
| | 1 | 東京都 | 特別支援学校 | ① | 前田 2 | あり | 寝たきり、意思疎通 (±) | 17M |
| | 1 | 東京都 | 特別支援学校 | ① | 前田 3 | あり | 寝たきり、意思疎通 (±) | 12M |
| | 1 | 東京都 | 特別支援学校 | ① | 前田 4 | あり | 寝たきり、意思疎通 (±) | 11M |
| | 1 | 東京都 | 特別支援学校 | ① | 前田 5 | あり | 寝たきり、意思疎通可 | 9M |
| | 1 | 東京都 | 特別支援学校 | ① | 前田 6 | あり | 寝たきり、意思疎通 (±) | 8M |
| | 1 | 東京都 | 聾学校 | ① | 前田 7 | あり | 寝たきり、意思疎通可 | 6M |
| | 1 | 東京都 | 特別支援学校 | ① | 前田 8 | あり | 寝たきり、意思疎通可 | 10F |
| | 1 | 東京都 | 区立小学校 | ① | 前田 9 | あり | 寝たきり、意思疎通可 | 8M |
| | 1 | 東京都 | 区立小学校 | ① | 前田 10 | あり | 寝たきり、意思疎通可 | 6M |
| | 1 | 千葉県 | 特別支援学校 | ③ | 前田 11 | あり | 寝たきり、意思疎通 (±) | 6F |
| | 1 | 千葉県 | 特別支援学校 | ③ | 前田 12 | あり | 寝たきり、意思疎通 (±) | 7M |
| | 1 | 東京都 | 特別支援学校 | ② | 前田 13 | あり | 寝返り移動可能、意思疎通可 | 8F |
| | 1 | 東京都 | 特別支援学校 | ①/② | 前田 14 | あり | 寝たきり、意思疎通可 | 10M |
| | 1 | 東京都 | 特別支援学校 | ①/② | 前田 15 | あり | 寝たきり、意思疎通可 | 10M |

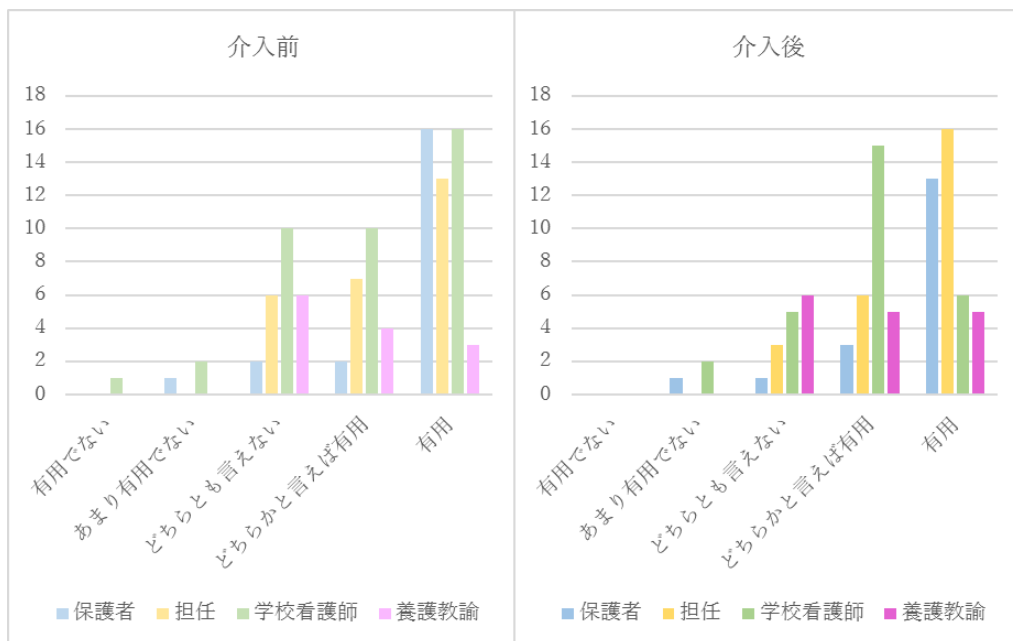
合計

32

| | |
|------------------------|--|
| 向上 | 必要なタイミングで待つことなくすみやかにケアを実施できる、タイミングよくケアを実施できる 吸引などのケアが必要な時にすぐ対応できる（学習時間の保障、本人の負担軽減） |
| 保護者との分離による児童・生徒の自立心の向上 | 児童が保護者以外と学校生活を行うことで、より学習の機会を得られることや、自立的な成長が期待できる 母子分離ができ、自立へつながる 対象児童が保護者からはなれて学習でき、自立に向けての一步になった |
| 保護者の負担軽減 | 保護者の付き添いや待機などの負担が減る 児が登校する事に対する保護者の負担感が軽減される 保護者への負担も大幅に減り、保護者の状況が改善したことで、児童自身の活動も増えた |
| 学校看護師・担任の負担軽減 | 訪問看護師からケアのやり方について細かいところまで聞くことができ、担任としても心強かった 今回は自立活動の様子を見ていただき（医ケア対応はなかったが）、給食の注入を実施していただいたが、教員としての業務に集中できる 学校看護師の人数が限られていて、訪問看護師が1名増えることで、子ども一人に対して、業務が少しでも余裕を持つことができる |
| 課題（有用と考えない理由） | アンケートからの引用 |
| 訪問看護師と学校との連携 | コミュニケーション不足で訪問看護師が何をどこまでしてくれるのか分からないことがあった 教員と連携がうまくとれていなかった 学校看護師であれば本人の健康状態や細かい点などを保護者にその場で聞いたり、確認をとったりできたが、訪問看護師の場合は連携がとりにくかった。緊急時は不安がある |
| それぞれの職種の専門性の確保と業務分担 | （訪問看護師が介入することで）母の負担は減ったが、学校看護師としてこれでよかったのかと疑問に思う 役割分担が明確でない。同じ看護師でありながら（学校看護師と訪問看護師は）立場が違う 学校看護師が訪問看護師と同じ役割を果たしているとよい |
| 学校における医療的ケアの取り決め | ガイドラインや学校の基準等で学校看護師では実施できないケアを（訪問看護師は）対応できる 学校内での条件を理解した上で行うのであれば有用 学校では指示書等に記載がないことにより日頃行っていない医療的ケアを、保護者の依頼により訪問看護師が実施することに困惑する 学校のルールやシステムに沿って学校看護師が行っている医療的ケアと在宅で訪問看護師が行う医療行為には少し違いがある |

表-2. 訪問看護師が学校で医療的ケアを実施することに関する利点と課題

図 1. 訪問看護師が学校で医療的ケアを実施することに関する意識の変化



Ⅲ 通学する医療的ケア児とその家族を支援する訪問看護師と学校等関係機関との連携に関する実態・ニーズ調査(その1)

Ⅲ-1 調査1

表 小学校・中学校・特別支援学校での医療的ケアの実施状況 複数回答

| | 過去1年間に18歳以下の利用者有りの事業所 n=68 | 過去1年間に18歳以下の利用者無しの事業所 n=10 | 全 体 n=78 |
|--------|-------------------------------|-------------------------------|-------------|
| 小学校 | 53 (78.0%) | 3 (30.0%) | 56 (71.8%) |
| 中学校 | 14 (20.6%) | 2 (20.0%) | 16 (20.5%) |
| 特別支援学校 | 38 (55.9%) | 5 (50.0%) | 43 (55.1%) |

表 校外学習・放課後デイサービスへの訪問状況 複数回答

| | 過去1年間に18歳以下の利用者有りの事業所 n=748 | 過去1年間に18歳以下の利用者無しの事業所 n=1082 | 全 体 N=1830 |
|---------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------|
| 校外学習・修学旅行への同行 | 27 (3.6%) | 10 (0.9%) | 37 (2.0%) |
| 放課後デイサービス | 31 (4.1%) | 5 (0.5%) | 36 (2.0%) |

Ⅲ-2 調査 2

2) 学年と学校種別： N=34 (ケース)

| | 国公立 | | 特別支援学校 | |
|------------|-----|-----|--------|-----|
| 小学校 低学年 | 9 | } 2 | 6 | } 2 |
| 小学校 高学年 | 2 | | 3 | |
| 中学校 | 3 | } 1 | 2 | } 1 |
| 高等部 | — | | 3 | |
| 回答なし 合計 | 17 | | 17 | |

5) 学校における医療的ケア種別の実施者：

N=34 (人) 複数回答

| | 訪問 看護師 | 養護 教諭 | 学校 看護師 | 学級 担任 | 保護者 | その他 |
|----------------|-----------|----------|-----------|----------|-----|---------|
| 人工呼吸器 | 12 | 0 | 3 | 0 | 8 | 0 |
| 気管切開 | 15 | 0 | 5 | 1 | 7 | 0 |
| 酸素療法 | 7 | 0 | 4 | 1 | 6 | 1 |
| 口鼻腔吸引 | 16 | 0 | 7 | 2 | 6 | 0 |
| 気管カニューレからの吸引 | 21 | 0 | 8 | 1 | 11 | 1 (本人) |
| カフアシスト | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| 薬液の吸入 | 5 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 |
| 中心静脈栄養 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 胃ろう・腸ろうからの経管栄養 | 16 | 0 | 6 | 1 | 7 | 0 |
| 経鼻胃管からの経管栄養 | 4 | 0 | 3 | 0 | 1 | 1 |
| 導尿 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| その他 | 6 | 3 | 0 | 1 | 2 | 1 (介助員) |

6) 学校関係者との連携の取りやすさ： N=34 (人) (%)

| | 養護 教諭 n=31 | 学校 看護師 n=17 | 学級 担任 n=33 | 管理者 n=28 | 学校 介助員 n=8 | コーディネ ータ教諭 n=9 |
|-----------|------------------|-------------------|------------------|-------------|------------------|----------------------|
| とりやすい | 13(42.0) | 6(35.3) | 20(60.6) | 8(28.6) | 4(50.0) | 3(33.3) |
| まあまあとりやすい | 6(19.4) | 5(29.4) | 7(21.2) | 12(42.9) | 1(12.5) | 1(11.1) |
| ややとりにくい | 5(16.1) | 2(11.8) | 6(18.2) | 2(7.1) | 1(12.5) | 1(11.1) |
| 非常にとりにくい | 7(22.6) | 4(23.5) | 0(0.0) | 6(21.4) | 2(25.0) | 4(44.4) |

7) 訪問看護ステーションの看護師が学校に訪問して医療的ケアを実施するにあたっての学校の理

| 受入れ・危機管理体制 | | ケース数 |
|------------|-----------|-----------|
| 学校の理解 | スムーズに入れた | 26 (76.5) |
| | 難しかった | 7 (20.6) |
| | 無回答 | 1 (2.9) |
| 学校の受入れ体制 | 体制はできていた | 15 (44.1) |
| | 体制を一緒に作った | 13 (38.2) |
| | 体制はない | 4 (11.8) |
| | 無回答 | 2 (5.9) |
| 学校の危機管理体制 | ある | 10 (29.4) |
| | なし | 4 (11.8) |
| | 不明 | 17 (50.0) |
| | 無回答 | 3 (8.8) |

10) 学校への訪問による利点 N=34 (%)

| | ない | あまりない | どちらとも | 少しある | 大いにある |
|-----------------------------|----------|----------|----------|-----------|-----------|
| 1)子どもの自立を促せた | 0 (0.0) | 1 (2.9) | 7 (20.6) | 13 (38.2) | 11 (32.3) |
| 2)教員・養護教諭に適切なケアを理解してもらえた | 0 (0.0) | 2 (5.9) | 5 (14.7) | 13 (38.2) | 13 (38.2) |
| 3)学校看護師がより適切にケアをできるようになった | 3 (8.8) | 3 (8.8) | 8 (23.5) | 5 (14.7) | 1 (2.9) |
| 4)子どもと家族とよりよい関係を築けた | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 2 (5.9) | 10 (29.4) | 22 (64.7) |
| 5)担任や学校看護師・養護教諭との連携がしやすくなった | 2 (5.9) | 2 (5.9) | 3 (8.8) | 11 (32.3) | 16 (47.1) |
| 6)その他 | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (2.9) | 1 (2.9) | 4 (11.8) |

IV 通学する医療的ケア児とその家族を支援する訪問看護師と学校等関係機関との連携に関する実態・ニーズ調査（その2）

表1 訪問看護ステーションの属性

| | | A | B | C | D | E |
|----------------------------|-------|--------------|-----|-------|---------------|------|
| 医療保険 | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 介護保険 | | ○ | ○ | — | ○ | ○ |
| 医療機関 併設 | 病院 | ○ | — | ○ | — | — |
| | 有床診療所 | — | — | — | — | — |
| | 無床診療所 | — | — | — | — | — |
| | 併設なし | — | ○ | — | ○ | ○ |
| 機能強化 型訪問看 護管理療 養費 | 1 | — | — | — | — | — |
| | 2 | — | — | — | — | — |
| | 3 | — | — | — | — | — |
| | 該当なし | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 看護師数（常勤＋非常勤） | | 11 | 6 | 5 | 4 | 5 |
| その他職種 | | 保健師 理学療法士 | 助産師 | 理学療法士 | 准看護師 理学療法士 | 事務職員 |

表 2 訪問看護ステーション毎の状況

| 対象 | 依頼経緯 | 連携のタイミング・連携の状況 | 危機管理体制 | 親の付き添い状況 | その他 |
|----|--|---|--|----------------------------|--|
| A | 保護者の要望予算は教育委員会 | 学校に行った時に学級担任及び学校看護師と情報交換。現場の教諭達は助かる・良かったとの発言があり、協力的。スムーズに入れる学校と入れない学校がある。 | 学校で作成している緊急時マニュアルとの齟齬がないようにしながら個別に作成。養護教諭が中心になって連絡する体制。協力病院に搬送。 保険：訪問看護ステーションで加入している利用者用保険内で対応。新たな保険は使用なし。 | 訪問看護師が滞在中は付き添いなし | 訪問看護師が家では見られない面を学校で、学校の教諭は学校では見られない面を訪問看護師から情報を得られる。 |
| B | 行政の広報誌に掲載、家族が行政に要望、家族からステーションに連絡。学校への看護師訪問については、市役所が学校に説明を行う。 | 学内の医療コーディネーターの教諭を通して連携。学級担任や養護教諭とは直接連携を取りにくかった。教室に行くことにより学級担任と話ができて、困りごとなどを聞くことができた。訪問の確認印で職員室（教頭など）と情報交換。 | 何か起きた時に責任は、看護師が処置をしている時は看護師、それ以外は校長。行政としては学校で起きたことは全て校長責任。校長が不安になると受け入れてもらえないこともあると考え、校長に安心してもらえるように ICT を活用し、親と連絡を取る。学校では子どものリスク管理が分からないため、細かいマニュアルを作成。医療者が危険だと判断するボーダーラインよりも手前に設定し、対処が間に合うようにしている。 | 訪問看護師が学校に行くことによって、親の付き添いなし | 親が仕事を始めることができた。 1校で複数の児童の医療的ケアを実施。 |
| C | 経費は市の教育委員会。教育委員会から医師会へ委託契約後、そこからの委託。保護者には教育委員会から話が入る。回数・費用に上限なし。カンファレンス費・交通費・キャンセル料など細かく規定されていた。 | やり取りは担任教諭、ただし学級担任も動くので、連絡が取りにくかった（お昼の時間帯に吸引のある部屋の鍵を校長室に取りに行っていたので、校長とのやり取りがあった。養護教諭の医療的ケア技術の習得状況についての情報がなく、自分の養護教諭に対する要求度が高かったと後で思った。本訪問看護ステーションは学校と直接的なやり取りができず、医師会が間に入って連絡調整。 | 訪問看護ステーションの保険 学校としての体制は出来ていると思うが、訪問看護ステーション看護師まで情報が降りてきていない。保護者とどのように対応について決めているのかの文章などはなかった。 | 訪問看護師が滞在中は付き添いなし | |
| D | 研究事業 医師から学校へ依頼 | a 校 学校看護師と連携。養護教諭とはあまり連携はとっていない。学校看護師は対象児入学のための配置。学校看護 | 3校とも対象児用の危機管理のマニュアルはあった。訪問看護ステーション看護師が入る前に話し合いをして決めた学校もあ | a・b校 親の付き添いなし | a・b校 母親に自由な時間ができた |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--------------------------|---|
| | | <p>師への技術指導を行った。</p> <p>b 校 管理者が窓口となっており、スムーズに入れた。スクーリングの子どもには学校看護師も養護教諭も手出しをしてはいけなかったので連携は無かった。 医療的ケアが必要な児の入学は初めての学校であったが、スムーズに入れた。 養護教諭は学校看護師がいるからか、対象児にはあまり関わってなかった。</p> <p>c 校 教育の場に他者が入って来るなという雰囲気があり、授業中は教室の隅で待機。ケアは個人のタイミングではなく、皆一斉に行う。</p> | <p>り。 訪問看護ステーションの保険と看護師個人の保険を利用</p> | <p>c 校 母親が別部屋で待機</p> | |
| E | <p>看護師がつかないと子どもが登校できないが、付添を予定していた看護師が人工呼吸器をみたことがないためにキャンセルになり、看護師が見つかるまでの間、居宅で担当していた当ステーションから急遽行くことになった。訪問看護ステーションとの契約が教育委員会で認められなかったために、訪問看護ステーションの休みの日に 1 個人の看護師として契約。</p> | <p>学級担任、養護教諭との連携は取りやすかった。 学校と契約している看護師としての立場。 何人かの看護師で対象児についていたので、そのローテーションは養護教諭が組んでいた。 親との連携は記録物により行った。 次年度より学校で研修会が始まる予定。何人もの看護師が 1 人の子どもに関わるため共通の情報交換・共有を目的にしている。</p> | <p>学校看護師として契約しているため学校側の保険を利用している。 危機管理体制は十分に整備されていた。</p> | <p>送り迎えは保護者</p> | <p>学校に行くようになって、子どもと家族とより良い関係になった。母親との話題が豊富になった。家で見ているのと学校でみるのでは子どもの別の側面が見える。訪問看護師と学校の教員や養護教諭とでは、子どもに関しての発見の仕方や気づきが違う。情報を共有していくと違う発見がある。</p> |

I. 論文発表

1. Hosono S, **Tamura M**, Isayama T, et al. Neonatal cardiopulmonary resuscitation project in Japan. *Pediatr Int.* 61(7), 634-640. 2019
2. H. Kirpalani, S J. Ratcliffe, M. Keszler, M. Tamura, et al. Effect of Sustained Inflation vs Intermittent Positive Pressure Ventilation on Bronchopulmonary Dysplasia or Death Among Extremely Preterm Infants. *The SAIL Randomized Clinical Trial. JAMA.* 321(12), 1165-1175. 2019
3. Morita M, Tanaka K, Matsumura S, Tamura M, Namba F. Perinatal factors associated with bubbly/cystic appearance in bronchopulmonary dysplasia: A nationwide, population-based cohort study in Japan. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2019 Aug 18:1-6
4. T Miyazawa, K Itabashi, M **Tamura**, et al. Unsupervised breastfeeding was related to sudden unexpected postnatal collapse during early skin to skin contact in cerebral palsy cases. *Acta Paediatrica*, 1-8. 2019
5. I. Y Iwasaki, T Miyanomae et al. The Current Situation of the Short- Stay Service for People with Intensive Medical Care in Japan., Bangkok, Thailand, 2017, 13-16th, November. 2017 IASSIDD 4th Asia-Pacific Regional Congress.
6. 田村正徳、船戸正久. 人工呼吸器のような高度医療ケア児の学校における看護ケアをどうするか? *日本重症心身障害児学会雑誌.* 45(1), 71-76, 2020
7. 田村正徳、川前金幸. 在宅人工呼吸患者の危機管理、*日本周産期・新生児医学会雑誌.* 55 (5) 1392-93
8. 田村正徳. 小児在宅医療、*周産期医学.* 50 (4) , 720-723, 2020
9. 田村正徳、中尾正俊 その他、令和元年度 日本医師会小児在宅ケア委員会 答申.
1. med. or. jp/dl-med/teireikaiken/20200325_3. pdf
10. 田村正徳, 医療的ケア児とは, 作業療法ジャーナル, 三輪書店, 2019. 5, 53(5) : 436-440
11. 田村正徳. NICU から始まる在宅医療. *在宅新療 0-100*, へるす出版, 4(4), 310-314. 2019
12. 森脇浩一, 奈倉道明, 田村正徳. 気管切開をしている在宅医療児の地域中核病院における緊急受入れに関する調査. *日本小児科学会雑誌.* 123(10), 1565-1570. 2019
13. 沢口恵, 山路野百合, 大田えりか, 田村正徳. 訪問看護を利用している小児の利用者数と医療的ケアの実態. *日本在宅ケア学会誌*, 23(1), 47-53. 2019
14. 田村正徳, 先天性横隔膜ヘルニアの呼吸・循環管理. *小児看護* へるす出版. 2018. 11. 41(12):1519-1526
15. 田村正徳, 15 小児の呼吸管理 1 新生児の呼吸管理. 第 23 回 3 学会合同呼吸療法認定士 認定講習会テキスト, 3 学会合同呼吸療法認定士認定委員会事務局. 2018. 08. 23:399-431
16. 田村正徳, 新生児領域 (日本新生児成育医学会、日本周産期・新生児医学会、日本新生児看護学会) / 特集: 小児診療ガイドラインの読み解き方 (各論: 小児関連学会 (分野) のガイドラインへの取り組み). *小児内科* 東京医学社. 2018. 05. 50(5):798-803

17. 田村正徳, 日本医師会小児在宅ケア検討委員会における討論状況について. 「2017 年度在宅医療推進のための会」報告書 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団. 2018. 03. 147150
18. 田村正徳, 地域包括ケアシステムにおける子どもと家族への支援の取り組み. 保健の科学 杏林書院. 2018. 01. 60(1):32-35
19. 田村正徳、仁志田博司、福原里恵, 重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療スタッフの話し合いのガイドライン—作成の経緯と課題を含めての紹介—. 小児外科 東京医学社. 2017. 08. 49(8):841-844
20. 川瀬昭彦、岩田欧介、近藤裕一、岩井正憲、深淵浩、高橋大二郎、前出喜信、平川英司、落合正行、高柳俊光、久野正、七種護、大木茂、田村正憲、楠田聡、和田和子, 熊本地震からの教訓: 大規模総合周産期母子医療センターの機能改質と入院児の緊急避難. 日本小児科学会雑誌. 2017. 06. 121(6):1067-1074
21. 委員長: 福原里恵, 委員: 饗場智、網塚貴介、飯田浩一、大城誠、加部一彦、久保実、白石淳、田村正徳、飛驒麻里子、船戸正久、和田和子、和田浩, 重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療スタッフの話し合いのガイドライン (話し合いの GL) をもっと活用しやすくなるように多職種で話し合おう! —どうして話し合いの GL をうまく活用することができないのか?—. 日本新生児成育医学会雑誌. 2017. 06. 29(2):52-54
22. 1~3 (3(4)除く) 田村正徳、金井雅代 (3(4)谷口由紀子), NICU から在宅に移行する子どもたち. 医療的ケア児等支援者養成研修テキスト 中央法規出版. 2017. 06. 208-220
23. 監修: 田村正徳, 監修: 医療的ケア児等コーディネーター養成研修テキスト. 医療的ケア児等コーディネーター養成研修テキスト 中央法規出版. 2017. 06. 0-0
24. 田村正徳, 総論 I 小児在宅医療人工呼吸療法マニュアルが必要とされる背景. 小児在宅人工呼吸療法マニュアル第 1 版 日本呼吸療法医学会. 2017. 05. 1-9
25. 田村正徳, 過去の大規模災害からまなぶこと—新生児医療. 周産期医学. (株) 東京医学社. 2017. 03. 47(3):337-340
26. 田村正徳, 熊本震災に対する学会支援活動の末端に関わって. 赤ちゃん成育ネットワーク開放. 2017. 03. (19):21-28

J. 研究発表

1. 田村正徳. 講演 第 60 回 日本小児神経学会学術集会シンポジウム (2018 年 6 月 1 日)、「医療的ケア児者の学校生活支援」幕張メッセ
2. 田村正徳. 講演 第 8 回日本小児在宅医療支援研究会 (2018 年 9 月 29 日)「小児の地域支援システムの構築に向けて」神戸国際ホール
3. 櫻井淑男, 坂本航, 内田悠太, 河野彬子, 足立智子, 宮本和, 板倉隆太, 小林信吾, 阪井裕一, 森脇浩一, 田村正, 小児救命救急センターにおける重症被虐待児の診療から見えてきたもの, 第 122 回日本小児科学会学術集会. 2019. 04. 金沢市
4. 奈倉道明, 森脇浩一, 田村正徳, 医療的ケア児数の地域別解析, 第 122 回日本小児科学会学術集会. 2019. 04. 金沢市
5. 田村正徳, 何故新生児医療関係者は小児在宅医療を念頭に置かねばならないのか, 第 14 回阿寒

平成 30～令和元年度 学校の療養生活の場における医療的ケア児への質の高い医療的ケアの提供に資する研究

ちゃん成育ネットワーク. 2019. 03. 東京

6. 小林信吾, 内田悠太, 足立智子, 宮本 和, 板倉隆太, 長田浩平, 櫻井淑男, 森脇浩一, 阪井裕一, 田村正徳, 当院小児救命救急センターによる重症心身障害児への対応について, 第 145 回埼玉県小児科医会, 第 172 回日本小児科学会埼玉地方会. 2018. 05. さいたま市
7. 田村正徳, 在宅に向けての取り組み, 第 24 回 SSK 新生児研究会. 2018. 01. 品川区
8. 田村正徳, 全国的にもキビシイ埼玉県の新生児医療状況へのご理解を!, 埼玉県母体・新生児搬送研修会. 2017. 12. 埼玉県さいたま市
9. 田村正徳, 埼玉県の周産期災害支援の現状—東日本大震災・熊本自身の視察から—, 産科交流会「周産期の災害支援ネットワークを考える」. 2017. 09. 埼玉県看護協会研修センター(西大宮)
10. 田村正徳, NICU から始まる小児在宅医療—埼玉県での取り組み, 第 19 回日本在宅医学会大会. 2017. 06. 名古屋市
11. 前田浩利 第 4 5 回 日本重症心身障害学会学術集会 シンポジウム 3 「人工呼吸器管理のような高度医療ケア児の学校における看護ケアをどうするか? 2019 年 9 月 20 日岡山
12. 前田浩利. 講演 第 6 0 回 日本小児神経学会学術集会シンポジウム (2018 年 6 月 1 日), 「医療的ケア児者の学校生活支援」
13. 前田浩利. 講演 第 3 2 回日本小児救急医学会学術集会 (2018 年 6 月 2 日), 「救急疾患から在宅医療になった子どもたちと家族」
14. 前田浩利. 講演 第 16 回 日本臨床医療福祉学会 (2018 年 9 月 6 日), 「法的背景を得た小児在宅医療の今・未来」
15. 前田浩利. 講演 第 6 3 回 日本新生児成育医学会・学術集会 (2018 年 11 月 22 日),
16. 前田浩利. 講演 アメニティーフォーラム 23 シンポジウム (2019 年 2 月 9 日), 医療的ケアを必要とする人『暮らし』を支える仕組みを考える」
17. 岩本彰太郎. 「在宅で過ごす医療的ケア児と家族のために“地域でできること”～三重県での取組経験を通して～」. 平成 30 年度愛知県在宅療養児支援研究会. 大府. 2018. 11. 5
18. 岩本彰太郎. 「三重県の医療的ケア児支援の取組について」. 平成 30 年度青森県医療的ケア児支援シンポジウム. 青森. 2018. 11. 17
19. 岩本彰太郎. 「医療的ケアを含む重症児者と家族を支える多職種連携」. 第 30 回宮崎県小児保健学会. 宮崎. 2018. 11. 25
20. 岩本彰太郎. 「医療的ケアを必要とする子どもの教育保障を考える—三重県の取組から—」. 小児等在宅医療多職種研修会. 小倉. 2018. 12. 2
21. 岩本彰太郎. 「医療的ケアを必要とする児童の教育支援体制～現状と今後～」. 平成 30 年度学校医研修会. 津. 2018. 12. 16
22. 岩本彰太郎. 「医療的ケアを必要とする子どもの療育・教育の現状と未来」. 第 5 回東海三県小児在宅医療研究会. 桑名. 2019. 2. 17
23. 岩本彰太郎. 「医療的ケアを必要とする子どもの療育・教育の現状と未来」. 第 5 回東海ケア児支援シンポジウム. 青森. 2018. 11. 17
24. 小西克恵, 横山由美, 大海佳子, 川崎綾香, 田中道子, 福井小紀子: 全国訪問看護ステーションにおける小児の医療的ケアに関する状況調査 第 1 報, 第 9 回日本在宅看護学会学術集会プログ

平成 30～令和元年度 学校の療養生活の場における医療的ケア児への質の高い医療的ケアの提供に資する研究

ラム・抄録集、p148、

2019.

25. 大海佳子、横山由美、小西克恵、川崎綾香、田中道子、福井小紀子：全国訪問看護ステーションにおける小児の医療的ケアに関する状況調査 第2報、第9回日本在宅看護学会学術集会プログラム

ラム・抄録集、p149、

厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究事業）

分担研究報告書 平成 30～令和元年度

分担研究課題：1-1. 東京都・千葉県における学校での人工呼吸器児の訪問看護に関する研究
(平成 30 年度)

分担研究者：前田 浩利（医療法人財団はるたか会）

【研究要旨】

近年、小児医療の進歩により、日常生活の場において、継続的に高度な医療的ケア（人工呼吸管理、喀痰吸引、経管栄養等）を必要とする小児が増加している。このため、文部科学省では、学校に看護師の配置を進めている。しかし、看護師の確保が難しいことや、看護師が人工呼吸器などの高度な医療ケアに不慣れで、実施できないこと等、また看護師の実施する医療ケアを各都道府県の教育委員会で制限していることから、保護者が学校で付き添わざるを得ないことも多い。これは、子どもの発達においても、一億総活躍社会を目指す今、保護者の社会参加を阻害するという意味でも改善すべきである。医療的ケア児が通う学校全てに必要な数と技術をもった看護師の配置が困難な現状を改善するため、在宅でケアする訪問看護師が学校へも訪問し、医療的ケア児のケアに携わることも問題解決のための有効な方法と考えられる。しかし、訪問看護師という外部の事業者が学校において医療的ケアを提供する場合の制度設計にあたり、具体的なニーズを踏まえた支援方法や、質や安全性の確保、責任の所在、既存の制度や事業との併存の可否や整合性等といった課題について検討が必要である。そこで、我々は平成 29 年度に実施した医療的ケア児が学校において義務教育を受けられる環境づくりの推進を目的として、実際に訪問看護を実施する研究に引き続き、更に多方面から検討するため本研究を実施した。

具体的な研究方法は、東京都と千葉県において人工呼吸器を装着した 12 人の児童への訪問看護を実施する。実施しながら、外部の訪問看護師が提供する医療的ケアの内容、ケア提供者の要件、学校職員との役割分担、管理体制等について、医学的・社会的な有効性や安全性、効率性等の観点から分析した。

A. 研究目的

近年、新生児医療の発達や医療の高度化等により、日常生活の場において、継続的に医療的ケア（喀痰吸引、経管栄養等）を必要とする小児が増加し、文部科学省調査によれば、約 8000 人にのぼっており、こうした小児に対する教育の提供は、教育現場で重要なテーマになっている。従来、日常的に医療的ケアが必要な児童に対する教育は、主に訪問教育で、自宅に教員が訪問し、授業を行う方法であった。しかし、訪問教育は週 3 回程度で各数時間という短い時間で学習時間においても不十分であり、学校教育において重要な子ども同士の交流や、集団行動による社会的行動の体験や学び、親との分離による自立心の育成などの面で、不十分なことが

多く、児童の成長・発達を考慮するとともに、人権擁護の観点からも通学の保証が必要と考えられる。更に、近年、従来の重症心身障害児の枠に入らない、知的障害の無い子ども、あるいは歩行したり、会話ができる人工呼吸器装着児童も出現し、その数は年々増加している。しかし、医療的ケアが必要な児童が学校に通学する場合、学校において医療的ケアの提供が必要となるが、保護者が、子どもの教室や学校内で、子どもの授業や、学校での活動中全て付き添ったり、別室であっても学校内に滞在することが求められるケースも多く、子どもの成長、発達の面でも、一人でも多くの方の社会参加が求められる一億総活躍時代を目指す現在、保護者の社会参加の阻害という面でも早急な改善が必要

である。文部科学省においては、医療的ケアを提供できる体制のある学校の整備・拡充を目指し、「医療的ケアのための看護師配置事業」により、学校に看護師の配置を進めている。しかし、学校でそのような業務を行う看護師の確保が難しいことや、看護師が人工呼吸器などの高度な医療ケアに不慣れであったり、各都道府県で看護師が実施できる医療行為に制限を設けている等の事情から、医療的ケア児が通う学校で十分な医療的ケアを実施できない状況があり、在宅で利用していた訪問看護師が学校へも訪問し、医療的ケア児のケアに携わることが課題解決のための有効な方法の一つと考えられる。訪問看護師という外部の事業者が学校において医療的ケアを提供する場合の制度設計にあたり、具体的なニーズを踏まえた支援方法や、質や安全性の確保、責任の所在、既存の制度や事業との併存の可否や整合性等といった課題について検討が必要な状況である。そこで、医療的ケア児が学校において義務教育を受けられる環境づくりの推進を目指し、将来的な制度設計に資する課題の整理と基礎資料を得ることを目的とし、今回は高度な医療ケアの一つであり、なおかつ、昨今、地域、在宅での数が急速に増加している人工呼吸器を装着した児童を対象として実施する。

B. 研究方法

訪問看護師という外部の事業者が学校において医療的ケアを提供する場合の制度設計するにあたり、実際に訪問看護を実施した上で課題の整理を行う。東京都 10 人、千葉県 2 人の人工呼吸器を装着した児童を対象に、実際に学校への訪問看護を一定期間行う。

上記を通して、医療的ケア児の具体的なニーズと現時点での学校における医療ケアの課題を明確化する。実践を行う中での課題を踏まえ、医療的ケア児を支援する各立場の有識者（校医、学校関係者、訪問看護師、病院主治医、在宅訪

問医等）からなる研究班において、現在の学校における医療的ケア提供の仕組みと、看護師の業務管理、教育、安全性の確保などについて、十分な検討を行ったうえで、外部の者が提供する医療的ケアの内容、ケア提供者の要件、学校職員との役割分担、管理体制等の諸課題について、医学的・社会的な有効性や安全性、効率性等の観点から分析する。

その分析の上に、実際の訪問看護師の業務の実施を通して、学校での支援方法、提供されるケアの質や安全性の確保のあり方、急変時における責任の所在、既存の制度や事業との併存の可否や整合性等といった課題について、それぞれ具体的な事例検討を通して明確化し、診療報酬体系を含めた具体的な行政策を提言する。

本研究は、実践を伴うため、研究に参加する児及び家族へ十分な説明と自主的な参加となるよう配慮する。また、訪問看護に係る費用負担は利用者には求めない。

一部の看護師による医療行為に対しては万一に備えた期間限定の医療保険に加盟した上で実践する。

また、訪問看護師の介入方法は、Ⅰ型（訪問看護師の付き添い）：訪問看護師が付き添い学校での医療的ケアを全て行う。Ⅱ型（訪問看護師による伝達）：訪問看護師が学校看護師にケアの方法などを伝達し、学校看護師がケアを実施する。Ⅲ型（繁忙時間帯のケア＋伝達）繁忙時間帯に訪問看護師が学校に行きケアを実施する。Ⅳ型（訪問看護師が複数の小児をケアする）

我々は、東京都内で 10 人の児童、千葉県松戸市で 2 人の児童を対象に研究を行った。東京都内の児童は、特別支援学校訪問籍が 4 人、普通小学校在籍が 2 名であった。ただし、特別支援小学校在籍の 1 人は、副籍で普通小学校にも在籍しており、週 1 回母親の付き添いで通学していたので、普通小学校での介入研究を実施した。以下に研究対象者の状況と実施方法を記載する。

〈東京都内の特別支援学校の訪問籍、今回はスクーリングの際に同行：4人〉

●児童① 12歳女児

・診断：ミトコンドリア病
・身体状況：寝たきり、発語不可 表情で意思を表現できる。

・医療的ケア：24時間人工呼吸器 気管切開 胃ろうからの経管栄養

・学校での状況：都立特別支援学校 小学 6年生 訪問籍

・親の付き添いの状況：スクーリングの際には母が自家用車で送迎し、そのまま母が学校に滞在、母は同室で終始付き添い、児童から離れられない(介入当時)

・非介入時の学校での医療的ケアの提供者：母親。

・支援モデル：I型(訪問看護師によるケア+伝達) 普段ケアをしている訪問看護師が同行

●児童② 17歳 男子

・診断：副腎白質ジストロフィー
・身体状況：寝たきり、発語不可 嫌なことは首を振る 顔をしかめる表情で意思を表現できる。

・医療的ケア：24時間人工呼吸器 気管切開 胃ろうからの経管栄養

・学校での状況：都立特別支援学校高校 2年生 訪問籍

・親の付き添いの状況：スクーリングなどの通学時は母が福祉タクシーで送迎し、そのまま母が学校に滞在、母は同室で終始付き添い、児童から離れられない(介入当時)

・非介入時の学校での医療的ケアの提供者：母親。

・支援モデル：I型(訪問看護師によるケア+伝達) 普段ケアをしている訪問看護師が同行

●児童③ 12歳 男児

・診断：重症新生児仮死 低酸素性虚血性脳症
・身体状況：寝たきり、発語不可 表情で意思を表現できる。

現できる。

・医療的ケア：24時間人工呼吸器 気管切開 腸ろうからの経管栄養

・学校での状況：都立特別支援学校 中学 1年生 訪問籍

・親の付き添いの状況：スクーリングの際には母が福祉タクシーで送迎し、そのまま母が学校に滞在、母は同室で終始付き添い、児童から離れられない(介入当時)

・非介入時の学校での医療的ケアの提供者：母親、学校看護師

・支援モデル：I型(訪問看護師によるケア+伝達) 普段ケアをしている訪問看護師が同行

●児童④ 11歳男児

・診断：蘇生後脳症
・身体状況：寝たきり、発語不可 表情で意思を表現できる。

・医療的ケア：24時間人工呼吸器 気管切開 胃ろうからの経管栄養

・学校での状況：都立特別支援学校 小学校 5年生 訪問籍

・親の付き添いの状況：スクーリングなどの通学時は母が福祉タクシーで送迎し、そのまま母が学校に滞在、母は同室で終始付き添い、児童から離れられない(介入当時)

・非介入時の学校での医療的ケアの提供者：母親。

・支援モデル：I型(訪問看護師によるケア+伝達) 普段ケアをしている訪問看護師が同行

〈東京都内の特別支援学校に通学：2人〉

●児童⑤ 9歳男児

・診断：先天性ミオパチー
・身体状況：寝たきり、発語不可 上肢が介助があればある程度自由に動く。表情で意思を表現できる。文字盤やカードを指さし、意思表示ができる。24時間人工呼吸器 気管切開。経鼻胃管からの経管栄養。

- ・知的障害:無し
- ・医療的ケア:気管切開、口腔、鼻腔からの吸引
胃管からの注入
- ・学校での状況:都立特別支援学校 小学 3 年生
通学籍
- ・親の付き添いの状況:母が福祉タクシーで送迎し、
そのまま母が学校に滞在、母は終始付き添い、
児童から離れられない(介入当時)
- ・非介入時の学校での医療的ケアの提供者:母親、
学校看護師
- ・支援モデル: I 型(訪問看護師によるケア+伝
達)

●児童⑥ 8 歳男児

- ・診断:パリストキリアン症候群
- ・身体状況:寝たきり、発語不可 表情で意思を表現できる。
- ・知的障害:重度
- ・医療的ケア:気管切開、人工呼吸器、口腔、鼻腔
からの吸引 胃ろうからの注入
- ・学校での状況:都立特別支援学校 小学 3 年生
通学籍
- ・親の付き添いの状況:母が自家用車で送迎し、そ
のまま母が学校に滞在、母は終始付き添い、児
童から離れられない(介入当時)
- ・非介入時の学校での医療的ケアの提供者:母親、
学校看護師

※学校看護師による吸引、注入は実施されているが、吸引時カニューレより 5mm 程度深くチューブ挿入しての吸引でなければ痰が引ききれない児である。学校の決まりでは、「カニューレ内の吸引」と決まっているため、看護師の実施では吸引しきれず、苦しくなる事があり、母が吸引のために自ら付き添っているケース。

- ・支援モデル: I 型(訪問看護師によるケア+伝
達)

〈東京都内の聾学校に通学:1 人〉

●児童⑦ 6 歳男児

- ・診断:CHARGE 症候群
- ・身体状況:歩行可能、上肢が自由に動く、発語不可 手話で意思を表現できる。
- ・知的障害:無し
- ・医療的ケア:気管切開、夜間のみ人工呼吸器、口
腔、鼻腔からの吸引 胃ろうからの注入
- ・学校での状況:都立聾学校 小学 1 年生 通学籍
- ・親の付き添いの状況:母が自家用車で送迎し、そ
のまま母が学校に滞在、母は終始付き添い、児
童から離れられない(介入当時)
- ・非介入時の学校での医療的ケアの提供者:母親、
学校看護師
- ・支援モデル: I 型(訪問看護師によるケア+伝
達)

〈東京都内の普通小学校に通学:3 例〉

●児童⑧ 10 歳女児

- ・診断:骨形成不全症(Ⅲ型)
- ・身体状況:手も動かせ字も書ける。間欠的人工呼
吸器装着。スピーキングバルブ(発声のための人
工弁)を気管カニューレに装着し、発声、発語、
会話のみならず、笛を吹くことも可能。寝たきり、
立位、歩行不可、胃ろうからの経管栄養と経口摂
取の併用。
- ・知的障害:無し
- ・医療的ケア:気管切開、口腔、鼻腔からの吸引
経鼻胃管からの注入
- ・学校での状況:都立特別支援学校 4 年生 訪問
籍 普通小学校に副籍で通学(週 1 回)
- ・親の付き添いの状況: 両親公務員で共働きのた
めに付き添いにつけず、通学ができない。本籍
の特別支援学校に1学期に1-2回程度の通学
(スクーリングと呼ばれる)を行っている。その際
は、母が自費で福祉タクシーを依頼し、母が送迎
し、そのまま学校で付き添っている。副籍の普通
小学校は、週 1 回母が仕事を休んで徒歩で送迎、
学校では、母が同室での付き添いを必要とする。
母は児童のそばを離れることができない。
- ・非介入時の学校での医療的ケアの提供者:母

親。

学校に看護師はいないため、学習補助も含めてケアは全て母親が実施

・支援モデル: I 型(訪問看護師の付き添い)

●児童⑨ 10 歳男児

・診断: 脊髄性筋萎縮症 I 型

・身体状況: 24 時間人工呼吸器、気管切開、胃瘻からの経管栄養。意思疎通可能。わずかに動く指でマウスを操作、文章が作れる

・知的障害: 無し

・医療的ケア: 気管切開、口腔、鼻腔からの吸引胃瘻からの注入

・学校での状況: 都内区立小学校 特別支援学級 5 年生 通学籍

・非介入時の学校での付き添いの状況: 母が徒歩で送迎、授業中、休み時間全ての時間に母は児童のそばを離れることができない。学習補助も含め、全てのケアが母親

・学校での医療的ケアの提供者: 母親

・支援モデル: I 型(訪問看護師の付き添い)

●児童⑩ 6 歳女児

・診断: 先天性ミオパチー

・身体状況: 24 時間人工呼吸器、気管切開、経口摂取可能 短い距離なら歩行可能、発語可能

・知的障害: 無し

・医療的ケア: 気管切開からの吸引、人工呼吸器

・学校での状況: 都内区立小学校 特別支援学級 2 年生 通学籍

・非介入時の学校での付き添いの状況: 母が徒歩で送迎、授業中、休み時間全ての時間に母は児童のそばを離れることができない。(母の付き添いが条件での通学許可)

・学校での医療的ケアの提供者: 母親

・支援モデル: I 型(訪問看護師の付き添い)

〈千葉県松戸市の特別支援学校に通学: 2 人〉

●児童⑪ 6 歳女児

・診断: 後頭蓋窩髄膜瘤 水頭症 喉頭軟化症

・身体状況: 寝たきり、発語不可 表情で意思を表現できる。間欠的人工呼吸器 気管切開。胃瘻からの経管栄養。

・知的障害: 重度

・医療的ケア: 気管切開、口腔、鼻腔からの吸引胃瘻からの注入

・学校での状況: 特別支援学校 小学 1 年生 普通学級通学

・親の付き添いの状況: 母が自家用車で送迎し、そのまま母が学校に滞在、児童の授業中も母は学校内に滞在、別室待機も可。(介入当時)

・非介入時の学校での医療的ケアの提供者: 母、学校看護師

・支援モデル: III 型(昼注入のみ訪問看護師が実施)

●児童⑫ 7 歳男児

・診断: ダンディ・ウォーカー症候群

・身体状況: 寝たきり、発語不可 表情で意思を表現できる。間欠的人工呼吸器 気管切開。経鼻胃管からの経管栄養。

・知的障害: 重度

・医療的ケア: 気管切開、口腔、鼻腔からの吸引胃管からの注入

・学校での状況: 特別支援学校小学 2 年生 通学籍

・親の付き添いの状況: 母が自家用車で送迎し、そのまま母が学校に滞在、児童の授業中も母は学校内に滞在、別室待機も可。(介入当時)

・非介入時の学校での医療的ケアの提供者: 母親、学校看護師

・支援モデル: III 型(訪問看護師によるケア+伝達)

上記の児童②④以外の子どもは、自宅で訪問看護を行っている看護師が介入した。また、児童②は、児童発達支援(通園)でケアをしたことのある看護師が介入したので、全てのケースで既にケアを行ったことのある看護師が介入した。

その介入の前後で学校の教員、看護師、児童の保護者、介入を行った訪問看護師にアンケートを実施した。

C. 研究結果

C-1 訪問看護介入の経過

実施対象児は 12 名、実施校は 5 校（特別支援学校 3 校、普通学校 2 校）、実施訪問看護ステーションは 4 事業所で介入調査を行った。

以下に訪問看護介入の経過をまとめた。

●児童①（都立特別支援学校）

- ・計 1 回の介入実施。
- ・介入日：11/30
- ・通学時の送迎は母親の運転で登下校。学校では看護師単独の付き添い。

※研究期間内に登校した日が 1 日のみであった。

●児童②（都立特別支援学校）

- ・計 4 回の介入を実施。
- ・介入日：11/16, 11/26, 12/14, 12/19
- ・看護師と一緒に通学。通学には福祉タクシーを利用。母親の付き添いは無し。授業中は、常時訪問看護師が付き添う。学校内での移動には車いすを使用。帰りも、福祉タクシーを利用し、看護師 1 名のみの同行で帰宅。

●児童③（都立特別支援学校）

- ・計 3 回の介入を実施。
- ・介入日：11/14, 12/10, 12/17
- ・訪問看護師と一緒に通学。通学には福祉タクシーを利用。母親の付き添いは無し。学校での移動には車椅子を利用。また、車いすにカメラをセットし、児童③本人が周囲の様子を見て確認することができるようにした。帰りも福祉タクシーを利用し、訪問看護師の同行のもと帰宅。

●児童④（都立特別支援学校）

- ・計 2 回の介入を実施。

- ・介入日：12/6, 12/14

・訪問看護師と一緒に通学。通学には福祉タクシーを利用。母親の付き添いは無し。学校ではストレッチャー型の車椅子を利用。通学後 2 時間で下校。2 時間の間に実施した医ケアは吸引のみ。帰りも福祉タクシーを利用し、訪問看護師 1 名のみの同行で帰宅。

●児童⑤（都立特別支援学校）

- ・計 5 回の介入を実施。
- ・介入日：11/12, 11/21, 12/3, 12/7, 12/12
- ・母親の運転で都立特別支援学校に登校。学校到着後、母親と一緒に保健室へ行き状態を確認。その後、訪問看護師に引き継ぎ、学校では常時、訪問看護師単独の付き添い。

●児童⑥（都立特別支援学校）

- ・計 5 回の介入を実施。
- ・介入日：11/7, 11/14, 11/19, 12/5, 12/10
- ・母親の運転で都立特別支援学校に登校。学校到着後、母親と一緒に車椅子で保健室へ行き状態を確認。母親から訪問看護師に引き継ぎ、学校では常時、訪問看護師単独の付き添い。

●児童⑦（都立ろう特別支援学校）

- ・計 10 回の介入を実施。
- ・介入日：9/13, 9/18, 9/21, 9/26, 9/28, 10/3, 10/5, 10/10, 10/15, 10/17
- ・母親の自家用車で、登校。学校到着後は、教室へ移動し、学校看護師と訪問看護師と一緒に、児童⑦の医療的ケアに必要な物品（持ち物）を確認。その後、すべての予定をこなす。常時、訪問看護師が付き添い。母親は下校時刻に合わせ学校へ行き、子供と一緒に帰宅。訪問看護師は、学校内での介入。

・ろう特別支援学校ではじめて医療的ケア児を受け入れた事例。

●児童⑧（区立小学校支援学級通学）

- ・計 5 回の介入を実施。
- ・介入日：11/13, 11/27, 12/4, 12/13, 12/18
- ・母親が付き添い、福祉タクシーを利用し、登校。登校後は、母親と一緒に教室へ移動。母親は児童⑧の荷物を訪問看護師に預け、帰宅。学校では、常時訪問看護師単独付き添い。母親は下校時刻に合わせて学校へ行き、子供と一緒に帰宅。

●児童⑨（区立小学校支援学級：副籍）

- ・計 5 回の介入を実施。
- ・介入日：11/1, 11/8, 11/15, 12/6, 12/20
- ・訪問看護師車椅子を押し徒歩で登下校。学校では、訪問看護師が常時単独で付き添い。

●児童⑩（区立小学校普通学級）

- ・計 2 回の介入を実施。
- ・介入日：11/21, 11/22
- ・訪問看護師と母親が付き添い、車椅子で登下校。1 回目は、学校到着後、1 時間目の途中で母親は帰宅し、下校時に学校へ来る。その後は、訪問看護師が常時単独で付き添い。2 回目は、訪問看護師と母親が付き添い、車椅子で登校。その後、訪問看護師が単独で上記付き添い。授業後は、児童⑩の病院受診があったため、母親と児童⑩のみが病院へ向かった。

●児童⑪（松戸市特別支援学校）

- ・計 4 回の介入を実施。
- ・介入日：11/7, 11/14, 11/15, 11/21
- ・母親が付き添い登下校。訪問看護師は昼の注入のみを実施。

●児童⑫（松戸市特別支援学校）

- ・計 5 回の介入を実施。
- ・介入日：11/14, 11/21, 11/28, 12/5, 12/19
- ・訪問看護師が付き添い、福祉タクシーで登下校。訪問看護師が常時単独で付き添い。

以上合わせて 51 回の訪問看護師の介入を実施した。そのうち、特別支援学校が 44 回、普通学校が 12 回であった。

C-2 アンケート結果

保護者(13名)、学校看護師(20名)、担任教員(17名)、訪問看護師(9名)、養護教諭(16名)の計(75名)対象に、介入前(以下、事前)と介入後(以下、事後)のアンケート調査を実施した。事前の回収率は 80.0%。事後の回収率は 78.7%となった。

C-2-1 保護者へのアンケート

● 学校看護師の医療的ケア

「子どもに対する学校看護師の医療的ケアに関してどのように思っているか」の質問に対しては、事前、事後共に、「有用でない」との回答が過半数となった(表 1)。

表 1

| 選択肢 | 回答件数 | | % | |
|------------|------|----|--------|--------|
| | 事前 | 事後 | 事前 | 事後 |
| 有用でない | 6 | 6 | 54.5% | 60.0% |
| あまり有用でない | 1 | 0 | 9.1% | 0.0% |
| どちらとも言えない | 1 | 3 | 9.1% | 30.0% |
| どちらかと言えば有用 | 1 | 1 | 9.1% | 10.0% |
| 有用 | 2 | 0 | 18.2% | 0.0% |
| 未回答 | 0 | 0 | 0.0% | 0.0% |
| 計 | 11 | 10 | 100.0% | 100.0% |

回答の選択理由としては、以下のような内容が挙げられた。

- ・「有用でない」「あまり有用でない」の理由：「訪問生に対する一切の医ケアの実施がないので。」(事前)、「医師からの指示書どおりに動けない。また、それに対応するだけの技術や知識がない。」(事後)
- ・「どちらとも言えない」の理由：「地域の小学校の為、学校看護師はいない。」(事前)、「現在の学校は、学校看護師はいない。」(事後)

・「有用」「どちらかと言えば有用」の理由:「ケアをしてくれるのは有り難いが、マニュアルなどが細かすぎて融通がきかない。」(事前)「マニュアル通りにしか行えない。」(事後)

● 訪問看護師による学校での医療的ケア

「訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに関してどのように思っているか」の質問に対しては、事前、事後共に 90%以上が「有用」と回答した(表 2)。

表2

| 選択肢 | 回答件数 | | % | |
|------------|------|----|--------|--------|
| | 事前 | 事後 | 事前 | 事後 |
| 有用でない | 0 | 0 | 0.0% | 0.0% |
| あまり有用でない | 0 | 0 | 0.0% | 0.0% |
| どちらとも言えない | 0 | 0 | 0.0% | 0.0% |
| どちらかと言えば有用 | 1 | 1 | 9.1% | 10.0% |
| 有用 | 10 | 9 | 90.9% | 90.0% |
| 未回答 | 0 | 0 | 0.0% | 0.0% |
| 計 | 11 | 10 | 100.0% | 100.0% |

回答の選択理由として、以下のような内容が挙げられた。

・「有用」「どちらかと言えば有用」の理由:「医療的ケアを行うことにより、付き添いがなくなるのであれば有用。」(事前)、「訪看さんが入ってもらえれば、子供が自立して学校で授業が受けられるため。つきそいがあるため訪問を選択しているが、ある程度の時間入って頂けるのなら、通学にすることもできると思う。」(事後)

● 介護者の感情及び思考経験

さらに、医療的ケアを必要とする子どものケアに経験する感情及び考え方について、23 の質問を行った。事前と事後で同じ質問をし、5 段階評価で回答する形式とした(資料1参照)。

事前アンケートにおいて「いつも思う」「よく思う」との回答が多かったのは以下の 3 項目となった。「介護のために自分の時間が十分に取れないと思いま

すか」(63.6%)、「患者さんは、あなたに頼っていると思いますか」(63.6%)、「患者さんが将来どうなるのか不安になることがありますか」(54.5%)。

「ときどき思う」「たまに思う」との回答が多かったのは、以下の 6 項目(いずれも 45.5%)であった。「介護の他に、家事や仕事などもこなしていかなければならず、ストレスだなど思うことがありますか」、「介護があるので、家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか」、「患者さんの家にいるので、友達を自宅によべないと思ったことがありますか」、「患者さんは「あなただけが頼り」という風にみえますか」、「介護にこれ以上の時間はさけないと思うことがありますか」、「介護を誰かに任せたいと思うことがありますか」。

「思わない」との回答が多かったのは以下の 3 項目となった。「本当は自分もつとうまく介護できるのになあと思うことがありますか」(72.7%)。「患者さんの行動に対し、困ってしまうことがありますか」(63.6%)。「患者さんを誰かに任せたいと思うことがありますか」(54.5%)。

事後アンケートでは、「いつも思う」「よく思う」との回答が多かった 3 項目の内、「介護のために自分の時間が十分に取れないと思いませんか」との質問に対して「いつも思う」との回答は 40.0%へ減少した。また、事前アンケートにおいて「ときどき思う」「たまに思う」との回答結果は、事前アンケート同様の傾向が認められた。

事後アンケートにおいて「思わない」との回答が多かったのは、以下の 5 項目となった。「本当は自分もつとうまく介護できるのになあと思うことがありますか」(90.0%)、「本当は自分もつとうまく介護できるのになあと思うことがありますか」(80.0%)、「患者さんは、必要以上に世話を求めてくると思いますか」(60.0%)、「介護があるので、家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか」(60.0%)、「患者さんの家にいるので、友達を自宅によべないと思ったことがありますか」(60.0%)。

● 訪問看護師の介入による変化

「訪問看護師が医療的ケアを行うことで、ご自身にはどのような変化がありましたか」(事後)の質問に対しては、回答者全員が「休息時間を作ることができた」(表 3)と回答した。

表 3

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|---------------|------|--------|
| 休息時間を作ることができた | 10 | 100.0% |
| 病院受診ができた | 4 | 40.0% |
| 自分の時間ができた | 9 | 90.0% |
| その他 | 5 | 50.0% |
| 未回答 | 2 | 20.0% |

その他の回答としては、「仕事ができるようになった。」、「精神的に楽になった。これからまた頑張ろうと前向きな気持ちになった。」、「1人で学校で頑張ってきた子供をより愛おしいと思った。」等があった。

● 訪問看護師の介入による変化

「訪問看護師が医療的ケアを行うことで、お子様にはどのような変化がありましたか」(自由記述)については、介入の効果を示す経験が寄せられた。

例 1:「以前より強く先生に自分の意思を伝えようとしていると感じます。親が付き添わずに学校に行ったことで自信が付いたのではと思います。とても誇らしげな良い表情で帰ってきました。」、例 2:「母親の付き添いがなくても、安心して登校することができるということを知り、不安な表情などもなかった。普段、クラスメイトともなかなか会えないが、訪問看護師の付き添いのおかげで登校が叶い？楽しんでくることができた。」

まとめ

保護者を対象としたアンケート調査結果をまとめると、以下の 3 点が主な傾向として指摘できる。

- ① 学校看護師による医療的ケアの有用性についての評価が低く、学校での訪問看護師の医療的ケアを有用と捉えている。
- ② 訪問看護師が学校での医ケアに介入することで、保護者自身の時間等、物理的負担感及び精神的負担が軽減することを実感した。
- ③ 感情面では、子どものそばにいて、気が休まらなと感じたり、腹がたったりといったネガティブな思いを抱くことは少ない。

C-2-2 学校看護師へのアンケート

● 医療的ケアを学校で行うことについて

「訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに対してどのように思われますか」との質問に対して回答は、事前では「有用」(40.0%)との回答が最も多く、次いで「どちらかと言えば有用」(30.0%)という結果となった(表 4)。それに対し事後では、「どちらかと言えば有用」(57.9%)と最も多く、「有用」との回答は 15.8%となった(表 5)。

表 4. 事前

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|------------|------|--------|
| 有用でない | 0 | 0.0% |
| あまり有用でない | 2 | 10.0% |
| どちらとも言えない | 4 | 20.0% |
| どちらかと言えば有用 | 6 | 30.0% |
| 有用 | 8 | 40.0% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |
| 計 | 20 | 100.0% |

表 5. 事後

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|------------|------|-------|
| 有用でない | 0 | 0.0% |
| あまり有用でない | 1 | 5.3% |
| どちらとも言えない | 3 | 15.8% |
| どちらかと言えば有用 | 11 | 57.9% |

| | | |
|-----|----|--------|
| 有用 | 3 | 15.8% |
| 未回答 | 1 | 5.3% |
| 計 | 19 | 100.0% |

「有用」の回答理由としては、「自宅でどのようにケアをしているのか分かり参考になる」(事前)、「当校ではステップをふみ、保護者が見から離れられるようになっている」(事後)といった意見が寄せられた。「あまり有用でない」の回答理由としては、「実際にケアを行うのは、学校勤務をしている看護師なので」(事前)、「学校看護師がいるのに、訪問看護師もいる意味がわからない。保護者がいるのには意味があるので保護者にいてほしい」(事後)といった意見が挙げられた。

● 困った経験

「訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに対して困った経験はありますか」との質問に対しては、6名が「あり」、10名が「なし」と回答した(表6)。

表 6.

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|-----|------|-------|
| あり | 6 | 31.6% |
| なし | 10 | 52.6% |
| 未回答 | 3 | 15.8% |
| 計 | 16 | 84.2% |

困った経験として、「役割分担が明確でない。同じ看護師でありながら立場が違う」(事前)、「普段学校では行わない、医療的ケアを行っていて、何でもありになるのではないかと思った」(事後)等が挙げられた。

● 改善について

「どのようなことが改善するとおもわれますか」(事前)との質問に対して最も多かった回答は、「医療機関との連携ができる」(70.0%)、次に多かったのは、

「看護ケアの共有、情報交換ができる」(60.0%)という結果となった(表7)。

表 7

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|-------------------------|------|-------|
| 業務分担ができる | 3 | 15.0% |
| 看護ケアの共有、情報交換ができる | 12 | 60.0% |
| 時間に余裕ができるため、他の生徒の対応ができる | 6 | 30.0% |
| 医療機関との連携ができる | 14 | 70.0% |
| 相談ができる | 8 | 40.0% |
| その他 | 0 | 0.0% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |

介入後のアンケート調査では、「どのようなことが改善したと考えられますか」(事後)との質問に対して最も多かった回答は、「時間に余裕ができるため、他の生徒の対応ができる」(52.6%)という結果となった。「医療機関との連携ができる」(5.3%)、「看護ケアの共有、情報交換ができる」(26.3%)はいずれも回答件数が減少した(表8)。

表 8

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|-------------------------|------|-------|
| 業務分担ができる | 3 | 15.8% |
| 看護ケアの共有、情報交換ができる | 5 | 26.3% |
| 時間に余裕ができるため、他の生徒の対応ができる | 10 | 52.6% |
| 医療機関との連携ができる | 1 | 5.3% |
| 相談ができる | 2 | 10.5% |
| その他 | 1 | 5.3% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |

● 負担感について

「どのようなことに負担を感じますか」(事前)との質問に対して最も多かった回答は、「責任

の所在が不明確である」(50.0%)、次いで、「教育の場であるという認識に対する訪問看護師とのギャップがある」(45.0%)という結果となった(表 9)。

表 9

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|--------------------------------|------|-------|
| 児の体調を把握する機会が減少する | 5 | 25.0% |
| 医療的ケアを必要とする児とのコミュニケーションが減る | 7 | 35.0% |
| 教育の場であるという認識に対する訪問看護師とのギャップがある | 9 | 45.0% |
| 訪問看護師との連携に不安がある | 7 | 35.0% |
| 責任の所在が不明確である | 10 | 50.0% |
| 看護技術の違いに戸惑いがある | 3 | 15.0% |
| その他 | 3 | 15.0% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |

介入後のアンケート調査では、「どのようなことに負担を感じていますか」(事後)との質問に対しては、全ての選択肢において、回答件数が減少した(表 10)。

表 10

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|--------------------------------|------|-------|
| 児の体調を把握する機会が減少する | 3 | 15.8% |
| 医療的ケアを必要とする児とのコミュニケーションが減る | 6 | 31.6% |
| 教育の場であるという認識に対する訪問看護師とのギャップがある | 5 | 26.3% |
| 訪問看護師との連携に不安がある | 4 | 21.1% |
| 責任の所在が不明確である | 5 | 26.3% |
| 看護技術の違いに戸惑いがある | 1 | 5.3% |
| その他 | 0 | 0.0% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |

● 児の変化

「医療的ケアを必要とする児に変化はありましたか」(事後)との質問に対しては、3 名が「あり」、9 名が「なし」と回答した(表 11)。

表 11

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|-----|------|--------|
| あり | 3 | 15.8% |
| なし | 9 | 47.4% |
| 未回答 | 7 | 36.8% |
| 計 | 19 | 100.0% |

児の変化の内容としては、「普段からケアをして頂いている看護師が対応することで児童生徒の安心している表情がみられた」、「母親のつきそい時間がへり、学校生活を余裕をもって、楽しめているように感じました」等が挙げられた。

まとめ

学校看護師を対象としたアンケート調査結果をまとめると、以下の 3 点が主な傾向として指摘できる。

- ① 学校での医ケア、学校という環境に訪問看護師が介入することの有用性を認めている。
- ② ただし、学校看護師と訪問看護師の役割分担があいまいである点に、戸惑いや困惑感を抱く。
- ③ 訪問看護師の介入により、医療機関との連携や、看護ケアの共有や情報交換という点の改善を事前に予想していた。しかし実際には、医療機関との連携や、看護ケアの共有や情報交換の改善は感じられず、他の生徒のために割く時間が増えたという効果の方を強く感じた。

C-2-3 担任教員へのアンケート

● 医療的ケアに関して困った経験

「対象の児童の医療的ケアに関して困った経験はありますか」(事前)との質問に対しては、6 名が「あり」、4 名が「なし」と回答した(表 12)。

表 12

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|-----|------|---|
|-----|------|---|

| | | |
|-----|----|--------|
| あり | 6 | 46.2% |
| なし | 4 | 30.8% |
| 未回答 | 3 | 23.1% |
| 計 | 13 | 100.0% |

介入後のアンケート調査では、「あり」と回答したのは8名、「なし」との回答は5名という結果となった(表 13)。

表 13

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|-----|------|--------|
| あり | 8 | 61.5% |
| なし | 5 | 38.5% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |
| 計 | 13 | 100.0% |

困った経験として、「呼吸器の取扱いや吸引を依頼するタイミングの見極めが難しく不安がある」(事前)、「吸引が必要かなど、Spo2 の値のみでは分からず、児童の表情や体の動きなどから読みとったりしているが、明確に判断できないと感じる。看護師さんであれば、聴診器で胸の音をきくなど、医療的な判断方法があり、教員でははっきり判断できないところが、より確実になるのではと思う」(事前)、「他の児童が医療的ケアに気を取られてしまうことがある」(事後)等が挙げられた。

● 訪問看護師が学校で医療的ケアを行うことで困った経験

「訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに関して困った経験はありますか」(事後)との質問に対しては、4 名が「あり」、9 名が「なし」と回答した(表 14)。

表 14

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|-----|------|--------|
| あり | 4 | 30.8% |
| なし | 9 | 69.2% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |
| 計 | 13 | 100.0% |

困った経験の例として、「気切部や鼻の吸引をお願いするタイミング(室温など吸引以外の不快感と表出が似ているため)」等が挙げられた。

その他、「普段行っていないケア訪看さんが来ているからという理由で行っていた。それは事前に保護者がお願いしていたものだった。体調がすぐれなかったので、対象児童にとっては必要なケアだったのかもしれないが、訪看さんが来ているときだけ特別な対応をとることに疑問を感じた。」といった意見もあった。

● 訪問看護師による学校での医療的ケア

「訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに対してどのように思われますか」(事前)との質問に対して、「有用」(61.5%)との回答が最も多く、次いで「どちらかと言えば有用」(23.1%)という結果となった(表 15)。

表 15

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|------------|------|--------|
| 有用でない | 0 | 0.0% |
| あまり有用でない | 0 | 0.0% |
| どちらとも言えない | 2 | 15.4% |
| どちらかと言えば有用 | 3 | 23.1% |
| 有用 | 8 | 61.5% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |
| 計 | 13 | 100.0% |

「訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに関して、どのように思われていますか」(事後)との質問に対して、「有用」(76.9%)との回答が最も多く、次いで「どちらかと言えば有用」(15.4%)という結果となった(表 16)。「有用」との回答の割合は、事前よりも事後に高くなった。

表 16

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|----------|------|------|
| 有用でない | 0 | 0.0% |
| あまり有用でない | 0 | 0.0% |

| | | |
|------------|----|--------|
| どちらとも言えない | 1 | 7.7% |
| どちらかと言えば有用 | 2 | 15.4% |
| 有用 | 10 | 76.9% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |
| 計 | 13 | 100.0% |

「有用」との回答の理由としては、「保護者の負担が少なくなる」(事前)、「保護者の方が毎日学校へ来られるという事が大変だと感じるから」(事後)等が挙げられた。

それに対して、「どちらでもない」と回答した理由としては、「学校在籍の看護師が実施できない医ケアもするので」(事前)、「医療的ケアを行っている最中にぶつかってしまうなど危険な場面が見られる」(事後)等が挙げられた。

● 改善について

「どのようなことが改善するとおもわれますか」(事前)との質問に対して最も多かった回答は、「教室の保護者の付き添いが不要になることで、教育効果が増える」(76.9%)、次いで「授業や指導に集中できる」(46.2%)、「訪問看護師との連携ができる」(46.2%)という結果となった(表 17)。

表 17

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|----------------------------------|------|-------|
| 授業や指導に集中できる | 6 | 46.2% |
| 児に関わる時間が増加する | 0 | 0.0% |
| 家庭での様子について、訪問看護師から情報収集できる | 3 | 23.1% |
| 児とのコミュニケーションの取り方を、訪問看護師から教えてもらえる | 0 | 0.0% |
| 一緒に活動できる行事が増える | 5 | 38.5% |
| 訪問看護師に遠慮なく、医療的ケアを依頼することができる | 4 | 30.8% |
| 訪問看護師との連携ができる | 6 | 46.2% |
| 教室の保護者の付き添いが不要になることで、教育効果が増える | 10 | 76.9% |
| その他 | 1 | 7.7% |

| | | |
|-----|---|------|
| 未回答 | 0 | 0.0% |
|-----|---|------|

介入後のアンケート調査において最も多かった回答は、「教室の保護者の付き添いが不要になることで、教育効果が増える」(61.5%)で、事前と同様の結果となった(表 18)。次に多かったのは、「訪問看護師に遠慮なく、医療的ケアを依頼することができる」(46.2%)との回答で、事前よりも高い結果となった。

表 18

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|----------------------------------|------|-------|
| 授業や指導に集中できる | 4 | 30.8% |
| 児に関わる時間が増加する | 1 | 7.7% |
| 家庭での様子について、訪問看護師から情報収集できる | 0 | 0.0% |
| 児とのコミュニケーションの取り方を、訪問看護師から教えてもらえる | 0 | 0.0% |
| 一緒に活動できる行事が増える | 3 | 23.1% |
| 訪問看護師に遠慮なく、医療的ケアを依頼することができる | 6 | 46.2% |
| 訪問看護師との連携ができる | 5 | 38.5% |
| 教室の保護者の付き添いが不要になることで、教育効果が増える | 8 | 61.5% |
| その他 | 1 | 7.7% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |

● 負担感について

事前の「どのようなことに負担を感じるとおもいますか」(事前)との質問に対して最も多かった回答は、「訪問看護師と学校看護師の情報共有がなされているか」(46.2%)という結果となった(表 19)。

表 19

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|-----|------|---|
| | | |

| | | |
|--------------------------------|---|-------|
| 児の健康管理への意識が低下 | 1 | 7.7% |
| 児との信頼関係の低下 | 0 | 0.0% |
| 教育の場であるという認識に対する訪問看護師とのギャップがある | 1 | 7.7% |
| 訪問看護師が他の児のケアで不在になった場合の対処 | 2 | 15.4% |
| 訪問看護師と学校看護師の情報共有がなされているか | 6 | 46.2% |
| その他 | 4 | 30.8% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |

又事後も「医療的ケアを訪問看護師が学校で行うことで、どのようなことに負担・不安を感じていますか」(事後)との質問に対して最も多かった回答は、「訪問看護師と学校看護師の情報共有がなされているか」(38.5%)という結果となった(表 20)。事前と事後が同様の傾向となった。

表 20

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|--------------------------------|------|-------|
| 児の健康管理への意識が低下 | 1 | 7.7% |
| 児との信頼関係の低下 | 0 | 0.0% |
| 教育の場であるという認識に対する訪問看護師とのギャップがある | 2 | 15.4% |
| 訪問看護師が他の児のケアで不在になった場合の対処 | 3 | 23.1% |
| 訪問看護師と学校看護師の情報共有がなされているか | 5 | 38.5% |
| その他 | 2 | 15.4% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |

● 児の変化

「医療的ケアを必要とする児に変化はみられましたか」(事後)との質問に対しては、7 名が「あり」、3 名が「なし」と回答した(表 21)。

表 21

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|-----|------|-------|
| あり | 7 | 53.8% |

| | | |
|-----|----|--------|
| なし | 3 | 23.1% |
| 未回答 | 3 | 23.1% |
| 計 | 13 | 100.0% |

児の変化の具体例として、「訪問看護師さんと活動をする日は、いつも以上に張り切り、頑張ろうという意欲が高まっていたと感じた」、「授業中(自活)、注目する人が増えたことで、児童自身のやる気につながっていたようだった。普段関わりのある方々がそばにいるというのは、児童にとっての安心感にもつながり、伸び伸びと取り組めたのかなと思う」等が挙げられた。

まとめ

担任教員を対象としたアンケート調査結果をまとめると、以下の 3 点が主な傾向として指摘できる。

- ① 訪問看護師による介入の有用性を認めている。
- ② 訪問看護師の介入により、児に対する教育効果が高まったと評価していた。
- ③ 介入で生じる課題として、学校看護師と訪問看護師との間で情報共有がなされ、連携がとれるかについて負担や不安を抱く傾向がある。

C-2-4 訪問看護師へのアンケート

● 訪問看護師による学校での医療的ケア

「訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに対してどのように思われますか」(事前)との質問に対して、「有用」(44.4%)との回答が最も多く、「どちらかと言えば有用」、「どちらとも言えない」がそれぞれ 22.2%という結果となった(表 22)。

表 22

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|------------|------|-------|
| 有用でない | 0 | 0.0% |
| あまり有用でない | 1 | 11.1% |
| どちらとも言えない | 2 | 22.2% |
| どちらかと言えば有用 | 2 | 22.2% |
| 有用 | 4 | 44.4% |

| | | |
|-----|---|--------|
| 未回答 | 0 | 0.0% |
| 計 | 9 | 100.0% |

「訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに対してどのように思われますか」(事後)との質問に対して、「有用」(55.6%)との回答が最も多く、その他の回答は、それぞれ 11.1%という結果となった(表 23)。

表 23

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|------------|------|--------|
| 有用でない | 1 | 11.1% |
| あまり有用でない | 1 | 11.1% |
| どちらとも言えない | 1 | 11.1% |
| どちらかと言えば有用 | 1 | 11.1% |
| 有用 | 5 | 55.6% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |
| 計 | 9 | 100.0% |

「有用」を選択した理由としては、「在宅で関わり、病状的に知っている(わかっている)看護師が学校で看ることによって安心、安全がより確保されると思う。(病状の変化、急変のリスクが高い児が多いため)」(事前)、「家ではその児をじっくり 1.5 時間見てケアしているので、その児の状況がよく分かる」(事後)等が挙げられた。

上記に対し、「あまり有用でない」の理由としては、「学校に看護師配置のある特別支援学校に対して、訪問看護が入るのは、とても難しい。学校での決まり事が多すぎ、今回のように保護者の代わりに入っていくことしかできない」(事前)、「訪問看護師が学校で医療的ケアをするのではなく、学校看護師が出来るシステムをつくる必要があると思う。通学によって、親の付き添いが必須で親の負担が増えることになる」(事後)等が挙げられた。

● 困った経験

「訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに関して困った経験はありますか」(事後)との質問に對

しては、5 名が「あり」、4 名が「なし」と回答した(表 24)。

表 24

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|-----|------|--------|
| あり | 5 | 55.6% |
| なし | 4 | 44.4% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |
| 計 | 9 | 100.0% |

困った経験の具体例として、「学校の先生や学校看護師への気遣い、学校の決まりに不明点が多い」等が挙げられた。

● 改善について

「どのようなことが改善するとおもわれますか」(事前)との質問に対して最も多かった回答は、「看護ケアの共有、情報交換ができる」(77.8%)、次いで「医療機関との連携ができる」(44.4%)、「相談ができる」(44.4%)という結果となった(表 25)。

表 25

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|-------------------------|------|-------|
| 業務分担ができる | 2 | 22.2% |
| 看護ケアの共有、情報交換ができる | 7 | 77.8% |
| 時間に余裕ができるため、他の生徒の対応ができる | 1 | 11.1% |
| 医療機関との連携ができる | 4 | 44.4% |
| 相談ができる | 4 | 44.4% |
| その他 | 3 | 33.3% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |

介入後のアンケート調査において最も多かった回答は、「看護ケアの共有、情報交換ができる」(66.7%)、及び「相談ができる」(66.7%)という結果となった(表 26)。「医療機関との連携ができる」の回答は 44.4%(事前)から 11.1%(事後)へ下がった(表 25、表 26)。

表 26

| 選択肢 | 回答 件数 | % |
|-------------------------|----------|-------|
| 業務分担ができる | 3 | 33.3% |
| 看護ケアの共有、情報交換ができる | 6 | 66.7% |
| 時間に余裕ができるため、他の生徒の対応ができる | 1 | 11.1% |
| 医療機関との連携ができる | 1 | 11.1% |
| 相談ができる | 6 | 66.7% |
| その他 | 0 | 0.0% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |

● 負担感について

「どのようなことに負担を感じるとおもいますか」(事前)との質問に対して最も多かった回答は、「教育の場であるという認識に対する訪問看護師とのギャップがある」(77.8%)、及び「責任の所在が不明確である」(77.8%)という結果となった(表27)。

表 27

| 選択肢 | 回答 件数 | % |
|--------------------------------|----------|-------|
| 児の体調を把握する機会が減少する | 0 | 0.0% |
| 医療的ケアを必要とする児とのコミュニケーションが減る | 0 | 0.0% |
| 教育の場であるという認識に対する訪問看護師とのギャップがある | 7 | 77.8% |
| 訪問看護師との連携に不安がある | 2 | 22.2% |
| 責任の所在が不明確である | 7 | 77.8% |
| 看護技術の違いに戸惑いがある | 5 | 55.6% |
| その他 | 5 | 55.6% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |

「医療的ケアを訪問看護師が学校で行うことで、どのようなことに負担を感じていますか」(事後)との質問に対して最も多かった回答は、「責任の所在が不明確である」(66.7%)、次いで「看護技術の違いに戸惑いがある」(55.6%)という結果となった(表 28)。「教育の場であるという認識に対する訪問看護師とのギャップがある」は、77.8%(事前)から 33.3%(事後)へ減少した(表 27、表 28)。

表 28

| 選択肢 | 回答 件数 | % |
|--------------------------------|----------|-------|
| 児の体調を把握する機会が減少する | 0 | 0.0% |
| 医療的ケアを必要とする児とのコミュニケーションが減る | 0 | 0.0% |
| 教育の場であるという認識に対する訪問看護師とのギャップがある | 3 | 33.3% |
| 訪問看護師との連携に不安がある | 1 | 11.1% |
| 責任の所在が不明確である | 6 | 66.7% |
| 看護技術の違いに戸惑いがある | 5 | 55.6% |
| その他 | 5 | 55.6% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |

まとめ

訪問看護師を対象としたアンケート調査結果をまとめると、以下の3点が主な傾向として指摘できる。

- ① 訪問看護師も、学校における医ケアへの介入の有用を認めているものの、一部、否定的見解（有用性を認めない）をもつ訪問看護師もいる。
- ② 介入の結果、学校看護師とのコミュニケーションの増加や連携の深まりという効果はあったが、医療機関との連携という点では効果を感じられなかった。
- ③ 介入の事前、事後を通して、責任の所在が不明確であることや、学校看護師と訪問看護師との間に看護技術の違いがあることに、訪問看護師が負担を感じている。

C-2-5 養護教諭へのアンケート

● 訪問看護師による学校での医療的ケア

「訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに対してどのように思われますか」（事前）との質問に対して、「どちらとも言えない」（57.1%）との回答が最も多く、次いで「どちらかと言えば有用」（42.9%）という結果となった（表 29）。

表 29

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|------------|------|--------|
| 有用でない | 0 | 0.0% |
| あまり有用でない | 0 | 0.0% |
| どちらとも言えない | 4 | 57.1% |
| どちらかと言えば有用 | 3 | 42.9% |
| 有用 | 0 | 0.0% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |
| 計 | 7 | 100.0% |

「訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに対してどのように思われますか」（事後）との質問に対する回答は、事前同様、「どちらとも言えない」（50.0%）との回答が最も多かった。次いで「どちらかと言えば有用」（37.5%）という結果となった（表 30）。

表 30

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|------------|------|--------|
| 有用でない | 0 | 0.0% |
| あまり有用でない | 0 | 0.0% |
| どちらとも言えない | 4 | 50.0% |
| どちらかと言えば有用 | 3 | 37.5% |
| 有用 | 1 | 12.5% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |
| 計 | 8 | 100.0% |

「どちらとも言えない」の回答理由として、「通常、保護者の方がケアをしており、養護教諭として、医療的ケアに関わっておらずなんとも申し上げられません」（事前）、「特別支援学校ではないのでなんとも、申し上げられません」（事後）等が挙げられた。

「どちらかと言えば有用」の回答理由として指摘されたのは、「学校看護師との連携が不可欠である。非常勤職員看護師ではないため、責任の所在や緊急時のトラブル対応方法などを統一していかなくてはいけないため、煩雑になる」（事前）、「保護者の負担が減る」（事後）等であった。

● 困った経験

訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに関して困った経験はありますか」（事後）との質問に対しては、1名が「あり」、7名が「なし」と回答した（表 31）。

表 31

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|-----|------|--------|
| あり | 1 | 12.5% |
| なし | 7 | 87.5% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |
| 計 | 8 | 100.0% |

● 改善について

「どのようなことが改善するとおもわれますか」（事前）との質問に対して最も多かった回答は、

「教室の保護者の付き添いが不要になることで、教育効果が増える」(76.9%)、次いで「授業や指導に集中できる」(46.2%)、「訪問看護師との連携ができる」(46.2%)という結果となった(表 32)。

表 32

| 選択肢 | 回答 件数 | % |
|-----------------------------|----------|-------|
| 業務分担ができる | 1 | 14.3% |
| 看護ケアの共有、情報交換 ができる | 3 | 42.9% |
| 時間に余裕ができるため、他 の生徒の対応ができる | 1 | 14.3% |
| 医療機関との連携ができる | 3 | 42.9% |
| 相談ができる | 1 | 14.3% |
| その他 | 1 | 14.3% |
| 未回答 | 1 | 14.3% |

介入後のアンケート調査において最も多かった回答は、「教室の保護者の付き添いが不要になることで、教育効果が増える」(61.5%)で、事前と同様の結果となった(表 33)。次に多かったのは、「訪問看護師に遠慮なく、医療的ケアを依頼することができる」(46.2%)との回答で、事前よりも高い結果となった。

表 33

| 選択肢 | 回答 件数 | % |
|-----------------------------|----------|-------|
| 業務分担ができる | 2 | 25.0% |
| 看護ケアの共有、情報交換 ができる | 4 | 50.0% |
| 時間に余裕ができるため、 他の生徒の対応ができる | 0 | 0.0% |
| 医療機関との連携ができる | 2 | 25.0% |
| 相談ができる | 1 | 12.5% |
| その他 | 3 | 37.5% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |

● 負担感について

「どのようなことに負担を感じるとおもいますか」(事前)との質問に対して最も多かった回答は、「教育の場であるという認識に対する訪問看護師とのギャップがある」(57.1%)という結果となった(表 34)。

表 34

| 選択肢 | 回答 件数 | % |
|------------------------------------|----------|-------|
| 児の体調を把握する機会が減少する | 1 | 14.3% |
| 医療的ケアを必要とする児との コミュニケーションが減る | 0 | 0.0% |
| 教育の場であるという認識に 対する訪問看護師とのギャップがある | 4 | 57.1% |
| 訪問看護師との連携に不安がある | 3 | 42.9% |
| 責任の所在が不明確である | 3 | 42.9% |
| 看護技術の違いに戸惑いがある | 0 | 0.0% |
| その他 | 0 | 0.0% |
| 未回答 | 1 | 14.3% |

事後の「医療的ケアを訪問看護師が学校で行うことで、どのようなことに負担を感じていますか」質問に対して最も多かった回答は、「訪問看護師との連携に不安がある」(62.5%)、次いで「責任の所在が不明確である」(50.0%)という結果となった(表 35)。

表 35

| 選択肢 | 回答 件数 | % |
|------------------------------------|----------|-------|
| 児の体調を把握する機会が減少する | 0 | 0.0% |
| 医療的ケアを必要とする児との コミュニケーションが減る | 1 | 12.5% |
| 教育の場であるという認識に 対する訪問看護師とのギャップがある | 2 | 25.0% |

| | | |
|-----------------|---|-------|
| 訪問看護師との連携に不安がある | 5 | 62.5% |
| 責任の所在が不明確である | 4 | 50.0% |
| 看護技術の違いに戸惑いがある | 1 | 12.5% |
| その他 | 0 | 0.0% |
| 未回答 | 0 | 0.0% |

● 児の変化

「医療的ケアを必要とする児に変化はありましたか」(事後)との質問に対しては、1 名が「あり」、5 名が「なし」と回答した(表 36)。

表 36

| 選択肢 | 回答件数 | % |
|-----|------|--------|
| あり | 1 | 12.5% |
| なし | 5 | 62.5% |
| 未回答 | 2 | 25.0% |
| 計 | 8 | 100.0% |

児の変化の具体例として、「保護者が離れるため嬉しそうであった」が挙げられた。

まとめ

養護教諭を対象としたアンケート調査結果をまとめると、以下の 3 点が主な傾向として指摘できる。

- ① 訪問看護師による介入の有用性を認める傾向が低い。
- ② 実際に、訪問看護師の介入により、困った経験をほとんどしていない。
- ③ そうした状況の中で、訪問看護師との連携に不安を抱いている。

D.考察

アンケート結果から浮き彫りになったのは、訪問看護師の学校での医療的ケアへの介入に関して、それぞれの立場での異なる見解、感想であった。

それを以下にまとめると、

① 保護者

- ・学校看護師による医療的ケアの有用性についての評価が低く、学校での訪問看護師の医療的ケアを有用と捉えている。
- ・訪問看護師が学校での医療的ケアに介入することで、保護者自身の時間等、物理的負担感及び精神的負担が軽減することを実感した。
- ・感情面では、子どものそばにいて、気が休まらないと感じたり、腹がたったりといったネガティブな思いを抱くことは少ないことがわかった。

② 学校看護師

- ・学校での医ケア、学校という環境に訪問看護師が介入することの有用性を認めている。
- ・ただし、学校看護師と訪問看護師の役割分担があいまいである点に、戸惑いや困惑感を抱く。
- ・訪問看護師の介入により、医療機関との連携や、看護ケアの共有や情報交換という点の改善を事前に予想していた。しかし実際には、医療機関との連携や、看護ケアの共有や情報交換などの改善は感じられず、他の生徒のために割く時間が増えたという効果の方を強く感じた。

③ 担任教員

- ・訪問看護師による介入の有用性を認めている。
- ・訪問看護師の介入により、児に対する教育効果が高まったと評価していた。
- ・介入で生じる課題として、学校看護師と訪問看護師との間で情報共有がなされ、連携がとれるかについて負担や不安を抱く傾向がある

④ 訪問看護師

- ・訪問看護師も、学校における医ケアへの介入の有用性を認めているものの、一部、否定的見解(有用性を認めない)をもつ訪問看護師もいる。
- ・介入の結果、学校看護師とのコミュニケーションの増加や連携の深まりという効果はあったが、医療機関との連携という点では効果を感じられなかった。
- ・介入の事前、事後を通して、責任の所在が不明確であることや、学校看護師と訪問看護師との間に看護技術の違いがあることに、訪問看護師が負担を感じている。

養護教諭

- ・訪問看護師による介入の有用性を認める傾向が低い。
- ・実際に、訪問看護師の介入により、困った経験をほとんどしていない。
- ・そうした状況の中で、訪問看護師との連携に不安を抱いている。

以上をまとめると以下のような点が総括できる

訪問看護師の医療的ケアの有用性に関する職種による差異

保護者、担任教員、学校看護師、訪問看護師は、その有用性を評価する傾向が高いが、養護教諭は、訪問看護師の介入を有用なものとして評価していない(評価が低い)傾向にある

訪問看護師の介入に対する認識・捉え方(マンパワー)に関する差異

保護者は、訪問看護師の介入を自身の物理的ケア負担を軽減してくれる存在として捉えている。しかし、ずっと子どものそばに付き添うことや、子どもが自分を頼ってくることについて、精神的負担は低いと回答している点にも注意を要する。一方で、担任教員、学校看護師、養護教諭は、訪問看護師が自分たちの業務の負担を軽減すると考えていない傾向がある。しかし、他の生徒のために時間を使えるようになったという意見はある。むしろ、課題は職種間での役割分担や情報交換のための仕組みやシステムの整備である。各職種とも、情報交換やコミュニケーションによって、得られるものが大きいと期待していたが、実際には、それが難しかったようである。学校場で、雇用システム、指示系統の異なる学校看護師や教員と、訪問看護師がコミュニケーションを取り、互いに有益な情報を得るためには、そのためのインフラやシステムを整備する必要があると思われた。

訪問看護師の介入に際しての課題(役割分担)

学校看護師と訪問看護師の役割分担が不明確という意見は特に、学校看護師に多かった。訪問看護師の介入の結果、訪問看護師自身は、業務分担面が改善されるとみているが、学校看護師は、業務分担ができ

るようになるとは考えていない傾向があり、看護業務の捉え方そのものに両者の認識の違いがある可能性が示唆された。学校において看護師が実施可能な業務についての基準の作成が必要と思われた。

学校という環境とその機能についての認識の差異

担任教員、学校看護師、養護教諭は、学校という環境の家庭との違いという点が、評価や判断の根底にあるが、それについて訪問看護師、保護者らとの共通認識の醸成が不十分で、訪問看護師や保護者の基準はあくまで家庭でのケアになっている。それをどのように調整するのも今後の課題である。

学校で行われる医療的ケアの責任の所在

今回、訪問看護師からも学校看護師からも学校で行われる医療的ケアの実施の責任の所在について課題であるという意見が多かった。この問題については、未だ公的にも明確な方針は出ていない。我々は、今回の介入研究や、右肩上がりに複雑化する医療的ケアの内容を考え、医師を最終的な責任者にするしかないと考えている。すなわち、指示書を出した医師と指導医及び校医が同時に指示書にサインをするなどして、複数の医師が、最適な医学的エビデンスを模索しながら、医師同士の議論を行い、その指示の医学的安全性を保証したうえで、指示書に署名をする仕組みを作る。そして、学校長は、その医師の指示が決められたプロトコルを通して決定され指示書が作成されているか、医療行為が、指示通りに実施されるかどうかに関心を持つという構造が良いのではないかと考える。

今回は、回答時に、特別支援学校と、普通学校の区別を回答するようになってなかった。そのため、アンケート結果について、特別支援学校と、普通学校とで比較することができなかった。もともと看護師が配置されている特別支援学校と、そうでない普通学校とは、違いが生じる可能性があるが、それらについては、是非、来年度の調査で明らかにしたい。

E. 結語

今回、学校での訪問看護師による人工呼吸器をケアの実践介入を研究事業として実施した。このような試みが、各地方自治体で個別に行われたことはあっても、同時に複数の地域で組織的に、研究目的で実施されたことは過去に例がない。今回の介入実践で最も大きな効果は、保護者からの分離によって、児童の教育的効果が非常に高くなるということであった。今後、益々、医療的ケアが必要な児童が増えてくると同時に、従来の重症心身障害児の枠に入らない児童も増え、教育によって様々な能力を引き出し、社会に貢献できる成人に成長する児童も出てくると思われる。AI やロボットなどのテクノロジーの進歩により、今後の社会が求めるのは、身体的労働力より豊かな想像力や創造性などであることを考えると、たとえ、人工呼吸器を必要とし、身体的に制限があるとしても、社会の進歩に多大に貢献できる可能性が子どもたちの中に潜んでいる可能性は十分ある。今回の実践的研究の成果が、そのように生かされることを願う。

なし

I. 文献

- 1) 医科診療報酬点数表平成 28 年 4 月版
社会保険研究所、2

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 講演 第60回 日本小児神経学会学術集会
シンポジウム(2018年6月1日)、「医療的ケア
児者の学校生活支援」
2. 講演 第32回日本小児救急医学会学術集会
(2018年6月2日)、「救急疾患から在宅医療
になった子どもたちと家族」
3. 講演 第16回 日本臨床医療福祉学会(2018
年9月6日)、「法的背景を得た小児在宅医療
の今・未来」
4. 講演 第63回 日本新生児成育医学会・学術
集会(2018年11月22日)、
5. 講演 アメニティーフォーラム 23 シンポジウム
(2019年2月9日)、「医療的ケアを必要とする
人『暮らし』を支える仕組みを考える」

H. 知的財産権の出願・登録状況

厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書 令和元年度

分担研究課題：1-2. 東京都・千葉県における学校での人工呼吸器児の訪問看護に関する研究
（令和元年度）

分担研究者：前田 浩利（医療法人財団はるたか会）
研究協力所：木内 昌子（医療法人財団はるたか会）
研究協力者：友松 郁子（TOMO Lab 合同会社）

【研究要旨】

近年、小児医療の進歩により、日常生活の場において、継続的に高度な医療的ケア（人工呼吸管理、喀痰吸引、経管栄養等）を必要とする小児が増加している。このため、文部科学省では、学校看護師の配置を進め、医療的ケア児も受け入れられるようにすべく体制整備を進めている。また、同省より医療的ケア児を学校に受け入れるための方針が示された。しかし、看護師の確保が難しいことや、看護師が人工呼吸器などの高度な医療ケアに不慣れで、実施できないこと等、また看護師の実施する医療ケアを各都道府県の教育委員会で制限していることから、保護者が学校で付き添わざるを得ないことも多い状況が続いている。これは、子どもの発達においても、一億総活躍社会を目指す今、保護者の社会参加を阻害するという意味でも改善すべきである。医療的ケア児が通う学校全てに必要な数と技術をもった看護師の配置が困難な現状を改善するため、在宅でケアする訪問看護師が学校へも訪問し、医療的ケア児のケアに携わることも問題解決のための有効な方法と考えられる。しかし、訪問看護師という外部の事業者が学校において医療的ケアを提供する場合の制度設計にあたり、具体的なニーズを踏まえた支援方法や、質や安全性の確保、責任の所在、既存の制度や事業との併存の可否や整合性等といった課題について検討が必要である。そこで、我々は平成30年度に実施した医療的ケア児が学校において義務教育を受けられる環境づくりの推進を目的として、実際に訪問看護を実施する研究に引き続き、更に多方面から検討するため本研究を実施した。

具体的な研究方法は、東京都において人工呼吸器を装着した2人の児童への訪問看護を実施する。また、29年度に実施に至らなかった「訪問看護師から、学校看護師への技術などの伝授」を試みた。外部の訪問看護師が提供する医療的ケアの内容、ケア提供者の要件、学校職員との役割分担、管理体制等について、医学的・社会的な有効性や安全性、効率性等の観点から分析した。

1. 研究背景・目的

1-1. 研究背景：医療的ケア児の教育環境を取り巻く課題を中心として

近年、新生児医療の発達や医療の高度化等により、日常生活の場において、継続的に高度な医療的ケア（人工呼吸管理、喀痰吸引、経管栄養等）を必要とする小児が増加し、文部科学省調査によれば、約8000人にのぼっており¹、こうした小児に対する教育の提供は、教育現場で重要なテーマになっている。従来、日常的に医療的ケアが必要な児童に対

する教育は、主に訪問教育で、自宅に教員が訪問し、授業を行う方法であった。しかし、訪問教育は週3回程度で各数時間という短い時間で学習時間においても不十分であり、学校教育において重要な子ども同士の交流や、団体行動による社会的行動の体験や学び、親との分離による自立心の育成などの面で、不十分なことが多く、児童の成長・発達を考慮するとともに、人権擁護の観点からも通学の保証が必要と考えられる。更に、近年、従来の重症心身障害児の枠に入らない、知的障害の無い子ども、あるいは歩行したり、会話ができたりする人工呼

¹ 文部科学省、「平成29年度特別支援学校における医療的ケアに関する調査」

吸器を装着した児童も出現し、その数は年々増加している¹。

しかし、医療的ケアが必要な児童が学校に通学する場合、学校において医療的ケアの提供が必要となるが、主に保護者が、子どもの教室や学校内で子どもの授業や、学校での活動中全て付き添ったり、別室であっても学校内に滞在することが求められるケースも多く、訪問教育を選択せざるを得ない場合もある。こうした状況は、児の教育機会及び環境の制限につながっている。すなわち、均等な教育機会を提供し、児童生徒の自立や発達を育むべき学校本来の役割が果たされていない。同時に、保護者が児の医療的ケアのために、学校で常時または長時間付き添うことは、保護者の社会活動を著しく制限することを意味する。医療的ケアを必要とする児と、その保護者双方の立場におけるこうした課題が、これまでの研究で浮き彫りになった子どもの成長、発達の面でも、一人でも多くの方の社会参加が求められる一億総活躍時代を目指す現在、保護者の社会参加の阻害という面でも早急な改善が必要である。

文部科学省においては、医療的ケアを提供できる体制のある学校の整備・拡充を目指し、「医療的ケアのための看護師配置事業」により、学校に看護師の配置を進めている。

しかし、学校でそのような業務を行う看護師の確保が難しいことや、看護師が人工呼吸器などの高度な医療ケアに不慣れであることや、各都道府県で看護師が実施できる医療行為に制限を設けている等の事情から、医療的ケア児が通う学校で十分な医療的ケアを実施できない状況がある²。

1-2. 研究目的

こうした実状を鑑みると、在宅で利用していた訪問看護師が学校へも訪問し、医療的ケア児のケアに

¹ 文部科学省、「平成 29 年度特別支援学校における医療的ケアに関する調査」

² 文部科学省 医療的ケアのための看護師配置事業（切れ目のない支援体制整備充実事業）

携わることが課題解決のための有効な方法の一つと考えられる。

訪問看護師という外部の事業者が学校において医療的ケアを提供する場合の制度設計にあたり、具体的なニーズを踏まえた支援方法や、質や安全性の確保、責任の所在、既存の制度や事業との併存の可否や整合性等といった課題について検討が必要な状況である。

そこで、医療的ケア児が学校において義務教育を受けられる環境づくりの推進を目指し、将来的な制度設計に資する課題の整理と基礎資料を得ることを目的とし、本研究を行うこととする。尚、本研究では、高度な医療ケアの一つであり、なおかつ、昨今地域、在宅での数が急速に増加している人工呼吸器を装着した児童に焦点を当てることとする。

2. 研究の進め方

訪問看護師という外部の事業者が学校において医療的ケアを提供する場合の制度設計するために、実際に訪問看護師が学校に訪問した上で課題の整理を行う。東京都在住の人工呼吸器を装着した児童 2 人を対象に、学校における訪問看護師による介入を一定期間行う。

平成 28 年度に開始した本研究では、4 つの介入パターン（後述）を整理し検討を進めてきた。これまでに 4 つのパターンの内 3 つ（Ⅰ型、Ⅲ型、Ⅳ型）について、具体的実践も踏まえた検討を重ねてきた。本年度は、残る 1 パターンであるⅡ型（訪問看護師から学校看護師への伝達）を実施することとした。29 年度に実施できなかった訪問看護師から学校看護師への伝達を実施した。

上記を通して、医療的ケア児の具体的なニーズと現時点での学校における医療ケアの課題を明確化する。実践を行う中での課題を踏まえ、医療的ケア児を支援する各立場の有識者（校医、学校関係者、訪問看護師、病院主治医、在宅訪問医等）からなる研究班において、現在の学校における医療的ケア提供の仕組みと、看護師の業務管理、教育、安全性の確保などについて、十分な検討を行ったうえで、

外部の者が提供する医療的ケアの内容、ケア提供者の要件、学校職員との役割分担、管理体制等の諸課題について、医学的・社会的な有効性や安全性、効率性等の観点から分析する。

その分析の上に、実際の訪問看護師の業務の実施を通して、学校での支援方法、提供されるケアの質や安全性の確保のあり方、急変時における責任の所在、既存の制度や事業との併存の可否や整合性等といった課題について、それぞれ具体的な事例検討を通して明確化し、診療報酬体系を含めた具体的な行政策を提言する。

本研究は、実践を伴うため、研究に参加する児及び家族へ十分な説明と自主的な参加となるよう配慮する。また、訪問看護にかかる費用負担は利用者には求めない。

一部の看護師による医療行為に対しては万が一に備えた期間限定の医療保険に加盟した上で実践する。

● 訪問看護師の4つの介入パターン

- ・ I型：訪問看護師の付き添い（訪問看護師が付き添い学校での医療的ケアを全て行う）
- ・ II型：訪問看護師による伝達（訪問看護師が学校看護師にケアの方法などを伝達し、学校看護師がケアを実施する）
- ・ III型：学校の繁忙時の介入
- ・ IV型：訪問看護師が複数の小児をケアする（：同じ教室などで複数人の医療的ケアが必要な児がいる場合に、訪問看護師が複数人の医療的ケアを実施する）

3. 調査フロー及び、調査結果

以下の流れで、介入調査を実施した。

- 事前準備 (3-1)
- 介入調査 1 (3-2)
- 介入調査 2 (3-3)
- 介入後フォローアップ調査 (3-4)

介入調査の実施スケジュールは、表1に示した

通りである。

表1 介入調査実施スケジュール

| 研究フロー | 実施日 | 実施内容 |
|--------------------|------------|---|
| 事前準備 (3-1) | 令和元年 9月26日 | 墨東特別支援学校校長への説明・研究承諾 |
| | 10月3日 | 学校看護師へ研究説明 |
| | 10月18日 | 東京都教育庁許可受諾 |
| | 11月14日 | 校長と研究・副校長、看護師との打ち合わせ |
| 介入調査 1 (3-2) | 11月28日 | 学校看護師へのインタビュー（伝達が必要な内容聞き取り） 【インタビュー調査①】 |
| | 12月1日 | アンケート作成・送付 【アンケート調査】 |
| | 12月11日 | アンケートまとめ |
| | 12月12日 | 伝達内容を看護師と打ち合わせ 【インタビュー調査②】 |
| 介入調査 2 (3-3) | 令和2年 1月28日 | A 児にて支援モデルIIに実施、カニューレ挿入研修・緊急時対応・バス乗車時の注意 |
| | 2月10日 | B 児、C 字に支援モデルI・IIの実施、人工呼吸器使用の基本・吸引方法についての説明 |
| 介入後フォローアップ調査 (3-4) | 3月2日 | 電話で看護師に感想の聞き取り 【インタビュー調査③】 |
| | 3月2日 | 家族・訪問看護師への感想の聞き取り 【インタビュー調査③】 |

3-1 事前準備

東京の特別支援学校においては、研究依頼の段階から教育委員会、校長の段階から研究受け入れに対しての抵抗感があり、今年度実施にあたっては、準備段階が重要となった。

3-1-1. 学校看護師とのコミュニケーション

平成29年度の研究において、東京都の特別支援学校・通常学校での「支援モデルI」について12

件の研究を実施した。しかし、「支援モデルⅡ・Ⅲ・Ⅳ」は実施できなかった経緯がある。

支援モデルⅠについて「家族の代わり」での介入であり訪問看護師と学校看護師との関わりが希薄であった。その理由をあげる。

- ・ 学校で付き添う家族は、そのほとんどの医療的ケアを実施しているため、訪問看護師は家族に代わってのケアを実施する人という認識である。
- ・ 学校では、実施できる医療的ケアは、都道府県での制約があり「訪問看護師が実施できることとは違う」という学校側の認識があり連携への不安がある。
- ・ その他、学校看護師には、責任所在の明確さ、看護技術の違いに対する戸惑いがあり、訪問看護師の介入を望んでいない

H29年度の結果から、外部の看護師の介入がとてもしにくい雰囲気があった。研究で介入するためには学校看護師とのコミュニケーションをとり、信頼関係を築くことから始める必要があった。また学校が教育の場、集団の場であることから一定の基準は理解しながら、個別に適した医療的ケアの提供の必要性の理解を促す必要があった。

今年度、協力研究者が「外部専門員」として、学校に関わる機会があり、研究とは別に、3回学校看護師、養護教諭と医療的ケアについて話しをする機会を設けた。外部専門員として、教員や看護師に対して「摂食についての相談・講義」「体位による呼吸状態の安定」「吸引のタイミングや方法」のアドバイスを実施。その中で訪問看護師への警戒心が軽減したことで、学校看護師と訪問看護師から伝達を受ける事に対しての信頼関係を築くことができ、「支援モデルⅡ」の実施が可能となった(3-2において詳述)。また、29年度は実施前後のアンケートを実施する事への抵抗感があったことが分かり、紙面ではなく困りごとをインタビューする形で開始することにしたことも伝達の研究実施につながった(3-3-3において詳述)。

3-2 介入調査 1

3-2-1 学校看護師へのインタビュー（インタビュー調査①）

3-2-1-1 インタビュー調査の概要

調査協力校（墨東特別支援学校）における、医療的ケアを必要とする児童生徒に対する学校看護及び学校看護師の現状を把握するために、当該校における学校看護師を対象にフォーカスグループインタビュー（以下、FGI）¹を実施した。

学校看護師への FGI に先立ち、調査実施者2名が、校長から現状について説明を受けた。その上で、学校看護師に集まっていただき FGI を行った。FGI の概要は以下の通り。

- ・ テーマ：学校という教育環境（通学・下校を含む）において、医療的ケア児の看護する際の心配事
- ・ FGI 実施時間：1時間
- ・ FGI 実施場所：当該校 校長室（前半は、校長も同室に滞在、途中から離席）

FGI では、参加者がリラックスした雰囲気の中で、できるだけ自由に話せるよう、座る順番等にも気を配った。この FGI（インタビュー調査①）では、勤務スケジュールの都合から、参加を得られたのは5名となった。

3-2-1-2 学校看護師へのインタビューに先立って校長より説明された内容の要点

- ・ 介入研究に対して去年よりはウェルカムだが、まだ受け入れの気持ちは十分ではなく、過渡期にある。
- ・ 常勤看護師は、3～5年で移動。非常勤看護師は、8年以上勤務など長い。校長や常勤看護師の考え（医療的ケアの基準や内容）に翻弄されることが多い。

¹ フォーカスド・グループとは、対象として焦点化された集団を集め、そのグループの中で対話したり、集団に対して、それぞれの参加者から情報を得る方法を意味する。

- ・ 子どもに関するこの話し合いや勉強会がない。それは勤務内では時間がとれないから。
- ・ 長年勤めている看護師は、いろいろ知りたいと思っている。
- ・ 教員の専門性と質も向上させる必要がある。
- ・ 国の制度はどんどん進んでいるが、それを学ぶ場がないため、対応できるようなマインドが育ちにくい。それは、学びがないから。
- ・ 療育と教育を併せてどう考えていくかを学ぶ場が必要。
- ・ 学校の生活と包括的に見る体制が整うと、親も安心し学校に任せられるだろう。

3-2-1-3 調査結果

フォーカスグループインタビューを通じて、以下のようなことが、**心配ごと**、**学びたいこと**として語られた。

- ・ 学校バスの中での緊急時対応を、一人で判断できるか？
- ・ マニュアルはあるが、練習したことはないし、アンビュースを使ったことがないケースなど。
- ・ 学校バスでは、配置されたら看護師ひとりで全てをやらなくてはならない。それらを全て想定してトレーニングを受ける機会がほしい。研修の機会がないので、不安。(現在は訪問看護師に委託して医療的ケアバスに学校看護師は乗っていない)
- ・ カニューレをすぐ入れなくてはならない子どもたちに対する対応ができない。
- ・ 子どもたちは、いらいらしたりすると、呼吸器をはずす。「私に注目して～！」みたいな場合もある。そういう子どもたちが、バスに乗るようになったとき、看護師として対応できるか心配。
- ・ 学校看護師全体の研修時に医師から「バスの中ではカニューレの再挿入をしない方がよい」と聞いたが、それでも入れなければいけないか？
- ・ 特定の子ども(例：車椅子にのった状態)か

つ、車の中という環境の中で、どう対応するか、個別ケースの指導が必要。子どもに対する声かけも含めて、個々の対応が必要。

3-2-2 アンケート調査

3-2-2-1 アンケート調査の概要

インタビューに参加した学校看護師から、参加できなかった看護師に対しても、伝達の希望を聞きたいとの意見があり、簡単なアンケートを実施して、伝達のニーズ把握をすることにした。

「学校での医療的ケア実施における実状把握のためのアンケート」(添付資料1)を作成し、以下の流れで実施した。

- 1) 当該校の担当者(副校長)宛てにメールで送信
- 2) 担当者がアンケート用紙をプリントアウト
- 3) 担当者から学校看護師一人一つにアンケートの主旨を説明し調査への協力を依頼
- 4) 各学校看護師は、回答後、調査票を担当者へ提出
- 5) 担当者はアンケート調査票をとりまとめ、研究実施者へ返送

尚、回答期間は1週間とした。

3-2-2-2 調査結果

回答者数：8名(回答率 53.3%)

質問ごとに、寄せられた回答内容を、以下に分類した。

- Q1. 医療的ケアを実施する上で、困難に感じた経験や、現在こまっていることを教えて下さい。

医療的ケアの実施という視点での回答は、8名中3名であった。その内2名は、「実際に対応で

きるか不安) (カニューレが抜けた時の対応に対する不安や、人工呼吸器管理の経験不足)、「個別性の高い医療的ケアへの対応」がないことを困難に感じていることとして挙げた。3名の内、残りの1名は、「相談先の不足」(困ったときや、分からない時に、すぐに相談できない状況)を挙げた。医療的ケア以外のことを挙げたのは3名、2名は未回答となった。(表2)

表2

| 回答 | 人数 |
|--------------------------------------|----|
| 実際に対応できるか不安 (医療的ケア: 気管切開カニューレ、人工呼吸器) | 1名 |
| 個別性の高い医療的ケアへの対応 (必要物品等が児によって異なるなど) | 1名 |
| 相談先の不足 | 1名 |
| その他 (医療的ケア以外のこと) | 3名 |
| 未回答 | 2名 |

- Q2. 上記でお書きいただきました困難や困っていることを解決するために、どのような支援を希望しますか?

希望する支援について、具体的な希望を回答したのは1名のみとなった。「分からない」は1名、「その他」と「未回答」はそれぞれ3名であった。尚、質問に答えるのではなく、「非常勤看護師を増やしても常勤看護師の負担は変わらない」といった、現状について感じていること等の記述は「その他」に分類した。(表3)

表3

| 回答 | 人数 |
|-----------|----|
| 研修会、文献や資料 | 1名 |
| 分からない | 1名 |
| その他 | 3名 |
| 未回答 | 3名 |

- Q3. その他、学校での医療ケア実施について、思いやお考えをお書き下さい。

この質問への回答は、8名中4名であった。その内訳は表3にしめしたとおりである。

表4

| 回答 | 人数 |
|----------------------|----|
| 保護者の負担を軽くしてあげたい | 1名 |
| 児の通学の状況を改善したい | 1名 |
| 学校でできることが限られるのは仕方がない | 1名 |
| 学校の設備が不十分 | 1名 |
| その他 | 2名 |
| 未回答 | 2名 |

3-2-3 インタビュー② (アンケート調査結果の共有含む)

3-2-3-1 インタビュー調査の概要

アンケート調査結果(3-2-2)をまとめ、その結果をもって当該校を訪問し、校長、副校長、学校看護師に、アンケート調査結果を共有した。その上で、以下の点について、フォーカスグループインタビュー(FGI)を実施した。

- ・ テーマ: 学校という教育環境(通学・下校を含む)において、医療的ケア児の看護する上で、学校看護師と訪問看護師の協力・伝達を望むものや、必要性を感じているもの
- ・ FGI実施時間: 40分
- ・ FGI実施場所: 当該校 校長室(前半は、校長も同室に滞在、途中から離席)

FGIの意見を集約し、介入調査2について日程調整を行い、実施することになった。

3-2-3-2 インタビュー調査②

2回目のフォーカスグループインタビューでは、バギングとカニューレの交換に焦点を当て、主に研修を通じて経験したことや、そこでの感じたことが語られた。

まず、当該校の学校看護師15人中8名が、バギングとカニューレ交換の研修を受け、それらを実際に体験した。それに対して以下のような感想等が出された。

- ・ 医ケアバスに乗車して再挿入というところ

までは、想定できなかった。

- ・ 新しい人工呼吸器を装着している児がいる。その子は、パニックになる場合もあるため、そういう子に対して、バスの中のカニューレの再装着まで出来るか不安がある。

3-2-4 介入調査①の総括

介入調査1の主目的は、学校で医療的ケアを行う場合に、学校看護師がどのような不安を抱えているのか明らかにし、介入調査2を通じて、そこを支援する方向性を検討することであった。そこで、介入調査1を、フォーカルグループインタビュー→アンケート調査→フォーカルグループという流れで進めた。学校看護師と訪問看護師が有機的に連携するためには、昨年度までの経緯も踏まえた結果、それぞれの専門性に基つき、対等な立場で議論をし、学校看護師と訪問看護師が共同で介入研究をすすめる体制を整えることが重要であると考えたからである。その結果、昨年度までは実施に至らなかった介入パターンⅡを実施するに至った。

これに対して、次の点が課題として浮き彫りとなった。アンケート調査結果(4-1-2)で明らかとなったように、学校で医療的ケアを実施することについて、一前向きであるにしる、後ろ向きであるにしる、一意見や考えがすぐには出てこなかったり、意見や考えを伝えることに、学校看護師がためらいがちになる傾向があった。

これは、医療的ケア児及びその家族の状況に対する、医療者としての認識不足が起因しているものと推察される。学校看護師とは、学校という教育環境を理解している医療者であり、その環境を踏まえた上で、必要な医療を提供する役割を果たす存在であるべきである。しかし、学校看護師についての、現状を踏まえた上での明確な定義はなく、実際には職能としての確立も不十分である。こうした現状が本調査においても、学校看護師の回答傾向に現れたものと考えられる。

3-3 介入調査②

3-3-1 対象児の選択

対象児の選定方法、選定基準は以下の通り。

- ・ 人工呼吸器を使用している。
- ・ 通学している（訪問には、学校看護師が関わっていないため）
- ・ 上記、インタビュー・アンケートで生命維持に関わる緊急時対応や、人工呼吸器、吸引などで、学校看護師が「困っている」と感じている児童

表5

| 対象児 | 支援モデルⅠ 実施日 | 支援モデルⅡ 実施内容 |
|-----|-------------------------------|-------------------|
| A | — | カニューレ抜去時の再挿入の伝達など |
| B | 2/10. 13. 17. 20 . 26 (5回) | 人工呼吸についての基本伝達 |
| C | 2/10. 12. 19. 21 . 28 (5回) | 吸引についての実施検討 |

対象児詳細

●児童A 8歳女児

- ・ **診断名**：マーシャルスミス症候群
- ・ **身体状況**：座位はとれないが、寝返りや背這いで移動ができる。上肢、手先は目的を持った動きができる。指先が細く器用。周囲の会話をある程度理解できる。発語はないが、表情や動きで他者に意思表示をする。気管軟化症などがあり、気管切開あり。24時間呼吸器使用。退屈な時など呼吸器回路を引っ張りカニューレの自己抜去が起きる。カニューレが抜去すると、15秒ほどでチアノーゼとなり酸素飽和度が下がる（すぐに再挿入することが必要。）
- ・ **知的障害**：あり
- ・ **医療的ケア**：気管切開・気管内・経口・警備吸引・胃ろうからの注入
- ・ **学校での状況**：都立特別支援学校(肢体不自由) 小学2年生 通学籍
- ・ **親の付き添いの状況**：母が公共交通機関や福祉タクシーによる送迎し、そのまま学校に滞在。

小1の時は、同じ教室から離れられなかったが、最近隣の教室での待機(離れてはいけない)

- ・非介入時の学校での医療的ケアの提供者：母、学校看護師
- ・支援モデル：Ⅱ型（訪問看護師による伝達）

●児童B 10歳男児

- ・診断：先天性ミオパチー
- ・身体状況：寝たきり、発語不可 上肢は介助があればある程度自由に動く。表情で意思を表現できる。文字盤やカードを指さし、意思表示ができる。24時間人工呼吸器 気管切開。胃ろうからの経管栄養。
- ・知的障害：無し
- ・医療的ケア：気管切開、口腔、鼻腔からの吸引 胃管からの注入
- ・学校での状況：都立特別支援学校 小学4年生 通学籍
- ・親の付き添いの状況：母が福祉タクシーで送迎し、そのまま母が学校に滞在、母は終始付き添い、児童から離れられない（介入当時）
- ・非介入時の学校での医療的ケアの提供者：母親、学校看護師
- ・支援モデル：Ⅰ型（訪問看護師によるケア＋伝達）
Ⅱ型（訪問看護師による伝達）

●児童C 10歳男児

- ・診断：パリスタキリアン症候群
- ・身体状況：寝たきり、発語不可 表情で意思を表現できる。
- ・知的障害：有り（重度）
- ・医療的ケア：気管切開、人工呼吸器、口腔、鼻腔からの吸引、胃ろうからの注入
- ・学校での状況：都立特別支援学校 小学4年生 通学籍
- ・親の付き添いの状況：母が自家用車で送迎し、そのまま母が学校に滞在、母は終始付き添い、児童から離れられない（介入当時）

- ・非介入時の学校での医療的ケアの提供者：母親、学校看護師
- ・支援モデル：Ⅰ型（訪問看護師によるケア＋伝達）

3-3-2 支援モデルⅠの実施結果

平成29年度には、多くの支援モデルⅠ（家族の代わりに訪問看護師が付き添う）を実施し、家族の付き添いの負担が軽減し、安全に医療的ケアが実施され児の自立志向が高まり、周囲の児との仲間意識が形成され教育的効果が見受けられた。

今年度も支援モデルⅠの介入を実施した。児の付き添いをする中で児を中心に、支援モデルⅡ（学校看護師への伝達）を実施した。

3-3-2-1 B児に対しての支援モデルⅠの実施概要 看護師付き添いで家→学校→家（送迎は介護タクシー）

家族の付き添いではないが、訪問で児を熟知している看護師の訪問であるため、リラックスしていた。iPadで会話ができるようになっており、訪問看護師に対し学校での様子や自分の気持ちを話してくれた。

24時間の人工呼吸器装着のため、教室から離れることはできない。吸引は、本人が希望したときに実施。看護師が吸引を実施するが、痰が引ききれず、訪問看護師が実施する事があった。本人も、「痰が取れていないから苦しい」という。吸引に来た看護師には、痰の確実な吸引の仕方を伝えながら実施した。

家族の話を見ると、吸引方法は、マニュアルありきで、技術も人によって違う状況がある。また、呼吸器に触れる怖さもあるので、支援モデルⅡの伝達時、詳細の説明を実施した。教員が、人工呼吸器や加湿器の電源を入れたり、母と共に学べる環境に整えていた。

3-3-2-2 C児に対しての支援モデルⅠの実施概要 看護師付き添いで学校（自家用車での送迎のため）

2月10日から26日の間に5回の介入研究実施

C児は、気管切開をしており呼吸器を外している時間もあり、学校では痰が固くなりやすく学校でも吸入を頻回に実施している。吸引での痰がとりにくく、主治医からの指示は「吸引圧 40 まで可、吸引チューブ 9 cm まで挿入可となっている。

しかし、東京都教育委員会決まりで「吸引圧 20、吸引チューブはカニューレ内」となっているため、痰が取れない。学校看護師による医療的ケアが実施できるようになっているが痰が取り切れない事がたびたび発生。母は自主的に付き添いをしている。授業時間には、隣室に離れることもあるが、痰が取り切れない場合は家族が呼ばれる。

訪問看護師は家族の代わりに付き添い、学校看護師に呼ばれた場合は、吸引の伝達を実施しながら確実な吸引を実施した。

C児は、教員に安心している様子が見られた。授業の妨げにならない形での付き添いを心掛けた。

3-3-2-3 まとめ

B児もC児も昨年も家族の代わりに付き添いを実施した。どちらも4年生となり、さらにたくましく、安定して過ごしている様子が見受けられ成長を感じた。やはり、教育の力は大きい。

3-3-3 支援モデルⅡの実施概要

3-3-3-1 A児に対して、学校看護師がカニューレ再挿入の練習をする（1月28日）

学校に訪問看護師、在宅医が同席し実際にカニューレ」を入れる研修を実施した。

家族の許可、同意を得て学校看護師10名の参加で、カニューレ自己抜去を繰り返す児に対して、医師の指示の管理のもと、看護師1名がカニューレの際挿入を実施した。

在宅で使用している、「カニューレ抜去時の救急セット」を持ち歩くこととし、対応が遅れないように説明。

家庭で使用している「緊急時マニュアルフローシート」を渡し、学校バージョンでの検討を依頼

した。

3-3-3-2 B児に対して人工呼吸器についての基礎説明（2月16日）

東京都教育委員会では、令和2年度から人工呼吸器使用の児を学校看護師が看て、家族と分離できるような方針がある。しかし、インタビューのように、実際は看護師の不安は大きく、個々に合わせたケアが実施できるようになるには、基礎知識や経験が必要である。

● 説明内容

- ・児の疾患による特徴と、呼吸器を利用している訳、普段の呼吸状態を十分に理解すること。
- ・呼吸器チェックで確認している数字の意味、読み取り
- ・呼吸器チェックのタイミング、その意味
- ・移動時の呼吸器の扱い方
- ・加湿器のセットや回路の組み換え
- ・吸引のポイント
- ・緊急時(呼吸状態が悪くなった時)の対応(指示確認含む)

いずれも図を使つての説明、不安の傾聴と対応相談

3-3-3 OJT実施

3-3-3-1 OJT実施の概要

- ① 医療的ケア児のバスに、訪問看護師1名が乗る
- ② 医療的ケア児のバスに、学校看護師と訪問看護師が一緒に乗る

学校の医療的ケアのバスに乗車したが、対象児は呼吸器を使用しており、実際バスには乗っていないため、学校看護師と訪問看護師が同乗することには至らなかった。実際、呼吸器の児同は医療的ケアバスに乗車していない。他の医療的ケア児のバスにたいしても、学校看護師は、勤務時間外であることや、緊急時対応への不安感から乗って

いない。訪問看護師が委託で添乗している現状であった。

3-3-3-2 C 児に対して 吸引の実施方法についての説明と実施（2月16日）

● 概要

C 児については、学校看護師では十分な吸引がされず、痰つまりの可能性があり、母は3年間付き添いを続けているケースである。学校に通い始めたとき（2年生）から、東京都教育委員会の決まりであった吸引圧20を厳守し、カニューレ内の吸引と決まっていた。C 児は、圧を上げて、長めに吸引チューブを挿入しないと、痰が引ききれず体調を崩す。

そこで、主治医により「吸引圧40まで可能、吸引チューブ9cm挿入可」としたが実施されない。

● 実施内容

・指示書に沿った吸引を実施しない理由として、「東京都の決まりに従わなければならない。一校でそれを破ると他の学校も実施しなければならなくなる」とのこと。

・支援モデルIで付き添っているときに、看護師が吸引しきれない時があり、その場で指示通りの圧、長さで訪問看護師が吸引を実施。痰はとれてすっきりすることができた。

・気管内の吸引をするときの丁寧な、児の立場にたった実施方法、注意事項（気管を傷つけない）を説明しながら実施。

・長時間の吸引をしない（無気肺の可能性もある）

・吸引できているかの確認方法

・サチュレーションモニターはあくまで目安。普段の児の状態を知り、数字にたよらないアセスメントの実施方法

3-4 介入後フォローアップ調査

3-4-1 インタビュー③（介入調査2終了後のインタビュー）の概要

2月28日まで支援モデルI・IIの実施。3月2日

コロナウイルス感染予防のための休校が始まったため、これまでの看護師からの意見や感想に加え、電話インタビューで所感を聞いた。

3-4-2 調査結果

3-4-2-1 A 児の伝達：カニューレ抜去時の対応研修・緊急時対応

・カニューレ抜去時の対応については、学校看護師の関心が高く、時間外となる非常勤看護師も参加して、とても勉強になった。

・緊急時対応マニュアルも参考にはなるが、学校でそのまま使えない（やっていい事といけないことが決まっている）。

・緊急時セットは持参するようになった。が、看護師全員が使えるわけではない。

・家族が付き添っているので、学校で抜去したら家族が挿入する。

・研修はしたが、勉強のために、研修したから実際すぐに実施することにならない。

3-4-2-2 B 児の伝達：人工呼吸器についての基礎説明後の所感

・実際の呼吸器を見ながら実施しないと分かりにくい（児の欠席により説明のみになった）。

・勉強にはなったが、学校（東京都教育委員会）が実施すると決定していないので、実施することには結びつかない。

・看護師全員に伝えることが難しい。

・保護者にチェックされるのでやりにくい。

3-4-2-3 C 児の伝達

・学校では実施できない指示だから仕方がない

・主治医、学校医、指導医全員の見解が同じなら実施するが確認が取れないので実施できない。

・気管支ファイバーで、指示通りでよいと証明できれば指示通り実施する。

・出血したら怖い。

・学校看護師皆が同じようにできない

学校看護師は東京都教育委員会で決めている吸引圧 20 を変えることなく、カニューレ内の吸引を継続しているため、痰の吸引はされない。東京都教育委員会の決まりでは、看護師であってもこれ以上できない。家族（主に、母親）が確実な吸引を実施する事で健康を保っているため、看護師が医療的ケアを実施できるように許可されても、学校看護師に安心して任せられないため、家族が付き添わざるをえない。

医師の指示がひとつになることは、安心して吸引を実施することに繋がると考え、主治医と学校医の情報、意見交換の実施を依頼。電話で話し、「吸引圧 40 で挿入の長さは、カニューレから 0.5cm 出し吸引」を実施し、状態観察することになった。

4. 総括

今回の研究では、昨年実施できなかった支援モデルⅡ（学校看護師へのケアの伝達）をメインに実施した。実施にあたり、昨年度は支援モデルⅡの実施に至らなかった要因を整理及び確認した。

昨年は、保護者や訪問看護師は、学校でも家庭で実施できている医療的ケアを学校でも実施できれば、児は、健康を保ち登校できると考えて、教育委員会、学校や、学校看護師に対してアプローチをしてきた。

しかし教育現場では、「集団」「人手不足」「安全の担保」「教育の場であり、医療の場ではない」等理由から、各自治体において、学校で実施できる医療的ケアの制限を設けている状況があった。そのため、看護師であっても学校で行える医療的ケアの範囲は決まっている状態で、現在に至っている。

また学校において、医療的ケア児は、家族の付き添いが前提での登校となっていた歴史が長い。外部の看護師が教育現場に介入することは、「現状の変化」に対しての戸惑いと不安があったものと考えられる。

そこで今年度は、学校側の気持ちを理解し、学校看護師とのコミュニケーション、信頼関係を構築するところを丁寧に行い、学校側に必要とされる関係

構築に注力した。この方針と試みにより、支援モデルⅡによる介入が実現したと考えられる。すなわち、介入そのものよりも、介入するまでに多くのエネルギーを使うことになった。考察の結果、以下に挙げる点がその要因と考えるに至った。

- 「学校看護師」は、職能として確立されておらず、結果的に学校看護師のマインド、アイデンティティがあいまいとなっている。
- 学校においては、専門職としての判断や看護の実施が制限され、学校での最終判断・決定・責任は校長であるため学校看護師は自ら考えて行動することが難しい。

実際、今年度の研究で支援モデルⅡ（伝達）の内容は、学校看護師が困っている、不安なことに対して介入を実施したがすぐに活用されるわけではなく、最終的には実施の可否を東京都教育委員会や学校を通さなければ実施に至らない。

また、学校看護師は、研修の場が少なく最新の知識や情報を得にくい。実際のケアでは、児個々の状態によってケアが違うことへの戸惑いや不安がある。分からない事で、医療的ケアをやりたくない気持ちや、不安、自信が持てない事態を生む。本来であれば、「学校看護師とは」「学校看護師の在り方」「多職種との連携」などといった、総論的なものから、OJT にいたるまで十分な研修、教育が必要である。訪問看護師も含め、様々な機関との連携を意識し、協力体制を作り高め合うことができることが望ましい。

今回の研究では、家族の代わりに付き添いを実施する中で、手技の伝達を行った。これにより、児を中心に、個々に合ったケアの伝達ができた。児にとっても、仰々しくならずいつも通りの人や環境で、リラックスした中で研究の実施ができ、医療的ケアの実施が学校で確実にできれば、教育が保証される。毎日学校に付き添っている家族にとっても息をつくひと時を作ることができた。家族の付き添い期間は少しずつ短くなっているが、平均 3 か月以上で就労が不可能となることは、いまだ少なくない。

また、カニューレの再挿入の伝達については、参加者も10名と多く、学校看護師の関心の高さがうかがえた。このような実践的伝達が積み重ねられ、実践できると学校看護師のスキルアップにもつながる。積極的に知識や技術のスキルアップや、困りごと相談などができる仕組みも必要であろう。

出生率が下がる中、医療的ケア児は増加している。その子供たちは在宅で生活しており、社会の中で生きている。そして持てる力をちからの限り成長して、希望する将来に向かい、自分らしく生きていくことが望ましい。その成長の中で「学校」「教育」をどこで、どう受けるかによって、将来が決まると言っても過言ではない。学びの場に安心して医療的ケアを受けられ、ふつうに教育が受けられる環境を作っていかなければならない。いろいろな分野から「医療的ケア児の教育」にも目を向け、課題をひとつひとつ解決し、支援を受ける本人はもちろん、支援をする側も幸せになる社会を目指したい。

● 参考資料

文部科学省、「平成29年度特別支援学校における医療的ケアに関する調査」

文部科学省、「医療的ケアのための看護師配置事業（切れ目のない支援体制整備充実事業）」

● 健康危険情報

特になし

● 研究発表

『日本医師会雑誌』等での研究発表を予定している。

● 知的財産権の出願・登録状況

特になし

【謝辞】

本研究は、その開始当初から多くの課題や困難に直面した。それらを乗り越え、本研究を完遂するに至ったのは、ひとえに、医療的ケアを必要とする子供たちの教育環境を変えていかねばならないという、強い志をもった多くの方々のご協力があったからである。まず、医療的ケアを必要としている子供たちと、そのご家族の方々に心より感謝を申し上げたい。そして、東京都立特別支援学校の堀江浩子校長、東京都立特別支援学校の学校看護師の皆様、調査を進める上でご協力くださいました職員の皆様、東京都教育委員会に、心より感謝を申し上げたい。

添付資料1

学校での医療ケア実施における実状把握のためのアンケート

子どもたちの教育を支える上で鍵となる医療ケアの実施において、困難に感じていることや、知りたいことを教えてください。

1. 医療ケアを実施する上で、困難に感じた経験や、現在困っていることを教えてください。

2. 上記でお書きいただきました困難や困っていることを解決するために、どのような支援を希望しますか？

3. その他、学校での医療ケア実施について、思いやお考えをお書き下さい。

● プロフィール

お名前 _____ 学校看護師としての経験年数 _____年

ご協力ありがとうございました。

分担研究課題：2. 東京都南部における学校での人工呼吸器児の訪問看護に関する研究

分担研究者：田角 勝（昭和大学小児科）

研究協力者：三本 直子（あいりす訪問看護ステーション）

【研究要旨】

東京都は他の地域と比べ医療的ケアの対象児が多いため、都立特別支援学校（肢体不自由校）には看護師が数多く配置されている。しかし都立特別支援学校に人工呼吸器を装着して通学している学童は、原則として常に保護者の付き添いを必要とする現状がある。平成 29 年度の「東京都立特別支援学校における人工呼吸器使用時の訪問看護ステーションの活用に関する研究」が行われ、それを受けて東京都教育委員会は平成 30 年度に人工呼吸器を装着する児を学校看護師が管理することにより、保護者の付き添いをなくすための研究を始めた。

今年度の本研究の目標は、訪問看護ステーションと学校看護師の協力、あるいは学校看護師に人工呼吸器を装着する児の医療的ケアを引き継ぐことを検討することとした。しかし東京都教育委員会の独自の研究が開始されたこともあり、本研究で看護ステーションと学校看護師が共同で行うことの承認を得ることができなかった。そのため昨年と同様に保護者のかわりに訪問看護ステーションの看護師による医療的ケアを実施することにとどまった。しかし昨年度に学校における医療的ケアの質を上げるための改善策の一つとしてあげた学校看護師の活用は、都教育委員会のモデル事業として始めることができた。

学校における訪問看護ステーションの有効活用のためには、学校看護師との役割分担や連携を行うことで安全や効率等において検討される必要がある。そのためには学校で始まった医療的ケアではあるが、広く社会に浸透した医療的ケアの考え方への変化を踏まえて、学校看護師の立場を明確にし、教育委員会や学校とともに現状に合わせた形に変更する必要がある。そして学校看護師の通学児への医療的ケアの対応の拡大が、訪問籍の学童のスクリーニング等における訪問看護師の活用につながると考えられる。

A. 研究目的

医療の発達や高度化に伴い、日常生活の場において医療行為（人工呼吸管理、喀痰吸引、経管栄養等）を必要とする子どもが増加し、文部科学省調査によれば約8,000人にのぼる。このような学童では、学校において医療的ケアが必要となる。その中でも人工呼吸器を使用してい

る学童は、多くの学校において常に家族の付き添いが求められる。そのため人工呼吸管理をしている学童においても、十分な医療的ケアを提供できる学校の体制の整備・拡充が求められる。

東京都は常勤看護師、非常勤看護師、介助員等の配置を行い、教員とともに医療的ケアに対応している。しかし医療的ケアを必要とする学

童の数の多い都立特別支援学校においては、人工呼吸管理まで十分な対応ができず、原則として家族の付き添いを求めざるを得ない状況がある。そのため在宅医療で利用される訪問看護ステーションの訪問看護師が学校へ行き、医療的ケア児のケアに携わることが一つの方法として考えられる。

平成29年度厚生労働省行政推進調査事業の医療的ケア児に対する教育機関における看護ケアに関する研究の「東京都立特別支援学校における人工呼吸器使用時の訪問看護ステーションの活用に関する研究」を受けて、平成30年度に東京都教育委員会は「都立特別支援学校における人工呼吸器の管理モデル事業」を1校において始めた。そのような東京都の流れの中

で、訪問看護ステーションの訪問看護師が学校において医療的ケアを行い経験や知識を学校看護師に受け渡すことが、学校における質の高い医療的ケアにつながると考え、支援方法や質や安全などの課題について検討することを目的とした。

B. 研究方法

人工呼吸器を必要として都立特別支援学校に通学し、日常生活で訪問看護ステーションを活用している子どもにおいて学校および保護者そして訪問看護ステーションの協力で、訪問看護師の経験や知識を学校に引き継ぐ状況を想定し研究計画をたてた。

表1 対象症例

| | A |
|------------|--|
| 性、学年 | 女兒、中学校1年生（通学籍） |
| 基礎疾患、合併症 | 先天性感染症による脳性麻痺、慢性呼吸不全、側弯症、重症心身障害児、てんかん |
| 医療的ケア | 在宅人工呼吸器（24時間使用）→吸引 自発呼吸で1時間は生活可能 胃ろう |
| コミュニケーション | 難しい |
| 日常生活自立度 | 全介助 |
| 訪問看護ステーション | 利用している（在宅と同じ訪問看護ステーションの利用） |

C. 研究結果

都立特別支援学校（肢体不自由校）の看護師の配置は、各学校に常勤看護師2名、学校の必要状況に応じて複数の非常勤看護師が配置されている。医療的ケアの実施は、看護師、教員（特定の学童に特定の行為）、生活介護員（特定の学童に特定の行為）が、その内容や学童の状況に応じて行っている。人工呼吸器を装着している学童においては、原則として保護者が常

時付き添いをしているが、個別の状況に応じて、短時間の隣室待機や短時間で戻れる範囲で学校を離れることが行われている。

このような状況で学童の家庭で医療的ケア等を行っている訪問看護ステーションの看護師が経験や知識を活かし、学校看護師に引き継ぐことの研究協力の依頼を東京都教育委員会や都立特別支援学校に行った。しかしながら東京都教育委員会および特別支援学校からの承

認が得られなかった。

そのため本年度は平成 29 年度の「東京都立特別支援学校における人工呼吸器使用時の訪問看護ステーションの活用に関する研究」と同様に、訪問看護師が学校の医療的ケアに加わるが、学校看護師の体制は変わらない状況で実施することになった。

学校学童 1 名を対象（表 1）として、訪問看護ステーションからの訪問看護師の学校への配置にとどまった。基本的に訪問看護師は学童に 1対1で対応した。拘束時間は保護者が行っていた時間と同じであった。

訪問看護ステーションから訪問看護師を学校に派遣しての医療的ケアは実践できた。昨年度と同様に訪問看護ステーション等の外部からの提供する医療的ケアの内容、ケア提供者の要件、学校職員との役割分担、管理体制等について、医学的・社会的な有効性や安全性、効率性等の観点から考え、学校における医療的ケアを行った。医療的ケアの支援方法、提供されるケアの質や安全性の確保のあり方、急変時における責任の所在、既存の制度や事業との併存の可否や整合性や効率性・経済性等の人工呼吸器を装着している学童の具体的なニーズや課題の一部を示すことができた。

本児は日常生活において同じ訪問看護ステーションを活用しており、医療的ケアは問題なく学校で施行することができた。しかしながら、当初の目的であるその経験や知識を学校看護師引き継ぐことはできず、そのような面では新しい進展をみることはできなかった。

人工呼吸器を使用している学童は、その基礎疾患や合併症、病状により大きな相違がある。そして通学籍、訪問籍、院内学級などを含めて、生活状況にも大きな差がある。その差を考えて対応する必要があり、一律に人工呼吸器を装着している状況として議論することは難しい。人工呼吸器を装着しているから危険という考え

でなく個々の学童に応じた対応が必要である。

小児の在宅医療に慣れている訪問看護ステーションやその看護師は、医療機関との接点が多く、在宅での人工呼吸管理に慣れていることが多い。一方で学校看護師は人工呼吸器などの高度医療機器の操作などの医療に不慣れである。しかし最初から医療的ケアの必要な学童が通う学校に高度な技術を持つ看護師の十分な配置は難しい。また学校は医療機関でなく教育の場所であることも重要な点となる。様々な方法により、教育現場の看護師の医療技術の向上をはかり、教育機関における医療について検討していく必要がある。

東京都教育委員会の「都立特別支援学校における人工呼吸器管理モデル事業」の中間報告では、非常勤看護師のローテーションにより、保護者の付き添いを段階的になくす方向に向けている。そのために「人工呼吸器管理のためのガイドライン」を策定する予定としている。そこで人工呼吸器を使用している学童に対して、学校での対応法や看護師等の人工呼吸器の理解のための研修などが盛り込まれる予定である。そしてモデル事業から対象者を拡大することが考えられている。

昨年度の「東京都立特別支援学校における人工呼吸器使用時の訪問看護ステーションの活用に関する研究」では、学童に対して保護者のかわりに訪問看護ステーションの訪問看護師を活用したが、非効率的であるという課題がみられた。その対策の一つは、学校看護師の効率的な活用である。そのためには学校看護師の立場をしっかりとしたものにする仕組みや研修の支援等を学校や教育委員会とともに作る必要がある。昨年度の研究で指摘している内容について、東京都教育委員会や特別支援学校で検討され反映されたことになる。そして訪問看護ステーションの活用は、訪問学級籍の学童のスクリーニングや都立特別支援学校の肢体不

自由校以外の学校での連携等に活かされると考えられる。しかしながら東京都教育委員会での研究が始まったことが、本研究の承認が得られなくなったということにつながったという部分では残念であり、研究事業のさらなる連携が必要と感じた。

人工呼吸管理などの医療的ケアを行う場所は、医療機関（医師、看護師）から家庭（保護者、訪問看護）、さらに学校（管理者、担任、養護教員、看護師）へと拡がり、それぞれの場所や立場や役割の違いを理解して対応する必要がある。学校は教育の場であるが、学校生活に医療行為を必要とする数多くの子どもの教育の保障と健康の推進のための対応を目指すこととなる。学校と保護者と医療の協力と協働のもとで、子どもの健康のために学校における医療行為のあり方を考え促進する必要がある。

学校は学童に医療行為があるということで教育の機会を減らすことを極力少なくすることが前提になる。そのためには学校へ医療をそのまま持ちこむのではなく、教育を最大に引き出すために医療を活用することを考えるべきである。その認識を保護者と医療関係者、学校看護師、養護教員、教員、学校管理者が共有することが必要である。

D. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

分担研究課題： 3. 埼玉県における学校での人工呼吸器児の訪問看護に関する研究

分担研究者： 田村正徳（所属 埼玉医科大学総合医療センター）

研究協力者： 高田栄子、奈倉道明、小泉恵子、森脇浩一
（所属 埼玉医科大学総合医療センター）

【研究要旨】

埼玉医科大学総合医療センター 小児科では、埼玉県立川島ひばり特別支援学校に通う小学部 6 年生と高等部 1 年生の児童計 2 名を対象に研究を行った。方法は、パターンは、①の児童が学校にいる間、保護者の代わりに訪問看護師が付き添う方法で行った。事前準備としてアンケート調査を行い、主治医は人工呼吸器に係る診療情報提供書と訪問看護指示書を作成し、学校と訪問看護ステーションに提出した。事後にもアンケート調査を行い、訪問看護ステーションには実践報告書を提出してもらった。アンケートの結果は、事前アンケートでは、学校看護師と養護教諭ともに改善できると答えていたのは、看護ケアの共有、業務分担、情報交換であり、不安や危惧することは教育の場であるという認識に対するギャップと連携であった。担任教員からは、改善できるのは、授業や指導に集中できることであったが不安に思うのは学校看護師と訪問看護師との情報共有であった。事後アンケートでは、学校看護師から見た改善された点は、時間に余裕ができたので他の生徒の対応ができた、業務分担ができたなどであった。養護教諭は保護者の負担軽減、子ども達の自立促進の点で有用であると答えていた。保護者は、休息時間が作れ、気分転換ができたと答えていた。児童本人については、コミュニケーション力がついた、学校へ通うことへの意識が親子ともに高まった、担任は保護者の付き添いが不要になることで教育効果が増えたと答えていた。訪問看護師からは、学校看護師が携わるのが基本であろうという意見であったが、実際に医療的ケアを行ってみて、改善された点は、看護ケアの共有、情報交換ができたこと、居宅外の様子を知ることが看護ケアの質が上がった点であった。負担は責任の所在が不明な点であった。業務調査では、①授業中の吸引 ②移動時の人工呼吸器の回路の取り外しと装着 ③胃瘻からの水分と栄養の注入を行い、徐々に児童とのコミュニケーションが取れた点と能力と身体機能がわかった点が評価できるとの回答であった。

今回の研究で、児童が訪問看護師から医療的ケアを受けながら通学することは保護者の負担軽減のみならず、児童の成長にも有意義であることが分かった。また、安全面でも問題なく実施することができた。今後児童ができるだけ、学校に登校して授業を受けるためには、学校看護師と訪問看護師とがお互いに情報共有しながら、児のケアを行うことが有効な解決策の一つになると思われる。今回の研究で多方面のメリットがあることが分かったが、まだ課題も残っている。今後は、訪問看護師の導入に関して、経済面も含め、種々のシチュエーションで実施し、メリットとデメリットを再検討する必要がある。

A. 研究目的

医療的ケア児が人工呼吸器をつけて登校する場合、保護者の付き添いを求められる現状がある。児童の気持ちや体調を尊重し学習の機会を保証しながら、保護者の負担を少しでも軽くするために訪問看護師による学校への支援方法を検討してきた。平成 29 年度に行った「医療的ケア児

に対する教育機関における看護ケアに関する研究」では、訪問看護師による学校での支援について課題等を明らかにするとともに、小児の自立の促進や社会性の獲得といった効果を確認することができた。本研究では、平成 29 年度の研究を継続し、学校等の関係機関との連携の課題やあり方を対するについて明らかにする。

B. 研究方法

埼玉医科大学総合医療センター 小児科では、埼玉県立川島ひばりが丘特別支援学校に通う小学部 6 年と高等部 1 年の男児 2 名を対象に研究を行った。

(1) 調査前準備

イ) 担任、学校看護師、養護教諭、訪問看護師、保護者向けの質問紙調査を実施した。

ロ) パターンは、①の児童が学校にいる間、保護者の代わりに訪問看護師が付き添う方法で行った。

ハ) 主治医は、人工呼吸器に係る診療情報提供書と訪問看護指示書を作成し、学校と訪問看護ステーションに提出した。

ニ) 患者家族には文書で同意を得た。

(2) 訪問看護師の業務調査を行った。

C. 研究結果

対象は、1 例は、ネマリニンミオパチーの 12 歳男児で、24 時間人工呼吸器を装着しており、意思の疎通はボタンを押すことである程度可能である。もう 1 例は脳性麻痺の 16 歳男児で、24 時間人工呼吸器を装着しており、意思の疎通はできない。2 名とも事故など大きなトラブルは無く介入研究を安全に実施出来た。

(1) 質問紙調査

1) 事前

学校看護師 4 名は、訪問看護師が学校での医療的ケアに関わることについてどちらかと言えば有用が 2 名、どちらとも言えないが 2 名であった。どのようなことが改善すると考えられるかに関しては、看護ケアの共有、情報交換ができると答えた看護師が 3 名であった。負担に感じることは、児の体調を把握する機会が減少する と、教育の場であるという認識に対する訪問看護師とのギャップがある にそれぞれ 2 名が答えていた。養護教諭 2 名は訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに関してどちらとも言えないとどちらかと言えば有用と答えていた。改善すると考えられるのは、

業務分担と医療機関との連携であり、負担や危惧することは、教育の場であるという認識に対する訪問看護師とのギャップと連携であった。保護者二人の意見は、訪問看護師が医療的ケアをしてくれることにより、別室待機となり車内で休めるようになって有用という意見と、校内からは出られないのでどちらともいえないという意見に分かれていた。学校看護師に対しては、昨年末から気管内吸引をしてくれるようになったので以前より別室待機場所から呼ばれることが減って有用であるという意見と有用ではあるが、回路の取り外しや移動の対応もしてほしいという要望があった。

担任教員 3 名は、訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに関して、有用、どちらかと言えば有用、どちらとも言えないに分かれていた。訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことで改善する点は、授業や指導に集中できる、訪問看護師に遠慮なく医療的ケアを依頼できる がそれぞれ 2 名であった。訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことで負担・不安に感じることは、訪問看護師と学校看護師との情報共有がなされるか に 2 名が答えていた。担任 6 名は、訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに関して、有用 2 名、どちらかと言えば有用 3 名、どちらとも言えない 1 名であった。訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことで改善する点は、保護者に気兼ねすること無く児を指導できる が 4 名、遠慮なく訪問看護師に医療的ケアを依頼できる、訪問看護師との連携ができる、保護者の付き添いが不要になることで教育効果が増えると答えたのがそれぞれ 3 名であった。訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことで負担・不安を感じることは、訪問看護師と学校看護師の情報共有がなされているか が 4 名、教育の場であるという認識に対する訪問看護師とのギャップがある が 2 名、特になし が 2 名であった。訪問看護師へのアンケートでは、学校看護師が配置されていない学校において訪問看護師が医療的

ケアに関わることにに関して有用またはどちらかと言えば有用と答えていたが、配置されている学校では、あまり有用ではないという答えであった。理由は、現在の制度では、時間的制約があることや小規模ステーションでは人的不足があるとのことであった。改善点は、保護者の負担軽減、看護ケアの共有、情報交換などであり、学校看護師の回答と似通っていた。負担は、急変時と責任の所在などであった。

2) 事後

学校看護師 4 名は、訪問看護師が学校での医療的ケアに関わることにについてどちらかと言えば有用、あまり有用でないがそれぞれ 1 名、どちらとも言えないが 2 名であった。有用な理由は、保護者が教室から離れることができた点を挙げていた。どちらとも言えない理由は、1 回当たりの時間が 1 時間と短かったためであった。有用でない理由は 1 回当たりの時間が 1 時間と短かったためと現在学校でも気管カニューレからの吸引を行っているの、今後も学校看護師が段階的に進めていく方が有用と思うとのことであった。訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに対して困った経験は、ありが 1 名、なしが 3 名で、困った点は、埼玉県では医療的ケアは自立活動として行っているが、訪問看護師が行う場合はどのようにとらえればよいかわからない ということであった。改善された点は、時間に余裕ができるため、他の生徒の対応ができた が 3 名、業務分担ができた、看護ケアの共有、情報交換ができた が 2 名であった。負担に感じたことは、教育の場であるという認識に対する訪問看護師とのギャップがあった が 2 名などであった。医療的ケアを必要とする児の変化に関しては、なしが 3 名、ありが 1 名であり、母子分離により自立心が向上したのではないかと、吸引が頻回に必要な時にするに対応してくれたので学習に集中できたのではないかと、自分から（母ではない人に）吸引を依頼する回数が増えたであった。養護教諭 2 名は、有用、どちらかと言

えば有用がそれぞれ 1 名ずつであった。有用である理由は、保護者の負担が軽減されること、子ども達の自立を促進するのではないかと感じた と回答していた。困った経験は 1 名があり、教員との連携がうまく取れていなかったことと不定期な訪問だと児童生徒が心理的に安定してケアを受けることができない とのことであった。改善点は 1 名のみあったと回答し、業務分担と児童への対応がすぐにできたことの 2 点を挙げていた。負担に関しては、限られたスケジュールの中だったので実施の予定調整と回答していた。医療的ケア児の変化は、2 名ともないと回答していた。児童は訪問看護師の対応に抵抗なく受け入れていたという点で変化がなかったとのことであった。保護者は、学校に望むことは、学校での付き添いを不要にしてほしい、学校看護師の数を増やしてほしい、短時間でも校外に外出できるとよい、呼吸器保護者の待機日を交代などにしてほしいことを挙げていた。訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに対してはどちらかと言えば有用 と答えており、保護者が校外に出られるメリットを挙げていた。学校看護師に関しては有用 と答えており、他の医療的ケア児と同様にかかわってもらえるので本人も喜んでいる。保護者も別室待機が可能になるので、負担軽減になった と回答していた。訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことで保護者自身の変化としては、休息時間を作ることができた、気分転換ができた、負担軽減の対策について考えることができた と挙げていた。児童本人の変化に関しては、母以外に接することができ、コミュニケーション力がついた、学校へ通うことへの意識が親子ともに高まった、笑顔が増えた、学校での待機を別の人に体験してもらい、問題点などを共有することができ、精神面でも助けられた とのことであった。担任は医療的ケア児に対して困った経験は一人で、呼吸器の操作に関してどこまで教員がやってよいかわからなかった、本人の換気量の低下などがどのような状態で起こるのか

など細かい点をクラス内で共有するのに時間がかかるなどであった。訪問看護師が医療的ケアを学校で行うことに対して困った点はなかった。医療的ケアを学校で行うことに関してはどちらかといえば有用が一人で、有用が一人であった。訪問看護師が学校での医療的ケアに関わることで改善する点は、保護者に気兼ねすること無く児を指導できた、遠慮なく訪問看護師に医療的ケアを依頼することができた、教室に保護者の付き添いが不要になることで教育効果が増えた という回答であった。

負担・不安に関しては、訪問看護師が他の児のケアで不在になった場合の対処であった。児の変化についてはありとなしがそれぞれ 1 名ずつであった。同級生の児の対象児に対する対応等の変化はなしであった。訪問看護師へのアンケートでは、訪問看護師が学校で医療的ケアを行うことに関しては、どちらとも言えない と回答しており、理由は学校看護師が主体で実施することが理想と思うとのことであった。困った点は特になく、改善点は、看護ケアの共有、情報交換ができたこと、居宅外の様子を知ることが看護ケアの質が上がった点であった。負担は責任の所在が不明な点であった。

事後アンケートでは、学校看護師から見た改善された点は、時間に余裕ができたので他の生徒の対応ができた、業務分担ができたなどであった。養護教諭は保護者の負担軽減、子ども達の自立促進の点で有用であると答えていた。保護者は、休息時間が作れ、気分転換ができたと答えていた。児童本人については、コミュニケーション力がついた、学校へ通うことへの意識が親子ともに高まった、担任は保護者の付き添いが不要になることで教育効果が増えたと答えていた。

(2)訪問看護師の業務調査を行った。

小 6 の児童に対しては、計 11 回、累計時間 42 時間介入を行った。実践報告書を別紙 1 に示す。

行った業務は、①授業中の吸引 ②移動時の人工

呼吸器の回路の取り外しと装着 ③胃瘻からの水分と栄養の注入であった。吸引は、当初は児童は不安を覚えていたようだが、徐々に慣れ、自ら「吸引してください」とコミュニケーションツールを使って訴えられるようになった。訪問看護師自身がよかったと思ったことは、今まで訪問のキャンセルが多く、児童に接する機会が少なかったので、研究に参加することにより児の能力や身体機能を把握することができたことや学校看護師と情報交換ができた点であった。

高等部 1 年の生徒は、登校の日と訪問看護ステーションが来校できる日が合うのが 3 回しかなかった。1 回の訪問は 1 時間と限られた時間であったが、保護者の別室待機時間を 1 時間半と伸ばすことができ、保護者の負担を減らすことができた。小学 6 年生の児童の母親は、いつもは校舎内の別室待機であったが、訪問看護師が来る日は、母親は学校の敷地内ではあるが自家用車の中で待つことができ、プライベートな時間を過ごすことができたと思われる。自家用車の待機であっても保護者と訪問看護師や担任との連絡体制におけるトラブルはなく、安全に医療的ケアを実施することができた。

D考察

埼玉県の医療的ケアガイドラインでは、児童が人工呼吸器をつけて登校する場合、保護者の付き添いが求められる。このことは、保護者にとって大きな負担になるだけでなく、児の自立やコミュニケーション力の発達などの教育にも影響を与える可能性がある。今回当科では、保護者の代わりに訪問看護師が医療的ケアを行うパターン①の方法で研究を行った。事前と事後にアンケート調査を行った結果、事前アンケートでは、どの職種もこの方法が有用か有用でないかについては意見が分かれていた。有用、どちらかと言えば有用と考えられる理由は、看護ケアの共有や情報交換、連携、授業や指導に集中できる、教育効果が増えるなどであったが、どちらとも言えないという意見もあっ

た。不安や負担を感じることは、訪問看護師と学校看護師の情報共有と教育の場であるという認識に対するギャップであった。

2名の児童に対して、研究を行ったが、事後アンケートでは、学校看護師から見た改善された点は、時間に余裕ができたので他の生徒の対応ができた、業務分担ができたなどであった。養護教諭は保護者の負担軽減、子ども達の自立促進の点で有用であると答えていた。保護者は、休息時間が作れ、気分転換ができたと答えていた。児童本人については、コミュニケーション力がついた、学校へ通うことへの意識が親子ともに高まった、担任は保護者の付き添いが不要になることで教育効果が増えたと答えていた。

訪問看護師は、研究に参加することにより児の能力や身体機能を把握することができたことや学校看護師と情報交換ができた点に意義を感じていた。以上より、今回の研究で、学校側は事前には負担に思う要素はあったものの、最終的に研究は安全に行うことができた。また保護者の負担も軽減し教育的効果も得られた。訪問看護師側から見ても有意義だったと言える。

また保護者が校舎内の別室待機ではなく、学校の敷地内ではあるものの、校舎外の自家用車内待機を連絡体制に不備がなく安全に行えたことで、今後は、学校外での待機、ひいては保護者付き添いなしでの通学を試みることも可能となってくると思われる。

E. 結語

人工呼吸器をつけている学齢期児童は増えているが、保護者の付き添いを求められる点で、通学をあきらめ訪問教育を選択する例も多い。今回の研究で、児童が訪問看護師から医療的ケアを受けながら通学することは保護者の負担軽減のみならず、児童の成長にも有意義であることが分かった。また、安全面でも問題なく実施することができた。今後児童ができるだけ、学校に登校して授業を受けるためには、学校看護師と訪問看護師とがお互いに情報共有しながら、連携して児のケアを行うことが解決策の一つになると思われる。ま

た、今回保護者が校内待機ではなく、校舎外の自家用車内待機を安全に行えたことで、保護者の校外待機など次のステップへの試みも見えてきた。今回の研究で多方面のメリットがあることが分かったが、まだ課題も残っている。今後は、訪問看護師の導入に関して、経済面も含め、種々のシチュエーションで実施し、メリットとデメリットを再検討する必要がある。

F. 危険情報

特になし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

分担研究報告書 平成 30 年～平成 31 年度（令和元年度）

分担研究課題：4. 三重県における学校での人工呼吸器児の訪問看護に関する研究

分担研究者：岩本彰太郎（三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター センター長）
研究協力者：淀谷典子（三重大学医学部附属病院 臨床研修・キャリア支援センター 小児科医）
河俣あゆみ（三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター 看護師）
奥野祐希（三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター 看護師）
末藤美貴（三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター 看護師）
井倉千佳（三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター 看護師）
坂本由香（三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター 事務員）

【研究要旨】

人工呼吸器管理を要する医療的ケア児童が安全かつ充実した学校生活を送るためには、校内医療的ケア体制の見直しが求められている。三重県を含め全国の特別支援学校では、学校看護師の数的不足や技術的課題等から、人工呼吸器利用児童のスクーリングや通学時に保護者の付添を求めることが多い。そのため、母子分離、児童の自律を含めた教育保障及び保護者負担軽減を図るためには、学校看護師の増員や支援体制の充実が重要であり、また学校外看護師（主に訪問看護師）の導入も検討されるようになってきている。本分担研究では、2 年間に於いて三重県立 A 特別支援学校に在籍する人工呼吸器利用訪問教育生 6 名と、本年度から三重県立 B 特別支援学校高等部に入学する通学生 1 名を対象に、学校外看護師による校内医療的ケア支援を試みた。介入パターンとして、「パターン 1（児童が学校にいる間、訪問看護師が付き添う）」を 15 回、「パターン 2（主治医の指導の下に訪問看護師は学校看護師に対して児のケアを伝授し、学校看護師が児のケアを行う）」を 23 回、「パターン 3（訪問看護師は繁忙時間帯に児の看護ケアを行いつつ、学校看護師に対して児のケアを伝授する。繁忙でない時間帯は学校看護師が児のケアを行う）」を 4 回実施した。本研究期間中に校内で実施した医療的ケア内容に関して安全に実施できたことで、対象児童の集団教育を保障でき、保護者の負担軽減にも繋がった。また、昨年からの継続研究でもあったため、学校教員・看護師等とも良好な関係にあり、スムーズに介入研究を実施することができた。尚、パターン 1 を学校で実施する前の自宅から学校への移動支援で、自宅ベッドから車への移乗の際、大腿骨骨折が生じ病院受診した 1 例を経験した（有害事象発生事例として報告済）。

A. 研究目的

新生児・小児医療の進歩等により、高度な医療的ケア（人工呼吸管理、喀痰吸引、経管栄養等）を受けながら就学する小児が増えてきている。このため、文部科学省においては「医療的ケアのための看護師配置事業」を実施し学校に看護師の配置を進めている。

一方で学校看護師の確保が難しいこと等から、保護者が学校で付き添わざるを得ないという課題も存在する。

こうした課題を克服するために、医療的ケア児が就学するにあたって、学校において必要な医療的ケアが提供できるよう、学校看護師が不足する学校においては訪問看護師が訪問し、医療的ケアを実践しているところもある。しかし、訪問看護師という学校外の事業者が校内で医療的ケアを提供するにあたっての支援方法や、その質や安全性の確保、既存の制度・事業との整合性等といった課題について検討は行われてこなかった。

我々は、先行研究として平成29年度、厚生労働科学研究特別研究事業「医療的ケア児に対する教育機関における看護ケアに関する研究」の分担研究者として、4例の人工呼吸器管理中の学童の学校における医療的ケアを学校看護師と協力して実施した。同研究を通して、訪問看護師による学校での支援について課題等を明らかにするとともに、医療的ケアが高度であっても児童の自立の促進や社会性の習得といった効果を確認することが出来た。また、同研究期間において、研究倫理上の問題は生じず、有害事象も認めなかった。

これらの課題に対して学校外看護師の校内での医療的ケアの実践の実現可能性及び安全性を検証するために、2年間にわたり、人工呼吸器管理児童を対象とした、学校外看護師による類型別医療的ケアの介入研究を行った。

また、平成30年度には、高度医療的ケア児の学校における医療ケアのニーズを記録し、関係者への聞き取り・アンケート調査を行うことにより、各類型の利点／欠点について検討する。また、介入パターン毎の課題を踏まえ、訪問看護師など学校外看護師による学校での医療的ケア実施の意義について検討した。

B. 研究方法

【対象】

三重県立A特別支援学校及びB特別支援学校に在籍し、人工呼吸器を含む医療的ケアを必要とする児童の内、保護者より本研究に同意が得られた児童を対象とした。2校に研究協力を依頼するにあたり、三重県教育委員会特別支援教育課及び各校校長に研究趣旨を説明し承諾を得た。

【方法】

以下の4パターンで研究することとした。

（パターン1） 児が学校に滞在する時間に訪問看護師が付き添い、ケアを行う

（パターン2） 主治医の指導の下に訪問看護師は学校看護師に対して児のケアを伝授し、学校看護師が児のケアを行う

（パターン3） 訪問看護師は繁忙時間帯に児の看護ケアを行いつつ、学校看護師に対して児のケアを伝授する。繁忙でない時間帯は学校看護師が児のケアを行う

（パターン4） 訪問看護師が、学校にいる人工呼吸器児を含む複数の医療的ケア児に対してケアを行う

2年間で、対象児童6名（通学生1名、訪問教育生5名）のうち、通学生にはパターン2を、訪問教育生で学校へのスクーリング時に他のパターン（1, 3, 4）を計画した。

具体的には、通学生に関しては、児を幼少時から担当している訪問看護ステーションの

訪問看護師に研究協力を依頼し、パターン2を実践した。同児童が通学するB特別支援学校では、人工呼吸器管理を要する児童への対応経験がなく、午前と午後で異なる非常勤学校看護師2名を雇用していた。午前の学校看護師は、対象児童を小中学校時代から学校看護師として対応していた。しかし午後の学校看護師は、人工呼吸器管理ケアに不慣れで、本児童に対応するため、学校長含め教員、学校看護師から児をよく理解している訪問看護師による介入研究を承諾された。

訪問教育生のスクーリング（訪問教育生が学校に登校すること）に関しては、その移動手段として、普段利用されている自家用車（保護者運転）あるいは福祉車両で行い、本研究責任員（医師、看護師）が同乗し、対象児童の観察及びスクーリング中の学校での医療的ケア（酸素、喀痰吸引、経管栄養、導尿、人工肛門ケア等）について実施した。

（倫理面への配慮）
 個人情報漏洩のないように実施するとともに、当院における研究倫理審査の承認を得て実施した。

C. 研究結果

（1）対象児童の特徴と学校外看護師介入パターン別実施回数：

表1に平成30年度、表2に令和元年度に実施した対象児童の特徴、サービス利用状況及び介入パターン別実施頻度を示す。

表1. 平成30年度実施対象児童の特徴と介入別実施頻度

A 特別支援学校（訪問教育生4名）

| 学年・性別 | 合併症 基礎疾患 | スコア 重症児 | 医療的ケア | コミュニケーション | 訪問看護 訪問リハ | 訪問教育 | 介入パターン | |
|-------|---------------------------|------------|---|----------------|--|------|--------|----|
| | | | | | | | 1 | 3 |
| A 小1女 | 先天性脳幹部血管腫 HHV-6脳症 | 34 | 気管切開 人工呼吸器 吸引 経管栄養（胃瘻） | わずかな頭部・四肢の動きのみ | 訪問看護 1) 週1回 訪問リハ 1) 週2階 | 週1回 | 1回 | 0回 |
| B 小3男 | ジューズ症候群 気管軟化症 低酸素脳症 | 39 | 気管切開 人工呼吸器 酸素吸引 経管栄養（NG） | わずかな表情変化のみ | 訪問看護 1) 週1回 訪問リハ 1) 週2回 | 週1回 | 2回 | 0回 |
| C 中1男 | 低酸素脳症 | 36 | 気管切開 人工呼吸器 適宜酸素吸引 経管栄養（胃瘻） 導尿 | 表情表出 乏しい | 訪問看護 1) 週3回 AM入浴 訪問リハ 1) 週1回 | 週2回 | 1回 | 2回 |
| D 中2女 | ミトコンドリア脳症 先天性膀胱尿管逆流 | 44 | 気管切開 人工呼吸器 酸素吸引 経管栄養（NG） 導尿 | 表情による感情表出のみ | 訪問看護 1) 週3回 2) 週3回 | 週3回 | 1回 | 0回 |
| E 中3男 | 低酸素脳症 角膜炎 | 39 | 気管切開 人工呼吸器 酸素吸引 経管栄養（胃瘻） | 表情表出 乏しい | 訪問看護 1) 週1回 訪問リハ 1) 週1回 | 週1回 | 1回 | 0回 |

| | | | | | | | | |
|-------|---------------------------|----|---|-------------|--|-----|----|----|
| A 小2男 | ジューズ症候群 気管軟化症 低酸素脳症 | 39 | 気管切開 人工呼吸器 酸素吸引 経管栄養（NG） | わずかな表情変化のみ | 訪問看護 1) 週1回 訪問リハ 1) 週2回 | 週1回 | 3回 | 0回 |
| B 小6男 | 低酸素脳症 | 36 | 気管切開 人工呼吸器 適宜酸素吸引 経管栄養（胃瘻） 導尿 | 表情表出 乏しい | 訪問看護 1) 週3回 AM入浴 訪問リハ 1) 週1回 | 週2回 | 1回 | 0回 |
| C 中1女 | ミトコンドリア脳症 先天性膀胱尿管逆流 | 44 | 気管切開 人工呼吸器 酸素吸引 経管栄養（NG） 導尿 | 表情による感情表出のみ | 訪問看護 1) 週3回 2) 週3回 | 週3回 | 3回 | 1回 |
| D 中2男 | 低酸素脳症 角膜炎 | 39 | 気管切開 人工呼吸器 酸素吸引 経管栄養（胃瘻） | 表情表出 乏しい | 訪問看護 1) 週1回 訪問リハ 1) 週1回 | 週1回 | 2回 | 1回 |

B 特別支援学校（通学生1名）

| 学年・性別 | 合併症 基礎疾患 | スコア 重症児 | 医療的ケア | コミュニケーション | 訪問看護 訪問リハ | 介入パターン | |
|-------|-------------|------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------|-----|
| | | | | | | 2 | 10 |
| E 高1女 | 成熟遅延骨異形成症 | 24 | 気管切開 人工呼吸器 適宜酸素吸引 | 筆談・言葉でも可能。吸引、体位変換などの要求も可能 | 3事業所にて学校帰宅後に毎日訪問入浴・見守り・リハビリ | 週1回 | 10回 |

表2. 令和元年度実施対象児童の特徴と介入別実施頻度

A 特別支援学校（訪問教育生5名）

| 学年・性別 | 合併症 基礎疾患 | スコア 重症児 | 医療的ケア | コミュニケーション | 訪問看護 訪問リハ | 訪問教育 | 介入パターン | |
|-------|---------------------------|------------|---|----------------|--|------|--------|----|
| | | | | | | | 1 | 3 |
| A 小1女 | 先天性脳幹部血管腫 HHV-6脳症 | 34 | 気管切開 人工呼吸器 吸引 経管栄養（胃瘻） | わずかな頭部・四肢の動きのみ | 訪問看護 1) 週1回 訪問リハ 1) 週2階 | 週1回 | 1回 | 0回 |
| B 小3男 | ジューズ症候群 気管軟化症 低酸素脳症 | 39 | 気管切開 人工呼吸器 酸素吸引 経管栄養（NG） | わずかな表情変化のみ | 訪問看護 1) 週1回 訪問リハ 1) 週2回 | 週1回 | 2回 | 0回 |
| C 中1男 | 低酸素脳症 | 36 | 気管切開 人工呼吸器 適宜酸素吸引 経管栄養（胃瘻） 導尿 | 表情表出 乏しい | 訪問看護 1) 週3回 AM入浴 訪問リハ 1) 週1回 | 週2回 | 1回 | 2回 |
| D 中2女 | ミトコンドリア脳症 先天性膀胱尿管逆流 | 44 | 気管切開 人工呼吸器 酸素吸引 経管栄養（NG） 導尿 | 表情による感情表出のみ | 訪問看護 1) 週3回 2) 週3回 | 週3回 | 1回 | 0回 |
| E 中3男 | 低酸素脳症 角膜炎 | 39 | 気管切開 人工呼吸器 酸素吸引 経管栄養（胃瘻） | 表情表出 乏しい | 訪問看護 1) 週1回 訪問リハ 1) 週1回 | 週1回 | 1回 | 0回 |

B 特別支援学校（通学生1名）

| | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------|---|-----------------------|---|---|--|---------|
| 学 年・ 性 別 | 基 礎 疾 患 等 | ス コア | 医 療 的 ケ ア | ケ ア コ ン テ ン ト | 訪 問 看 護 師 の 関 与 | 介 入 パ タ ー ン | |
| | | | | | | 2 | |
| F | 高 い 女 | 成 熟 遅 延 骨 異 形 成 症 | 24 | 気 管 切 開 人 工 呼 吸 器 適 宜 酸 素 吸 引 | 筆 談 ・ 言 葉 で も 可 能 。 吸 引 、 体 位 変 換 な ど の 要 求 も 可 能 | 3 事 業 所 に て 学 校 帰 宅 後 に 毎 日 訪 問 入 浴 ・ 見 守 り ・ リ ハ ビ リ | 13 回 |

担当し、昼の繁忙期にもう一人、当センター看護師が訪問看護師役として人工呼吸器児のみ関わる形で実施した。
 パターン3の看護師別メリット/デメリットは昨年と大きく変化はなく、以下に整理された。

本研究期間において、校内での医療的ケアに関する報告事故は発生せず、安全に実施することができた。尚、1対象児童において、パターン1を学校で実施する前の自宅から学校への移動支援（自宅ベッドから車への移乗）の際、大腿骨骨折の事故が発生し、病院受診を要した。本事故については、有害事象として、施設内委員長及び研究代表者に速やかに報告した。

（2）学校外看護師によるパターン別医療的ケア実施概要と効果について：

【パターン1】

児童4名においては、2年間、医療的ケア内容に変更もなかったため、実施において困難を感じることはなかった。また、令和年度から小学部に入学者1名を新たに加えたが、同児童は当センターかかりつけの児童で、当センター看護師も定期的に自宅訪問していたため、医療的ケア実施に際して課題はなく取り組めた。

【パターン3】

訪問教育生のスクーリングでの介入研究となり、本来の学校看護師による医療的ケアは実施されない。そこで、A特別支援学校及び県教育委員会特別支援教育課と相談し、事前に当センター看護師が学校看護師と連携して本研究対象児以外の医療的ケア児の校内での医療的ケアを実施することを繰り返し、準備を図った。その上で、当センター看護師が学校看護師役となり、朝から人工呼吸器利用のスクーリング児童と他の医療的ケア児を複数名

| | 訪問看護師 | 学校看護師 |
|-----------------------|---|---|
| メリ ッ ト | <ul style="list-style-type: none"> 双方の関係構築につながる ・その場での意見交換が可能（ケアの統一、スキル向上） 予定を立てやすい（訪問や事務処理等の他業務） キャンセル時の負担が少ない（短時間である） ケアへの不安は少ない 居宅外の様子を知る事ができる（児について新たな情報収集） | <ul style="list-style-type: none"> 精神的負担の軽減（安心して任せられる） |
| デ メ リ ッ ト | <ul style="list-style-type: none"> 申し送り時間の確保が必要（学校看護師の業務内容や訪問看護の予定によっては不十分になる可能性がある） ケア途中（注入等）での交代は十分な申し送りが必要 トラブル時の対応について、共通理解できるまでに事前の打ち合わせが必要 訪問看護師の場合、繁忙期の時間に合わせて学校に訪問することの不確実性 | |

○ B特別支援学校（学校外看護師は対象児童の訪問看護ステーションの訪問看護師）

【パターン2】

介入研究を通して、訪問看護師から以下のような学校看護師との連携上のメリットが提示された。

- 1) 緊急時の際の救急車への搬送訓練を学校看護師、教員間で議論し、模擬訓練することで、学校で準備を整えることができた。

- 2) 児童が気管カニューレ交換のために主治医のいる病院に定期受診する際に、医師の指示のもと学校看護師の気管カニューレ抜去時対応を定期的の相談・実施でき、不安軽減を図ることができた。
- 3) 気管カニューレ吸引後のバギング実施について、児童の不安が強く、その実践を児童の理解を得たうえで、訪問看護師のスキルをしっかりと伝授することができた。
- 4) これらの対応を積み重ね、本年度も児童への学校看護師対応が整い、母親の付き添いが不要となった。
- 5) 今年は対象児童の修学旅行もあり、事前に十分に学校看護師と協議の上、準備することができた。

以上のように、2校で2年間の事業実践を通して、学校外看護師の介入には一定の効果を認めることができた。

一方で、学校看護師を含む学校側の理解と協力が不可欠であり、特にパターン3での介入には、十分な体制整備がないと安全に実施できないことが示唆された。

(3) アンケート調査に基づく校外看護師介入効果とその意義：

アンケート作成及び詳細な解析は、同班の別の分担者が実施することとなっており、本項では当該の概要を示す。

3-1) アンケート回収率：

【事前アンケート】

| A学校 パターン1) 3) 4) 対象児：訪問教育生 4名 | | B学校 パターン2) 対象児：通学生 1名 | |
|----------------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 依頼先 | 回収 | 依頼先 | 回収 |
| 担任教員 | 2/2 | 担任教員 | 3/3 |
| 養護教諭 | 2/2 | 養護教諭 | 1/1 |
| 学校看護師 | 3/3 | 学校看護師 | 1/2 |
| 当センターNs | 3/3 | 訪問看護ST | 2/2 |
| 対象児家族 | 4/4 | 対象児家族 | 1/1 |

B 特別支援学校学校看護師 2名が共同で記載したため、100%には至っていないが、全ての方から情報を収集することができた。

【事後アンケート】

| A学校 パターン1) 3) 4) 対象児：訪問教育生 4名 | | B学校 パターン2) 対象児：通学生 1名 | |
|----------------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 依頼先 | 回収 | 依頼先 | 回収 |
| 担任教員 | 2/2 | 担任教員 | 3/3 |
| 養護教諭 | 2/2 | 養護教諭 | 1/1 |
| 学校看護師 | 3/3 | 学校看護師 | 2/2 |
| 当センターNs | 3/3 | 訪問看護ST | 2/2 |
| 対象児家族 | 1/4 | 対象児家族 | 1/1 |

A 特別支援学校での対象児家族 3名を除くすべての方から回収できた。対象児家族には、訪問教育時に担当教員から配布しているため、回収に時間を要している。本研究期間内に全回収を行う予定である。

3-2) アンケート結果抜粋：

本項では、学校看護師 5名及び訪問看護師 5名（当センター看護師 3名、訪問看護ステーション看護師 2名）の結果について検討した。

【学校看護師】

質問：訪問看護師が学校での医療的ケアに関わること。

事前

「有用でない」＝0%、「あまり有用でない」＝0%、「どちらとも言えない」＝25%、「どちらかと言えば有用」＝0%、「有用」＝75%

事後

「有用でない」＝0%、「あまり有用でない」＝0%、「どちらとも言えない」＝0%、「どちらかと言えば有用」＝60%、「有用」＝40%

以上から有用性を感じる学校看護師の増加を認めた。

質問：それによりどのようなことが改善すると考えられるか？

事前

「業務分担ができる」＝25%、「医療機関との連携ができる」＝75%、「看護ケアを共有、情報交換できる」＝100%、「相談できる」＝100%

事後

「業務分担ができた」＝20%、「医療機関との連携ができた」＝80%、「看護ケアを共有、情報交換できた」＝100%、「相談できた」＝60%
これについては、事前、事後で大きな変化はなかった。

質問：どのようなことを負担に感じると思うか？

事前

「教育の場であるという認識に対する訪問看護師とのギャップがある」＝25%、「訪問看護師との連携に不安がある」＝25%、「責任の所在が不明確」＝25%

事後

「教育の場であるという認識に対する訪問看護師とのギャップがあった」＝20%、「訪問看護師との連携に不安があった」＝20%、「責任の所在が不明確であった」＝20%

これについても前後で大きな変化は認めなかった。

【訪問看護師】

質問：学校看護師が配置されていない学校において、訪問看護師が医療的ケアに関わることについてどう思うか？

事前

「有用でない」＝0%、「あまり有用でない」＝0%、「どちらとも言えない」＝0%、「どちらかと言えば有用」＝0%、「有用」＝100%

事後

「有用でない」＝0%、「あまり有用でない」＝0%、「どちらとも言えない」＝0%、「どちらかと言えば有用」＝0%、「有用」＝100%

以上のように、学校看護師が不在な学校では、全ての訪問看護師が新たな意義を感じていることが分かった。

質問：学校看護師が配置されている学校において、訪問看護師が医療的ケアに関わることについてどう思うか？

事前

「有用でない」＝0%、「あまり有用でない」＝0%、「どちらとも言えない」＝0%、「どちらかと言えば有用」＝80%、「有用」＝20%

事後

「有用でない」＝0%、「あまり有用でない」＝0%、「どちらとも言えない」＝40%、「どちらかと言えば有用」＝60%、「有用」＝0%

この質問での事後結果からは、事業を実施したことで、明確な有用性を実感できなかった訪問看護師が多かったが、逆に学校看護師の意義が評価されていることが推測された。

質問：どのようなことが改善すると考えられるか？

事前

「児の自立促進」=20%、「児や保護者とより良い関係が築ける」=20%、「看護ケアの共有、情報交換できる」=20%、「学校教員との連携がしやすくなる」=20%、「学校看護師の医療的ケアの技術が向上する」=20%、「居宅外の様子をすることで看護ケアの質があがる」=80%、「保護者の負担軽減」=100%

事後

「児の自立促進できた」=20%、「児や保護者とより良い関係が築けた」=40%、「看護ケアの共有、情報交換できた」=60%、「学校教員との連携がしやすくなった」=60%、「学校看護師の医療的ケアの技術が向上した」=40%、「居宅外の様子をすることで看護ケアの質があがった」=60%、「保護者の負担軽減」=80%
これらから、期待された訪問看護師介入による改善には事後で、大きな変化は見られなかった。

質問：どのようなことを負担に感じますか？

事前

「事前の学校管理者との折衝」=20%、「事前の担当の児と家族に対する説明」=20%、「担任及び学校看護師との打ち合わせ」=20%、「訪問中の学校職員に対する気遣い」=20%、「授業中のケアが他の児の教育の邪魔になる」=20%、「学校看護師との看護技術の違い」=20%、「担当外の児が急変した時の対応」=40%、「学校訪問によって本来業務に支障をきたす」=60%、「責任の所在が不明確」=80%

事後

「事前の学校管理者との折衝」=20%、「事前の担当の児と家族に対する説明」=0%、「担任

及び学校看護師との打ち合わせ」=60%、「訪問中の学校職員に対する気遣い」=20%、「授業中のケアが他の児の教育の邪魔になる」=40%、「学校看護師との看護技術の違い」=0%、「担当外の児が急変した時の対応」=0%、「学校訪問によって本来業務に支障をきたす」=0%、「責任の所在が不明確」=40%

以上のように、事後で学校看護師との技術的な差はないことが認識され、本来業務にも支障なく関わることが分かったものの、責任の所在への不安は十分に解消されていなかった。

D. 考察

気管切開及び人工呼吸器管理などの高度な医療的ケアを必要とする児童の通学あるいはスクーリングには、様々な課題が指摘されている。こうした課題に対して、文部科学省は、学校看護師の配置、医療的ケア指導医を含む校内体制整備に加え、医療的ケアを医療機関へ委託することも可能であるなど、積極的な工夫を促している。しかし、高度な医療的ケアを要する児童の多くは、訪問教育を選択し、通学生であっても保護者の付き添いの下で成立している。

本分担研究では、現状の学校体制では対応困難な高度な医療的ケアを要する児童生徒が、保護者付き添いの必要がない環境で安全に学校教育を受けるために、学校外看護師の導入の意義と、その方法について介入研究を行った。

結果に示すように、人工呼吸器管理児童生徒に対して様々な介入パターンで学校看護師が学校内の職員と連携しながら安全に医療的ケアを実践することが可能であった。特に、パターン2のような、学校看護師への伝授は有意義な方法であり、学校側が優先的に実践すべき方法と考える。

また、本事業を通して、事前・事後アンケート結果にもみられるように、両看護師間で協働の意

義は見出せたものの、訪問看護師が学校看護師のスキルを評価し、介入の有用性が低下したことも分かった。但し、パターン2のように、高度な医療的ケアに不慣れな学校看護師にとっては、訪問看護師の介入は有意義で、学校内でのケアへの不安軽減のみならず、病院主治医との連携や緊急時対策にも繋がった。

医療デバイスの進歩に伴い、医療的ケア児の生活の質は大いに向上してきている。その反面、最新の小児在宅医療に詳しい訪問看護師と、小児看護経験の少ない学校看護師が、地域に根差して、一人の子どもの教育を受ける権利やライフステージを支援することは、大変意義ある連携である。

一方、居宅で看護ケアにあたる訪問看護師にとっても、通常環境とはことなる学校現場で実践することには、不安や戸惑いが多く、特に緊急時対応やケアの責任所在の不明確さが課題として抽出された。

E. 結語

医療的ケア児が増える中、人工呼吸器等の管理を必要とする重症児の安全な学校生活支援体制整備が求められるようになってきた。医療的ケア児童生徒を抱える特別支援学校の多くは、学校看護師を置き、医療的ケアを保障している。しかし、学校看護師の不足および技術的課題から、高度な医療的ケア児童生徒の学校生活の受入れには、保護者の付添等の負担が求められているのも事実である。こうした保護者の負担軽減と児童生徒の安全な学校生活の保障には、学校内での医療的ケア体制の充実が必須である。そこで、本研究で、人工呼吸器管理を要する訪問教育生及び通学生を対象に、学校外看護師による校内医療的ケア支援を実施し、問題なく実施することができた。

D. 健康危険情報

1 対象児童において、パターン1を学校で実施する前の自宅から学校への移動支援（自宅ベッドから車への移乗）の際、大腿骨骨折の事故が発生し、病院受診を要した。本事故については、有害事象として、施設内委員長及び研究代表者に速やかに報告した。

E. 研究発表

研究会・学会発表

- 1) 岩本彰太郎. 「在宅で過ごす医療的ケア児と家族のために“地域でできること”～三重県での取組経験を通して～」. 平成30年度愛知県在宅療養児支援研究会. 大府. 2018. 11. 5
- 2) 岩本彰太郎. 「三重県の医療的ケア児支援の取組について」. 平成30年度青森県医療的ケア児支援シンポジウム. 青森. 2018. 11. 17
- 3) 岩本彰太郎. 「医療的ケアを含む重症児者と家族を支える多職種連携」. 第30回宮崎県小児保健学会. 宮崎. 2018. 11. 25
- 4) 岩本彰太郎. 「医療的ケアを必要とする子どもの教育保障を考える—三重県の取組から—」. 小児等在宅医療多職種研修会. 小倉. 2018. 12. 2
- 5) 岩本彰太郎. 「医療的ケアを必要とする児童の教育支援体制～現状と今後～」. 平成30年度学校医研修会. 津. 2018. 12. 16
- 6) 岩本彰太郎. 「医療的ケアを必要とする子どもの療育・教育の現状と未来」. 第5回東海三県小児在宅医療研究会. 桑名. 2019. 2. 17
- 7) 岩本彰太郎. 「多様性のある社会における小児在宅医療のあり方【医療的視点からの考察】
大学病院の視点から」. 第66回日本小児保健協会学術集会. 東京. 2019. 6. 22
- 8) 岩本彰太郎. 「医療的ケアを必要とする子

子どもと家族とともに“歩む”こと～大学病院の取り組みを通して～」。第 30 回日本小児外科 QOL 研究会。伊勢。2019. 11. 9

雑誌発表

- 1) 岩本彰太郎. 大学病院における小児トータルケアセンターの取り組み, 在宅新療 0-100 4(4):333-338, 2019.
- 2) 岩本彰太郎. 在宅で過ごす医療的ケア児と家族のために“地域でできること”, 難病と在宅ケア 24 (11): 5-9, 2020
- 3) 岩本彰太郎. 大学病院での小児在宅支援システム構築の試み, 小児歯科臨床 25(2):34-42, 2020
- 4) 岩本彰太郎. 教育機関での看護師による高度医療的ケア児と保護者—訪問看護師の活用, 周産期医学 50(5): 未定, 2020

F. 知的財産権の出願・登録状況 特記事項なし

分担研究課題： 5. 宮城県における学校での人工呼吸器児の訪問看護に関する研究

分担研究者：田中総一郎（あおぞら診療所ほっこり仙台 小児科医）

研究協力者：菅原 絵理（訪問看護ステーションるふらん 看護師）

【研究要旨】

宮城県立特別支援学校と仙台市立小学校で訪問看護師が訪問を行い、気管切開や人工呼吸器を装着している児童生徒の通学支援の課題を明らかにすることを目的に本研究を行った。

特別支援学校では、訪問籍の児童生徒の医療的ケアについて学校看護師はケアを行わないため、スクーリングではご家族の付添いが必要である。学校に滞在する時間に訪問看護師が付き添いケアを行う形で介入した。

普通小学校の特別支援学級に通学している医療的ケア児に対して学校看護師が1名配置されている。主治医の指導の下に訪問看護師は学校看護師に対して児のケアを伝授し、学校看護師が児のケアを行う形で研究が行われた。

特別支援学校訪問籍のスクーリングにおける訪問看護師の付添いとケアにより、こどもの自立と成長を促し社会性を育てることができ、保護者の負担を軽減することができた。

学校看護師の配置されている学校で、訪問看護師が学校看護師に対してケアを伝授し、アドバイスを行うことで、学校看護師や担任の疑問や不安を解消しこどもの健康状態を保つことができ、保護者も安心して学校へ通わせることができた。

一方で、学校での多職種連携の困難性がこどもの健康不安を大きくしないよう、学校看護師が訪問看護師や主治医などいつでも相談できる体制作りを整えることが今後の課題である。

A. 研究目的

医療技術の進歩に伴い、日常生活に医療的ケア（人工呼吸管理、喀痰吸引、経管栄養等）を必要とする小児が増加している。文部科学省調査によれば、平成29年5月現在で8,218人にのぼる。人工呼吸器や気管切開を使用している通学生の児童生徒は、常に家族の付き添いが求められていることが多い。それが不可能な場合は通学が困難な状況となっている。今後は、人工呼吸管理や気管切開をしている児童生徒に対して、十分な医療的ケアを提供できる学校の体制の整備・拡充が求められる。文部科学省では「医療的ケアのための看護師配置事業」により、学校に看護師の配置を進めている。

人工呼吸器など濃厚な医療が必要な児童生徒を、医師が常駐しない学校で預かる学校看護師にかかる

圧力は重い。十分な研修の場といつでも経験の豊富な医療者と相談できる体制が必要である。

在宅医療でこどもにかかわっている訪問看護ステーションの訪問看護師が学校へ行き、学校看護師にケア方法を伝達する機会を作ることがその一つの方法として上げられる。訪問看護師が学校看護師とともに医療的ケアにかかわる仕組み作りについて、具体的なニーズを踏まえた支援方法や、ケアの質、安全性や課題について検討することを目的とした。

B. 研究方法

対象：宮城県の今年度の研究対象は2名で、1名は24時間人工呼吸器装着している宮城県立光明支援学校訪問籍小学2年生のMさん、もう1名は仙台市立北中山小学校へ通学している小学1年生のSさんである(表1)。

Mさんは在胎39週3日、体重2870gで出生した。Apgar scoreは8点/1分、8点/5分であった。生後すぐに低酸素が一時あったが、改善している。その後、運動発達の遅れがあり、生後10カ月時にRSウイルス感染症罹患時に、呼吸不全から気管内挿管してICU管理を受けた。その際、著明な筋力低下と舌の繊維束攣縮を認め、脊髄性筋萎縮症を疑われた。遺伝子検査ではSMN、NAIP遺伝子などの異常は認めなかったが、筋生検ではlarge group atrophyなど神経原性変化を認めている。気管切開、人工呼吸器管、排痰補助装置、経鼻胃管からの経管栄養を受けている。昨年入学した宮城県立光明支援学校の訪問籍小学2年生で、天候のよい日はバギー車をご家族が押して徒歩で10分間かけてスクーリングをしている。体調不良で欠席することはほとんどなく、スクーリングを適宜行いながら訪問教育を受けている。

Sさんは在胎36週、帝王切開にて体重1964gで出生した。Apgar scoreは6点/1分、5点/5分で新生児仮死があった。その後、定頸1歳、寝返り1歳5ヶ月と発達の遅れがあり、1歳5カ月時にノロウイルス感染症による急性脳症を発症し寝たき

りとなった。唾液の誤嚥による下気道感染症を繰り返したため、5歳3カ月時に喉頭気管分離術を受けたが、その後も下気道感染症を繰り返すため、排痰補助装置や在宅酸素療法を行っている。

Mさん、Sさんとも、訪問診療で分担研究者が、訪問看護で研究協力者が数年前から関わっている。

ケアの介入方法：研究は昨年と同様に4パターンで行われた。

(パターン1) 児が学校に滞在する時間に訪問看護師が付き添い、ケアを行う。

(パターン2) 主治医の指導の下に訪問看護師は学校看護師に対して児のケアを伝授し、学校看護師が児のケアを行う

(パターン3) 訪問看護師は繁忙時間帯に児の看護ケアを行いつつ、学校看護師に対して児のケアを伝授する。繁忙でない時間帯は学校看護師が児のケアを行う。

(パターン4) 訪問看護師が、学校にいる人工呼吸器児を含む複数の医療的ケア児に対してケアを行う。

表1 対象症例

| | Mさん (パターン1) | Sさん (パターン2) |
|-----------|--|----------------------------|
| 性別、学年 | 女兒、小学校2年生(訪問籍) | 女兒、小学校1年生(通学籍) |
| 基礎疾患、合併症 | 脊髄性筋萎縮症タイプ1 | 新生児仮死、急性脳症後遺症、てんかん |
| 医療的ケア | 人工呼吸器(24時間使用)、排痰補助装置、気管切開管理・吸引、経鼻胃管からの経管栄養 | 排痰補助装置、気管切開管理・吸引、胃瘻からの経管栄養 |
| コミュニケーション | スイッチで表出訓練している | 表情で表出している |
| 横地分類 | C1 | B1 |
| 重症児スコア | 42 | 35 |
| 日常生活自立度 | すべて全介助 | すべて全介助 |

特別支援学校では、訪問籍の児童生徒の医療的ケアについて学校看護師はケアを行わないため、スクーリングではご家族の付添いが必要である。Mさんの場合は、児が学校に滞在する時間に訪問看護師が付き添いケアを行う、パターン1で介入した。

一方、Sさんは普通小学校の特別支援学級に通学しており、学校看護師が1名配置されている。主治医の指導の下に訪問看護師は学校看護師に対して児のケアを伝授し、学校看護師が児のケアを行う、パターン2で研究が行われた。

方法：患者本人とご家族に研究の説明を行い、同意書を得た。宮城県教育委員会、仙台市教育委員会、各学校長、本研究の主任研究者と担当研究者の間で手順書を交わし、主治医から訪問看護指示書を作成した。

平成 30 年 10 月に、各学校と訪問看護ステーション間で打ち合わせを行い、お互いの都合を合わせて 4 回の訪問を行った。

アンケート：保護者、学校看護師、養護教諭、担当教員を対象に事前と事後のアンケート調査を行った。アンケートは本研究で統一された内容を用いた。

C. 研究結果

M さんの訪問：訪問看護ステーションのふらんから特別支援学校へ下記の日程で訪問を行い、児が学校に滞在する時間に訪問看護師が付き添い、ケアを行った。

1) 平成 30 年 11 月 13 日 10 時 30 分～11 時 45 分

M さんの体調は安定しており、特にトラブルもなく過ごす。授業もしっかり受けている。

2) 平成 30 年 11 月 22 日 10 時 30 分～11 時 30 分

この日は M さんが低体温となっており、電気毛布や掛物で調整した。顔色は良好で表情もいつもと変わらなかった。学校の文化祭があり、母は他の保護者と見て回るとのことで母子分離ができた。その間は訪問看護師と担任の先生で過ごす。口腔内吸引はあったものの、呼吸器などのトラブルもなく M さんも落ち着いていた。自由時間が多かったため、訪問看護師とともに文化祭を見学する。

3) 平成 30 年 11 月 26 日 10 時 00 分～11 時 30 分

M さんが登校する前に SpO₂ が低下し呼吸も安定せず、母がバッグバルブにてバギング施行し酸素投与を併用して SpO₂ 安定したところで登校となった。M さんは学校に行きたくなかった様子であった。その日は外での学習だったが、寒さもあってか、再度 SpO₂ 低下があり、訪問看護師が徒手呼吸介助を行い回復。本人へ授業の説明と一緒に授業を受けることを説明し納得した様子。しかし参

加するとなると考えこむ姿も見られた。

4) 平成 30 年 12 月 14 日 10 時 15 分～11 時 45 分

M さんが登校する際 SpO₂ が安定せず、酸素投与しながら登校した。この日は母は不在で授業を受ける。酸素投与しながら SpO₂ は保っているが傾眠傾向あり。口腔内の乾燥もありマスク着用した。SpO₂ 低下時は呼吸介助にて回復が見られた。一緒に年賀状を作成するがなかなか集中できていない様子であった。

主な医療的ケアは、気管内吸引、口腔・鼻腔内吸引、人工呼吸器管理、経鼻胃管の管理（昼食前に下校するため必要時注入）である。

気管内吸引はほとんど必要としないが、頻回に口腔内吸引が必要。単純気管切開のため口腔内唾液が気管に落ち込み誤嚥のリスクがあると保護者より話があり、自宅でも頻回の口腔内吸引を行っている。登校時も吸引はかわらず頻回にあり、看護師に同ケアを求められている。

保護者の様子：訪問初日は「何をしてもらえますか」との質問があったが、学校で保護者が求められるケア全般ができることを伝えると納得された様子。保護者不在時にも訪問看護師に任せてくれていた。

担任の先生の様子：訪問看護師は授業の邪魔にならないよう努めていたため、M さんのペースに合わせて授業を進めていた。特に質問はなかった。

養護教諭の様子：スクーリング時は保護者が付き添っているため不安はないとのこと。訪問看護師が訪問中、全回を含め様子を見に来たのは 1 回であった。

学校看護師の様子：スクーリングの児に学校看護師の介入がないためか、声をかける様子もなかった。

訪問看護師の様子：訪問時、医療的ケアはほとんど必要としなかったため見守りが多かった。呼吸不安定時には呼吸介助や酸素投与などして対応していた。保護者不在時にも適宜対応しており、保護者は校内にはいるものの児の教室から離れることができた。

S さんの訪問：訪問看護ステーションるふらんから小学校へ下記の日程で訪問を行い、主治医の指導の下に訪問看護師は学校看護師に対して児のケアを伝授し、学校看護師が児のケアを行う。

1) 平成 30 年 11 月 13 日 9:00-10:20

11 月上旬に退院後初めての登校であった。顔色良好で 2 時間目まではバギー車乗車、プレーリーくん装着する。SpO₂ モニター低下時は一度プレーリーくんをはずして抱っこで授業を受けてみるようアドバイスする。2 時間目に別室でおむつ交換、学校看護師に排痰ケアをアドバイス、体位ドレナージも行う。好きなこと、嫌いなことの表現について伝える。

2) 平成 30 年 11 月 29 日 9:00-10:30

けいれん発作が多めであった。主治医の同行で学校看護師とともに筋緊張の緩め方を行った。学校の先生より「分離術を行っているのにむせるのはなぜか、誤嚥ではないのか」と質問があり、解剖学的な説明を行う。対応として食形態の変更を話し合った。

3) 平成 31 年 1 月 18 日 9:00-10:30

先週より気管支喘息のためステロイド投与しているが、発作はなく登校できた。学校看護師より「痰が硬めのときはどうすればよいか、吸引しても体位ドレナージしていても出てこないことがある」などの質問があった。吸入器や室内温度の調整をアドバイスした。

4) 平成 31 年 1 月 21 日 9:00-10:30

日中の眠気に対して筋緊張緩和薬が減量となった。SpO₂ が 91-92% と低かったが、プレーリーくんの装着がずれており、外すと SpO₂ は 95-96% へ上昇した。学校看護師より呼吸音の聴取方法の質問があり、アドバイスした。

主な医療的ケアは、気管切開（喉頭分離）のため気管内吸引、口腔・鼻腔内吸引、胃ろう管理、経管栄養である。

訪問看護師が訪問時の様子：登校に合わせ訪問。保護者より申し送りを受け教室へ移動。学校看護師がバイタル測定する。1 時間目はバギーに乗ったまま授業を受ける。2 時間目は別室でオムツ交換や排痰ケアを実施。適宜吸引施行。学校看護師より排痰方法の質問あり、一緒に体位ドレナージ

や呼吸介助を行う。また、排痰が固くなっていることがあるとの相談もありネブライザーの提案を行い、保護者に伝え導入となる。

保護者の様子：送迎時、訪問看護師と学校看護師に状態の申し送りをされる。心配なことがある際は注意点なども細かく伝える。送迎のみで、登校中の付き添いはされていない。

担任の先生の様子：S さんの体調を気にかけており、学校看護師と一緒に体調を確認し児に合わせた授業の参加をさせていた。また、訪問看護師への質問も多くあった。「(訪問看護師が) 定期的に来てくれると、ちょっとした疑問も投げかけられることで安心できるので継続してほしい」という要望があった。

学校看護師の様子：訪問看護師への質問が毎回あり、その都度、技術アドバイスや情報提供などを行なった。また、排痰の場面で学校看護師が行っている呼気介助の手技を訪問看護師に確認することもあった。S さんのケアの中での改善や提案も一緒に考えることができ、保護者に伝えることで学校生活の質をあげることができた。「(訪問看護師が) 来るのを待っていた」、「今後も継続的に来てほしい」、「細かいことや排痰の技術をもっと教えてほしい」という意見を頂いた。

アンケート結果抜粋

M さんでは、担任、養護教諭、訪問看護師、保護者の 4 名、S さんでは、担任、学校看護師、訪問看護師、保護者の 4 名について検討した。

質問：訪問看護師が学校での医療的ケアに関わることにに関して。

【M さん担任】

事前：有用。保護者の負担軽減、ケアを必要としている児童の社会性の拡大等期待できると思われる。

事後：有用。児童が保護者以外と学校生活を行うことでより学習の機会を得られることや、自立的な成長が期待できる。また、保護者の精神的肉体的負担が軽減できるなどが考えられる。

【M さん養護教諭】

事前：有用。保護者の負担が軽減される。「訪問看護さんが学校に来て医療的ケアを行う」というこ

とに初めて関わらせていただくので勉強させていただきたいという思いである。

事後：有用。対象児が幼いころから担当している看護師さんだったので、過去の状態やご家庭での様子も聞くことができ、情報交換の機会になった。今回の事業が本格的に取り入れられ、保護者の負担が軽減されればと思う。

【Mさん訪問看護師】

事前：有用。学校看護師がメインとなるが日常のケアで不明なことを明らかにしたり、訪問看護師に任せられる時間、他の時のケアに集中できるのではないかと。

事後：どちらともいえない。学校看護師が質を保って継続したケアができれば訪問看護師は不要となるはず。スクーリング生徒においても学校看護師がケアできるよう検討を求める。

【Mさん保護者】

事前：有用。週3日の訪問籍に在籍、訪問生には学校看護師配置対象外のため、週1-2回のスクーリング時、遠足、校外学習時は常に母同伴。口鼻腔吸引が頻回なので近くで見守っている状況。時々でも訪問看護さんの利用が可能となれば母と離れての学習の機会が持てるため。

事後：どちらかという有用。訪問籍の我が子には学校看護師の配置対象外のため、スクーリング、学校行事等すべてにおいて母が近くにおいてケアしている。そのため、訪問看護師を利用できると助かるが、1時間半だけだと結局は母が学校内待機になってしまうので、長く利用できるとさらに有用性が増すであろう。

【Sさん担任】

事前：有用。いつもケアしている看護師さんが児童のケアをすることの安心感（児童も担任も）学校看護師との情報交換により、本児にとってよりよい医療的ケアを行うことができる。

事後：有用。訪問看護師さんからケアのやり方について細かいところまで聞くことができ、担任としても心強かった。さらに例えば室温についてもアドバイスをいただき改善することができた。

【Sさん学校看護師】

事前：有用。対象児を主に見ているのは訪問看護師さんなのでその子にあったケアや落ち着き方などくわしく教えていただくことができる。

事後：有用。訪問看護師さんは以前から対象児を診ており、身体の状態もよく理解しているので定期的に訪問していただけるとよい。看護手技面でも診てもらえるので本当に助かった。

【Sさん訪問看護師】

事前：どちらかといえば有用。学校看護師が不明なことや訪問看護師が不明なことを共に明らかにし解決していけるのではないかと。また、訪問看護師に任せられる時間、他の時のケアに集中できるのではないかと。

事後：どちらかといえば有用。学校看護師が保護者の納得するケアを習得し、継続したケアができれば訪問看護師は不要。

【Sさん保護者】

事前：有用。いつも関わっている看護師さんが学校へ行くことで、ケアの仕方をしっかり共有でき、付き添いが必要な人は少しでも離れられるから。

事後：有用。いつも見ている児を学校でケアすることによって、看護師も安心できると思う。

質問：本研究に児が参加することによる変化。

【Mさん担任】

事後：あり。訪問看護師さんが医療ケアを行い、保護者と離れる時間を経験し、友達と同じような学校生活を過ごしている意識を持たせることができた。

【Sさん担任】

事後：あり。児童が安心したようで、表情が柔らかくなった。コミュニケーションが深まったように感じる。

D. 考察

宮城県立支援学校は18校あり、平成30年度は2295人が在籍している。医療的ケア児は13校に在籍し、130人(5.7%)で、通学籍105人、訪問籍25人である。その内訳は表2の通りである。人工呼吸器装着の通学籍は4人、訪問籍は11人である。気管切開管理の通学籍は30人、訪問籍は19人である。

仙台市立の特別支援学校は1校のみで、11名の療的ケア児はすべて通学している。一方、仙台市立普通学校(22校)には医療的ケア児は27人が通学しており、人工呼吸器装着している1人は特

別支援学校ではなく普通学校へ通っている。気管切開管理は特別支援学校 4 人に対して普通学校では 9 人と多い。

表 5 宮城県と仙台市の学校へ通う医療的ケア児数

| 平成 30 年度 | 宮城県立特別支援学校 (13 校) 看護師 61 名 | | 仙台市立特別支援学校 (1 校) 看護師 9 名 | 仙台市立普通学校 (22 校) 看護師 23 名 |
|----------|----------------------------------|-----|--------------------------------|--------------------------------|
| | 通学生 | 訪問生 | 通学生 | 通学生 |
| 医療的ケア児総数 | 105 | 25 | 11 | 27 |
| 人工呼吸器装着 | 4 | 11 | 0 | 2 |
| 酸素療法 | 22 | 11 | 4 | 2 |
| 気管切開 | 30 | 19 | 4 | 9 |
| 鼻口腔内吸引 | 75 | ※ | 8 | 8 |
| 経管栄養 | 83 | 25 | 11 | 12 |
| 導尿 | 12 | ※ | 1 | 13 |
| 中心静脈栄養 | ※ | 0 | 0 | 1 |

※ 非公開

今回の研究では 2 名の児童生徒を対象とした。M さんが通う特別支援学校には学校看護師の配置があるが、通学生のケアを対象としているため、訪問籍のスクーリングには保護者の付添いが必要であり、保護者の負担は大きく残されていた。一方、S さんの通う普通小学校には学校看護師が配置され S さんのケアを専門に行う。S さんは小学 1 年生であったため、S さんも初めての通学であり、学校看護師も初めてケアを担当することになり、双方とも大きな不安を抱いていた。

二人のご自宅への訪問看護を長期にわたって行ってきた訪問看護師が学校へ来てケアに携わること、M さんのご家族の負担や、S さん自身と学校看護師の不安を解消するだけでなく、M さんと S さんの自立と成長を促し社会性を育てるために有用であったと考えられる。

M さんのケアに訪問看護師が関わった際、保護者が付き添っている間は児が保護者に何度も確認をするような姿があったが、保護者が不在の時間

は自身で考えている様子も伺えた。自立・成長を促すためにも、学校看護師の介入や訪問看護師の介入が望ましいのではないかと考えられる事例であった。

S さんは喉頭気管分離術後気管切開管理、胃瘻造設、在宅酸素療法、排痰補助装置などの医療デバイスを必要とする医療的ケア児であるが、普通小学校の特別支援学級に通学し、学校看護師 1 名が配置されている。呼吸障害、筋緊張亢進などから体調不良になることが多く、1 年の間に自宅で点滴治療を行うことが 4 回、入院治療が 5 回（合計 62 日間）あり、欠席も多かった。そのたびに、姿勢管理や排痰手技について医療者同士で情報共有を行い、病院でも地域でも健康を維持できるように密に連携を取る必要があった。

特に本研究中は訪問看護師に対して、学校看護師や担任の先生が不安に思っていることや実際に困っていることに質問が多くあり、その都度共に考え、提案、アドバイスを行ってきた。そのこと

により、S さんの状態の改善もみられ不安の解消となっていた様子がかがえる。また、学校看護師が行っていることを、訪問看護師に確認する場面も見られたため、看護師同士での確認は安心にも繋がっていると考えられる。訪問看護師と学校看護師で情報や技術を共有することで統一したケアを実施することができ、保護者も安心して S さんを通学させることができた。研究事業が行われている間は、このように学校看護師と訪問看護師の連携がうまく機能し、本研究事業の成果がよく表れていた。

一方、S さんの通う自治体の教育委員会からは「保護者がいないところでの質問や確認は原則してはならない。通学時に学校看護師や担当看護師が困ったことがあった際は、保護者を通じて訪問看護師に確認する。緊急時はこの限りではない」との指示があり、学校看護師と訪問看護師との直接的な連絡はできないと状況となり、本研究事業の訪問日以外は保護者を介さなければ言葉を交わすこともできなかった。

通常、ご家族や医療者は患者の体調変化を見逃さないように観察して、何か異常があるときに連絡を取り合い大事に至る前に対応を行い、健康を保つようケアに努める。しかし、この学校現場では学校看護師、担任、訪問看護師ともに、ちょっとした疑問や不安なこと、確認したいことをすぐに確認できないことが、連携の困難さと学校生活における不安を感じさせた。学校での多職種連携の困難性がこどもの健康不安を大きくしないよう、体制の改善が今後の課題である。

E. 結語

特別支援学校訪問籍のスクーリングにおける訪問看護師の付添いとケアにより、こどもの自立と成長を促し社会性を育てることができ、保護者の負担を軽減することができた。

学校看護師の配置されている学校で、訪問看護師が学校看護師に対してケアを伝授し、アドバイスを行うことで、学校看護師や担任の疑問や不安を解消しこどもの健康状態を保つことができ、保護者も安心して学校へ通わせることができた。

一方で、学校での多職種連携の困難性がこどもの健康不安を大きくしないよう、学校看護師が訪

問看護師や主治医などいつでも相談できる体制作りを整えることが今後の課題である。

F. 研究発表

田中総一郎. 「気管切開や人工呼吸器装着のこどもの通学時における訪問看護師の活用」. 第 225 回日本小児科学会宮城地方会. 仙台. 2018.7.1

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働行政推進調査事業費（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

分担研究報告書 平成 30 年度

分担研究課題： 6. 介入研究前後におけるアンケート調査の比較検討

分担研究者：大田 えりか（聖路加国際大学大学院看護学研究科国際看護学）

研究協力者：山路 野百合（聖路加国際大学大学院看護学研究科国際看護学）

沢口 恵（聖路加国際大学大学院看護学研究科小児看護学）

【研究要旨】

介入効果の検証とプロトコル案作成の資料とするため、介入前後の質問紙調査票の作成、分析を行った。質問紙調査票は、保護者、学校看護師、学校の担任教員、養護教諭、訪問看護師、医師に介入前後に配布し、介入実施前のアンケートは、対象の児の保護者 21 名、担任 16 名、学校看護師 39 名、養護教諭 13 名、訪問看護師 18 名の回答が得られた。介入実施後のアンケートは、対象の児の保護者 18 名、担任 25 名、学校看護師 29 名、養護教諭 16 名、訪問看護師 18 名の回答が得られた。分析の結果、訪問看護師が医療的ケアを実施する事に対して、対象の児の保護者、担任、学校看護師、養護教諭が、訪問看護師が学校での医療的ケアに関わることは有用であったという意見が、介入前と比較して介入後の方が有用と回答する人数が増加した。その理由として、1. 児童・生徒に対するケアの質の向上、2. 保護者との分離による児童・生徒の自立心の向上、3. 保護者の負担軽減、4. 学校看護師・担任の負担軽減が挙げられる。一方で課題としては、1. 訪問看護師と学校との連携、2. それぞれの職種の専門性の確保と業務分担、3. 学校における医療的ケアの規則が挙げられる。本アンケートの結果はサンプル数が少なく、介入前後の対象者の人数にもばらつきが認められるため、定量的解析では十分な結果を得る事が難しかった。今後は、自由記述を含めより詳細に分析を行い、訪問看護師が学校で医療的ケアを実施することの利点と課題を具体的に導き出し、学校における医療的ケア児への医療的ケアの提供に資する手引書の作成に役立てる。

1. 目的

平成 29 年度に訪問看護師による学校での高度な医療的ケアを必要とする小児への支援として、4 類型の介入方法を見出し、23 事例の小児に実施した。平成 30 年度の実験研究の目的は、学校において訪問看護師が医療的ケアを実施することによる効果、課題の検討を行い、今後の学校における医療的ケア児への医療的ケアの提供に資する手引書の作成に役立てることである。

2. 調査期間

平成 30 年 9 月～平成 31 年 3 月

3. 調査対象

特別支援学校に通学する医療的ケアを必要としている児童・生徒とその保護者、児童・生徒の担任教員、特別支援学校の学校看護師、特別支援学校に訪問し、医療的ケアを実施した訪問看護師、医療的ケアを必要とする児

童・生徒、対象児の保護者、対象児の担任教師、学校看護師、養護教諭、訪問看護師

4. 調査方法

医療的ケアを必要とする児童・生徒、対象の児の保護者、対象の児に関わる担任教師、学校看護師、養護教諭、訪問看護師に対して介入の前後にアンケートを配布、回収した。回収したデータは、エクセルファイルに統合し、統計ソフト SPSS を使用して分析を行った。

5. 結果

介入実施前のアンケートは、対象の児の保護者 21 名、担任 16 名、学校看護師 39 名、養護教諭 13 名、訪問看護師 18 名の回答が得られた。介入実施後のアンケートは、対象の児の保護者 18 名、担任 25 名、学校看護師 29 名、養護教諭 16 名、訪問看護師 18 名の回答が得られた。

対象の児は、平均年齢は 10.9 歳であり、男

女比は男児 1 対女児 2 であった。介入前の通学のパターンは訪問が 9 名、通学が 12 名であった。約 70% の児の保護者が教室で待機している必要があり、児の多くが家庭、学校において気管切開管理、人工呼吸器管理、気管カニューレまたは口鼻腔吸引等の複数の医療的ケアを必要としていた（表 1）。

表 1. 対象の児の属性 (n=21)

| 変数 | 人数 (人) | (%) |
|--------------------------------------|------------|--------|
| 性別 | | |
| 男 | 14 | (66.7) |
| 女 | 7 | (33.3) |
| 対象の児の年齢 (Mean±SD) | 10.9±3.1 歳 | |
| 家庭での医療的ケアの種類 | | |
| 人工呼吸器 | 19 | (90.5) |
| 気管切開 | 20 | (95.2) |
| 酸素療法 | 12 | (57.1) |
| 口鼻腔吸引 | 19 | (90.5) |
| 気管カニューレからの吸引 | 20 | (95.2) |
| カフアシスト (n=10) | 4 | (40.0) |
| 薬液の吸入 (n=10) | 4 | (40.0) |
| 中心静脈栄養 (n=10) | 0 | (0) |
| 胃瘻・腸瘻からの注入 | 8 | (38.1) |
| 経鼻胃管からの注入 | 11 | (52.4) |
| 導尿 (n=10) | 3 | (30.0) |
| その他 | 4 | (19.0) |
| 学校での医療的ケアの種類 (n=10 うち 1 件未記入) | | |
| 人工呼吸器 | 7 | (70.0) |
| 気管切開 | 6 | (60.0) |
| 酸素療法 | 4 | (40.0) |
| 口鼻腔吸引 | 7 | (70.0) |
| 気管カニューレからの吸引 | 9 | (90.0) |
| カフアシスト | 0 | (0) |
| 薬液の吸入 | 1 | (10.0) |
| 中心静脈栄養 | 0 | (0) |

| | | |
|---------------------|----|--------|
| 胃瘻・腸瘻からの注入 | 4 | (40.0) |
| 経鼻胃管からの注入 | 1 | (10.0) |
| 導尿 | 2 | (20.0) |
| その他 | 1 | (10.0) |
| 学校教育の種類 | | |
| 訪問教育 | 9 | (42.9) |
| 通学教育 | 12 | (57.1) |
| 学校での付き添いの必要性 | | |
| 不要 | 1 | (4.8) |
| 教室同伴 | 15 | (71.4) |
| 別室待機 | 3 | (14.3) |
| その他 | 1 | (4.8) |
| 未記入 | 1 | (4.8) |
| 学校での訪問看護師の利用 | | |
| 利用している | 17 | (81.0) |
| 利用していない | 4 | (19.0) |

対象の児の保護者はアンケート回答者が、全 5 名、50 代 3 名であり、内 2 名が非正社員として児の母親であった。30 代 5 名、40 代 13 名として就業していた (表 2)。

表 2. 対象の児の保護者の属性 (n=21)

| 変数 | 人数 (人) | (%) |
|---------------|--------|--------|
| 年齢 (人) | | |
| 30 代 | 5 | (23.8) |
| 40 代 | 13 | (61.9) |
| 50 代 | 3 | (14.3) |
| 仕事の有無 | | |
| 就業していない | 17 | (81.0) |
| 就業している (非正社員) | 2 | (9.5) |
| 未記入 | 2 | (9.5) |

対象の児の担任は、年齢は 20 代から 60 代まで幅広く、教員の経験年数も 3 年未満から 30 年以上まで幅広く認められたが、女性が 80%以上を占めていた。人工呼吸器の児童・生徒を担当した経験は、はじめての人から 10 年未満までであった。半数以上が医療的ケアの実施は出来ず、実施できると記載した 10 名のうち 70~100%の教員が、口鼻腔吸引、

気管吸引、経鼻胃管からの注入、胃瘻・腸瘻からの注入の実施が可能であった。医療的ケアの児童・生徒を担当する上で困ったこと経験をした教師は、46.2%認められており (表 3)、困った理由として、医療的ケアの知識・技術の不足、校内の医療的ケアに関する規定による制限、児童・生徒に適切に医療的ケアを挙げていた。

表 3. 担任の属性 (n=26)

| 変数 | 人数 (人) | (%) |
|----------------------|--------|--------|
| 性別 | | |
| 男性 | 5 | (19.2) |
| 女性 | 21 | (80.8) |
| 年齢 | | |
| 20 代 | 8 | (30.8) |
| 30 代 | 5 | (19.2) |
| 40 代 | 4 | (15.4) |
| 50 代 | 8 | (30.8) |
| 60 代 | 1 | (3.8) |
| 教員になってからの経験年数 | | |
| 3 年未満 | 4 | (15.4) |

| | | |
|-----------------------------------|----|--------|
| 3～5 年未満 | 1 | (3.8) |
| 5～10 年未満 | 8 | (30.8) |
| 10～20 年未満 | 4 | (15.4) |
| 20～30 年未満 | 6 | (23.1) |
| 30 年以上 | 3 | (11.5) |
| 人工呼吸器の児を担当した経験年数 | | |
| なし | 3 | (11.5) |
| 3 年未満 | 3 | (11.5) |
| 3～5 年未満 | 4 | (15.4) |
| 5～10 年未満 | 3 | (11.5) |
| 実施できる医療的ケアの種類 | | |
| なし | 15 | (57.7) |
| あり | 10 | (38.5) |
| 口鼻腔吸引 (n=10) | 8 | (80.0) |
| 気管吸引 (n=10) | 7 | (70.0) |
| 経鼻胃管からの注入 (n=10) | 8 | (80.0) |
| 胃瘻・腸瘻からの注入 (n=10) | 10 | (100) |
| 未記入 | 1 | (3.8) |
| 対象の児童の医療的ケアに関して困った経験はありますか | | |
| なし | 11 | (42.3) |
| あり | 12 | (46.2) |
| 未記入 | 3 | (11.5) |

対象の児童の医療的ケアに関して困った内容

- 痰があるのに喘鳴が聞こえず本人を苦しくさせてしまった
- 吸引のタイミング、経験年数が3年未満（2年目）のため知識量の少なさ
- 教員がケアを行える部分をもっとあっていいのかなと思う
- 導尿時、カテーテルがスムーズに入らず、何度かやり直し焦った
- 呼吸器の取扱いや吸引を依頼するタイミングの見極めが難しく不安
- 持続吸引が口から外れた時も、「本当はできない」という校内での指摘に困惑

学校看護師は39名で、すべて女性であり、40代、50代が全体の75%を占めていた。看護師としての経験年数は全ての学校看護師が5年以上であった。そのうち8名が小児看護、9名が人工呼吸器の児童・生徒を看護し

た経験がなかった。学校看護師としての経験年数は、3年未満が36%を占め、全体の54%が5年未満であった。勤務体制は67%が非常勤であり、正規職員として就業している学校看護師は約30%であった（表4）。

表4. 学校看護師の属性 (n=39)

| 変数 | 人数 (人) | (%) |
|-------------------------|--------|--------|
| 性別 | | |
| 男性 | 0 | (0) |
| 女性 | 39 | (100) |
| 対象の児の年齢 | | |
| 20 代 | 1 | (2.5) |
| 30 代 | 5 | (12.5) |
| 40 代 | 15 | (37.5) |
| 50 代 | 15 | (37.5) |
| 60 代 | 3 | (7.5) |
| 看護師になってからの経験年数 | | |
| 5～10 年未満 | 3 | (7.5) |
| 10～20 年未満 | 14 | (35.0) |
| 20～30 年未満 | 16 | (40.0) |
| 30 年以上 | 6 | (15.0) |
| 小児看護の経験年数 | | |
| なし | 8 | (20.0) |
| 3 年未満 | 7 | (17.5) |
| 3～5 年未満 | 9 | (22.5) |
| 5～10 年未満 | 7 | (17.5) |
| 10～20 年未満 | 5 | (12.5) |
| 20～30 年未満 | 1 | (2.5) |
| 未記入 | 2 | (5.0) |
| 人工呼吸器の児を看護した経験年数 | | |
| なし | 9 | (23.1) |
| 3 年未満 | 3 | (7.7) |
| 3～5 年未満 | 4 | (10.3) |
| 5～10 年未満 | 2 | (5.1) |
| 10～20 年未満 | 1 | (2.6) |
| 学校看護師としての経験年数 | | |
| 3 年未満 | 14 | (35.9) |
| 3～5 年未満 | 7 | (17.9) |
| 5～10 年未満 | 10 | (25.6) |
| 10～20 年未満 | 7 | (17.9) |
| 20～30 年未満 | 1 | (2.6) |
| 勤務体制 | | |

| | | |
|-----|----|--------|
| 常勤 | 13 | (33.3) |
| 非常勤 | 26 | (66.7) |

養護教諭は全てが女性であり、半数以上が 20 代で、その他 30 代、40 代、50 代が幅広く就業していた。同様に養護教諭になってからの経験年数も幅広く認められた。39%の養護教諭が看護師免許を所持しており、23%が第 3 号研修を取得していた。看護師免許を所持している養護教員のうち、看護師として就業した期間はなし 20%、3 年未満 40%、5～10 年未満 40%であり、人呼吸器の児童・生徒を看護した経験はなし 60%、5～10 年未満 40%であった。養護教諭として対象の児童・生徒に関わる業務は、健康管理が最も多く、次いで保護者との連絡調整であり、医療的ケアは 10%未満であった (表 5)。

表 5. 養護教諭の属性 (n=13)

| 変数 | 人数 (人) | (%) |
|--|--------|--------|
| 性別 | | |
| 男性 | 0 | (0) |
| 女性 | 13 | (100) |
| 対象の児の年齢 | | |
| 20 代 | 7 | (53.8) |
| 30 代 | 2 | (15.4) |
| 40 代 | 2 | (15.4) |
| 50 代 | 2 | (15.4) |
| 養護教諭になってからの経験年数 | | |
| 3 年未満 | 3 | (23.1) |
| 3～5 年未満 | 3 | (23.1) |
| 5～10 年未満 | 3 | (23.1) |
| 10～20 年未満 | 3 | (23.1) |
| 20～30 年未満 | 1 | (7.7) |
| 資格 | | |
| なし | 5 | (38.5) |
| 看護師 | 5 | (38.5) |
| 栄養士 | 0 | |
| 第 1 号研修 | 0 | |
| 第 2 号研修 | 0 | |
| 第 3 号研修 | 3 | (23.1) |
| 看護師としての経験年数(看護師の資格がある人のみ) (n=5) | | |
| なし | 1 | (20.0) |
| 3 年未満 | 2 | (40.0) |

| | | |
|-------------------------------------|----|--------|
| 5～10 年未満 | 2 | (40.0) |
| 人工呼吸器の児を看護した経験年数（看護師の資格がある人のみ）（n=5） | | |
| なし | 3 | (60.0) |
| 5～10 年未満 | 2 | (40.0) |
| 児に関わる業務 | | |
| 保護者との連絡調整 | 3 | (23.1) |
| 学校看護師の指導 | 0 | |
| 担任・学校看護師との連絡調整 | 6 | (46.2) |
| 医療的ケア | 1 | (7.7) |
| 訪問看護師との連絡調整 | 1 | (7.7) |
| 健康管理 | 11 | (84.6) |
| その他 | 2 | (15.4) |

訪問看護師は未記入を除く全てが女性であり、30代が28%、40代が33%、50代が33%、60代が6%と30代から60代まで幅広く分布していた。看護師になってからの経験年数は10～30年未満が85%以上を占めていたが、一方、小児看護の経験は3～5年未満が約40%、なしと3年未満で約35%を占め、それ以外が5年以上の経験を有していた。看護

師免許を所持している看護師のうち、約9割が人工呼吸器の児童・生徒を看護した経験があり、半数が10年以上20年未満看護した経験があった。訪問看護師としての経験年数は、約65%を5年未満までの看護師が占め、10年以上が約20%であった。就業形態は、約80%が常勤として就業していた（表6）。

表 6. 訪問看護師の属性（n=18）

| 変数 | 参加者の数（人） | （%） |
|-----------------------|----------|--------|
| 性別 | | |
| 女性 | 16 | (88.9) |
| 未記入 | 2 | (0.11) |
| 年齢 | | |
| 30代 | 5 | (27.8) |
| 40代 | 6 | (33.3) |
| 50代 | 6 | (33.3) |
| 60代 | 1 | (5.6) |
| 看護師になってからの経験年数 | | |
| 5～10 年未満 | 1 | (5.6) |
| 10～20 年未満 | 7 | (38.9) |
| 20～30 年未満 | 7 | (38.9) |
| 30 年以上 | 2 | (11.1) |

| | | |
|-------------------------------|----|--------|
| 未記入 | 1 | (5.6) |
| 小児看護の経験年数 | | |
| なし | 3 | (16.7) |
| 3年未満 | 3 | (16.7) |
| 3～5年未満 | 7 | (38.9) |
| 5～10年未満 | 1 | (5.6) |
| 10～20年未満 | 4 | (22.2) |
| 人工呼吸器の児を看護した経験年数 (n=9) | | |
| なし | 1 | (11.1) |
| 3年未満 | 2 | (22.2) |
| 5～10年未満 | 1 | (11.1) |
| 10～20年未満 | 5 | (55.6) |
| 訪問看護師としての経験年数 | | |
| 3年未満 | 7 | (38.9) |
| 3～5年未満 | 5 | (27.8) |
| 5～10年未満 | 2 | (11.1) |
| 10～20年未満 | 3 | (16.7) |
| 20～30年未満 | 1 | (5.6) |
| 勤務体制 | | |
| 常勤 | 14 | (77.8) |
| 非常勤 | 4 | (22.2) |

学校看護師が実施する現在の医療的ケアの現状に関する質問に関して、保護者からは介入前 43%、介入後 33%の保護者が有用でない、あまり有用でないと回答した。一方、介入前 38%、介入後 39%の保護者がどちらかと言えば有用、有用と回答した(表 7、図 1)。

その理由として、学校看護師の働きによる母親の負担軽減がある一方、学校に学校看護師が配置されていない事、学校の規則等により医療的ケアを実施出来ない事などにより有用と考えられない事が挙げられた。

表 7. 学校看護師の医療的ケアの現状に関する保護者の意識

| | 介入前 | 介入後 |
|------------|-----|-----|
| 有用でない | 6 | 6 |
| あまり有用でない | 3 | 0 |
| どちらとも言えない | 2 | 5 |
| どちらかと言えば有用 | 2 | 1 |

| | | |
|-----|----|----|
| 有用 | 6 | 6 |
| 未記入 | 2 | 0 |
| 合計 | 21 | 18 |

理由

- 去年末くらいから呼吸器の我が子にも吸引してくれるようになり、多い日は10回以上呼ばれて教室で吸引していたので、それがなくなっただけでも助かる
- 地域の小学校の為、学校看護師はいない
- 訪問生に対する一切の医ケアの実施がない
- 呼吸器使用のため離れられない。学校看護師のやれる範囲が中途半端でかえって書類書き、チェックなどが多すぎて、自分でやった方がよい。私たちからみての安全と学校看護師の安全は全く違う
- 看護師としてのスキルはあり、呼吸器等の安全性もわかっているのに学校の規則で子供たちの思いがあるのに対応ができない

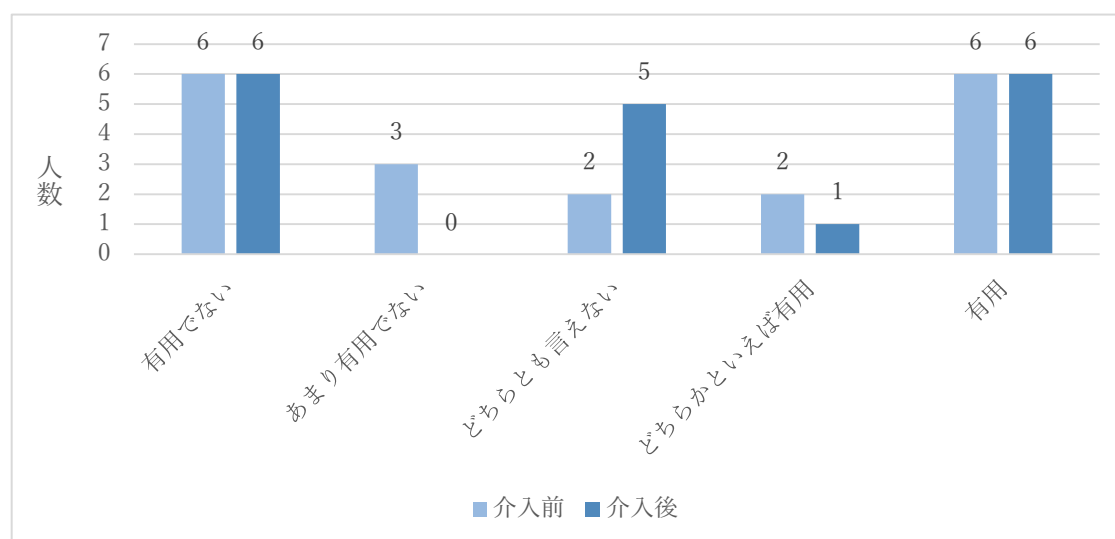


図1. 学校看護師の医療的ケアの現状に関する保護者の意識

訪問看護師が学校で医療的ケアに関わる事に対してどのように思われますか、という問いに対して、介入前は保護者 86%、担任 77%、学校看護師 67%、養護教諭 54%、介入後は保護者 89%、担任 88%、学校看護師

72%、養護教諭 63%がどちらかと言えば有用、有用との回答し、介入前と比較して介入後の方が有用と回答する人数が増加した(表8、図2)。

表8. 訪問看護師が学校での医療的ケアに関わる事に対する意識 (人)

| | 保護者 | | 担任 | | 学校看護師 | | 養護教諭 | |
|------------|-----|----|----|----|-------|----|------|----|
| | 事前 | 事後 | 事前 | 事後 | 事前 | 事後 | 事前 | 事後 |
| 有用でない | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| あまり有用でない | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| どちらとも言えない | 2 | 1 | 6 | 3 | 10 | 5 | 6 | 6 |
| どちらかと言えば有用 | 2 | 3 | 7 | 6 | 10 | 15 | 4 | 5 |
| 有用 | 16 | 13 | 13 | 16 | 16 | 6 | 3 | 5 |
| 未記入 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 合計 | 21 | 18 | 26 | 25 | 39 | 29 | 13 | 16 |

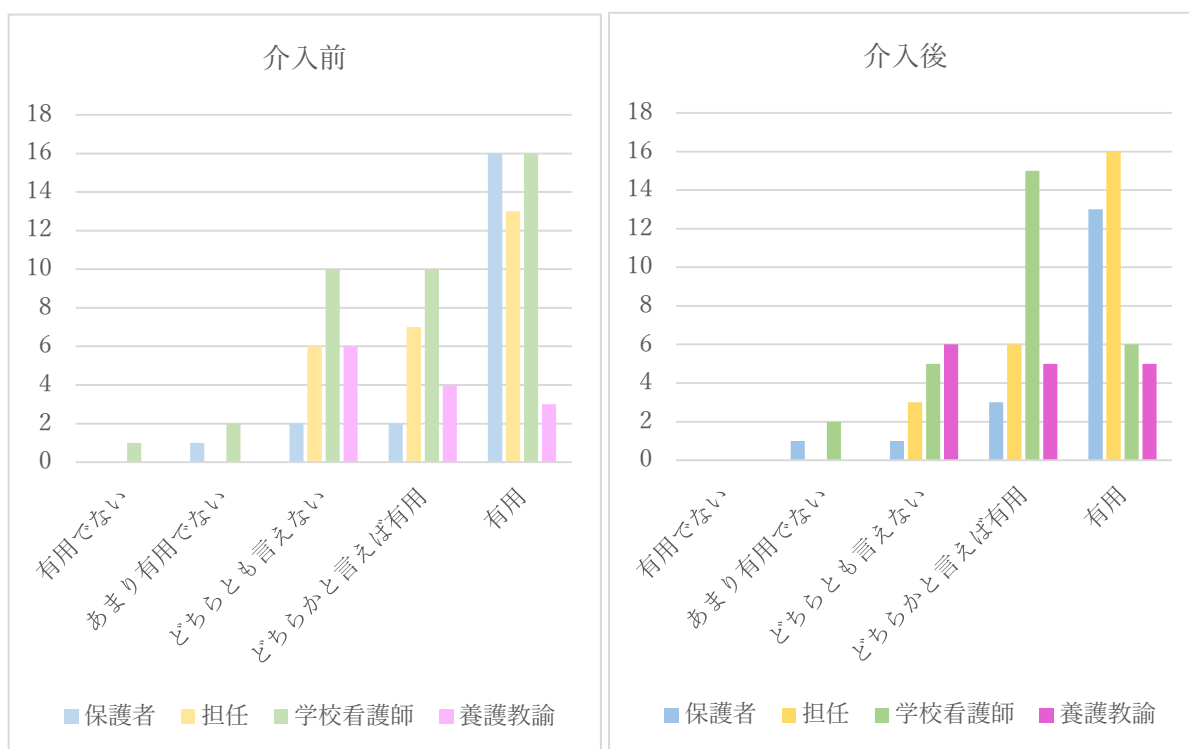


図 2. 訪問看護師が学校で医療的ケアを実施することに関する意識

訪問看護師に対しては、学校看護師が配置されている学校、学校看護師が配置されていない学校に分けて、訪問看護師が学校で医療的ケアに関わることに対する意識を調査した。学校看護師が配置されていない学校に関

しては介入前後共に同様の結果が認められ、全ての訪問看護師がどちらかと言えば有用、有用と応えた。一方で学校看護師が配置されている学校に関しては、介入前 78%、介入後 44%がどちらかと言えば有用、有用と応

えており、介入実施前と比較して、有用と回答する訪問看護師が減少した結果となった（表 9、図 3）。その理由として、学校看護師が配置されている学校では、学校看護師が主体となって医療的ケアを実施する体制を

強化する必要性が訴えられていた。一方で、訪問看護師が介入することで対象の児童・生徒、保護者、学校側の安心、ケアの質の向上につながるという意見も認められた。

表 9. 訪問看護師が学校での医療的ケアに関わる事に対する訪問看護師の意識（n=9）

| | 学校看護師が配置されていない学校 | | 学校看護師が配置されている学校 | |
|------------|------------------|-----|-----------------|-----|
| | 介入前 | 介入後 | 介入前 | 介入後 |
| 有用でない | 0 | 0 | 0 | 0 |
| あまり有用でない | 0 | 0 | 2 | 0 |
| どちらとも言えない | 0 | 0 | 0 | 5 |
| どちらかと言えば有用 | 1 | 1 | 6 | 4 |
| 有用 | 8 | 8 | 1 | 0 |
| 合計 | 9 | 9 | 9 | 9 |

理由

- 学校看護師が主体で実施することが理想と思う
- 学校看護師が保護者の納得するケアを習得し、継続したケアができれば訪問看護師は不要
- 文科省の現行の制度を活用した上で HNS が必要なら配置をしてもいいのでは。NS 在勤しているながらほかの NS を配置するのではなく制度再考し学校での NS の立場を再検討したうえで効率的な配置をするのが良い
- 保護者の負担軽減、子どもの教育を受ける権利、同級生との交流による社会性の向上等がメリット。保護者が安心して子どもをゆだねることが出来る
- 児の状態変化や医療的ケアが新たに増え、不安につながるのであれば、訪問看護を利用することも有用ではないかと思う

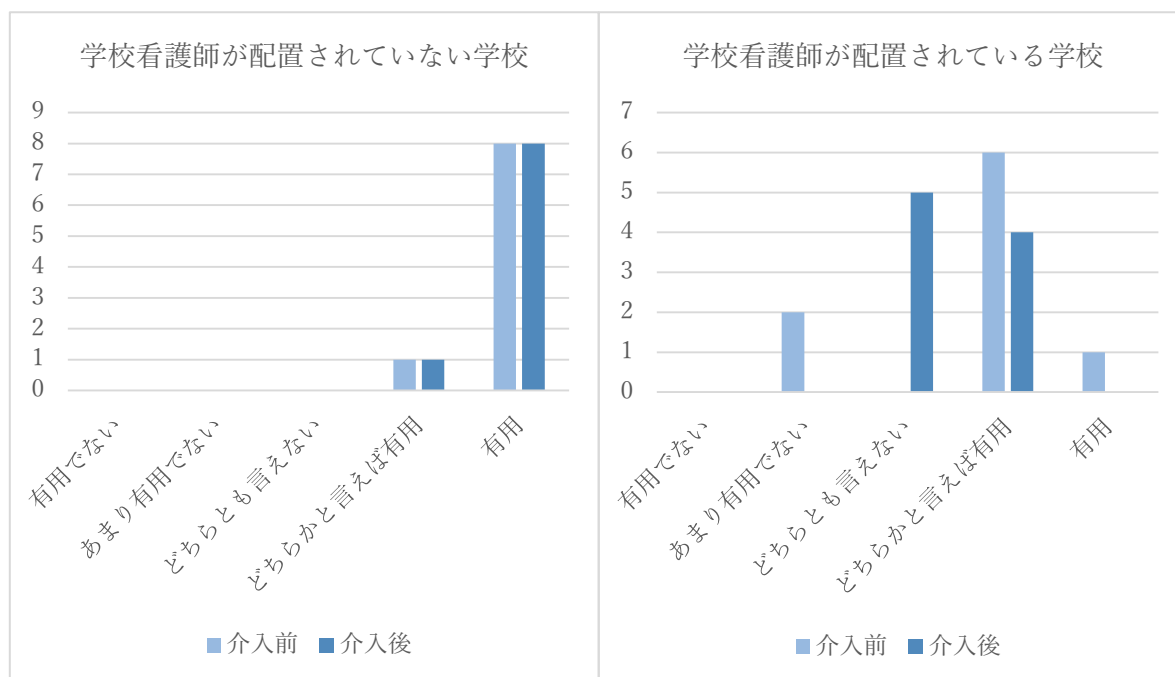


図 3. 訪問看護師が学校で医療的ケアを実施することに関する訪問看護師の意識

介入後のアンケートで、訪問看護師が医療的ケアを行った事で困った事がありましたか、という問いに対して、担任 20%、学校看護師 24%、養護教諭 25%、訪問看護師 39% が困った事があったと回答した（表 10）。そ

の理由として、訪問看護師との連携、学校での規定と訪問看護師が実施する（したい）ケアとの乖離、他の生徒への気遣い、役割分担などが挙げられた。

表 10. 訪問看護師が医療的ケアを行うことで困った経験の有無

| | 担任 | 学校看護師 | 養護教諭 | 訪問看護師 |
|-----|----|-------|------|-------|
| なし | 20 | 19 | 12 | 11 |
| あり | 5 | 7 | 4 | 7 |
| 未記入 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| 合計 | 25 | 29 | 16 | 18 |

困った経験の内容

担任

- 保護者の依頼により、学校では指示書等がないために日頃行っていない医ケアを当日の朝行う要請があった
- 他の児童が医療的ケアに気を取られてしまうことがある

学校看護師

- 役割分担が明確でない。同じ看護師でありながら立場が違う
- 学校では行わないとされている医ケアをおこなっていたため、生徒からどうして学校ではやってもらえないのかとたずねられた

養護教諭

- 不定期的な訪問だと児童/生徒が心理的に安定してケアを受けることが出来ない
- 本人の健康状態や細かい点などを保護者とその場で聞いたり、確認ができたが、訪問看護師だと連携がとれにくく、緊急時は不安

訪問看護師

- 教員、授業進行具合とのタイミング
- 学校の中で、どのあたり(医療ケアを全部)まで行っても、良いのか判断に迷う
- 訪問籍の生徒には母親が来る事が前提であり、指示書もなく、学校看護師は何もしない

担任 48%、学校看護師 21%、養護教諭 12.5%が介入後に対象の児の変化を感じ取っていた(表 11)。内容としては、対象の児童・生徒と母親が離れる時間、友人と過ごす時間の増加による児童・生徒の自立心、向上心の向上、児童・生徒が安心して穏やかに過ごす時間の増加などが回数を重ねるごとに認められた。13 名中 3 名の担任が、訪問看護師の介入によって同級生の児童・生徒にも変化があり、対象の児童・生徒をクラスの仲

間として会えることを楽しみにする様子が伺えたと回答した。保護者には自由記述で回答を求めた。普段顔見知りの訪問看護師が学校に行く事が児童・生徒の安心、楽しみにつながっていた。また、保護者以外の友人、学校の担任、学校看護師、訪問看護師など多数の人との交流によって児童・生徒に笑顔が増えたり、誇らしげになったりといった表情の変化が認められた。

表 11. 介入実施による対象の児の変化の有無

| | 担任 | 学校看護師 | 養護教諭 |
|-----|----|-------|------|
| なし | 10 | 16 | 10 |
| あり | 12 | 6 | 2 |
| 未記入 | 3 | 7 | 4 |
| 合計 | 25 | 29 | 16 |

対象の児童・生徒の変化

- スクーリングの回数が増え、友達との関わりを楽しむことが出来た
- 保護者が側に付き添っていなくても、1 日学習に取り組む事ができた
- 最初は、母(保護者)の付添いがないことに戸惑いが見られたという話を聞いたが、回数を重ねるうちに慣れてきたようで、落ち着いて授業に参加する様子が見られるようになった
- 吸引が頻回に必要な時にすぐに対応してくれたため、学習に集中出来ていたように思う

- 自分から吸引を依頼する回数が増えた（母でない人へ依頼する回数が増えた）
- 本人の嫌な時に人口呼吸器の取り外しをしてもらうことができるため。本人は快適に過ごす時間が増えたのではないか
- 普段からケアをして頂いている看護師が対応することで児童生徒の安心している表情がみられた
- 一定期間、コンスタントに訪看の対応を受けた児童は徐々に対応に抵抗なく受入れている様子が見られた

介入前後の保護者の身体的状況は、対応のある t 検定では有意差は認められなかった。しかし、学校での付き添いを強いられている保

護者からは、保護者の時間の確保、精神的な負担の軽減、子どもを学校に通学させる事に対する安心感が報告された。

表 12. 保護者の身体的状況

| 変数 | 介入前 (n=21) | | 介入後 (n=18) | | t 検定 P 値 |
|-------------------|------------|--------|------------|--------|-------------|
| | 人数(人) | (%) | 人数(人) | (%) | |
| 平均睡眠時間 | | | | | .70 |
| 4 時間未満 | 2 | (9.5) | 5 | (27.8) | |
| 4～5 時間 | 5 | (23.8) | 2 | (11.1) | |
| 5～6 時間 | 8 | (38.1) | 7 | (38.9) | |
| 6～7 時間 | 3 | (14.3) | 4 | (22.2) | |
| 7 時間以上 | 3 | (14.3) | 0 | (0) | |
| 睡眠のとり方 | | | | | .84 |
| 断続的に取っている | 7 | (33.3) | 8 | (44.4) | |
| ある程度まとまって取っている | 8 | (38.1) | 6 | (33.3) | |
| まとまって取っている | 3 | (14.3) | 4 | (22.2) | |
| 未記入 | 3 | (14.3) | 0 | (0) | |
| 睡眠に対する自己認識 | | | | | .33 |
| 不十分である | 11 | (52.4) | 7 | (38.9) | |
| どちらかといえば不十分である | 4 | (19.0) | 7 | (38.9) | |
| どちらかといえば十分である | 3 | (14.3) | 3 | (16.7) | |
| 十分である | 3 | (14.3) | 1 | (5.6) | |
| 体調不良の有無 | (n=10) | | (n=8) | | .08 |

| | | | | |
|-----|---|--------|---|-------|
| なし | 3 | (14.3) | 0 | (0) |
| あり | 6 | (28.6) | 8 | (100) |
| 未記入 | 1 | (4.8) | 0 | (0) |

腰痛の有無 . 50

| | | | | |
|-----|----|--------|---|--------|
| なし | 6 | (28.6) | 9 | (50.0) |
| あり | 10 | (47.6) | 9 | (50.0) |
| 未記入 | 5 | (23.8) | 0 | (0) |

関節痛の有無 1. 00

| | | | | |
|-----|---|--------|----|--------|
| なし | 9 | (42.9) | 13 | (72.2) |
| あり | 6 | (28.6) | 5 | (27.8) |
| 未記入 | 6 | (28.6) | 0 | (0) |

介入による保護者の変化

- 学校看護師さんと二人体制になるので安心だった
- 学校で常に人に囲まれており精神的に負担（やりとりの負担）が軽くなった
- 仕事ができるようになった
- これからまた頑張ろうと前向きな気持ちになった
- 買い物に行くことができた

6. 考察

本アンケートは、対象の児の保護者、担任、学校看護師、養護教諭、訪問看護師それぞれの意見を聴取することで、それぞれの職種の立場からの意見をまとめる事ができた。

訪問看護師が医療的ケアを実施する事に対して、対象の児の保護者、担任、学校看護師、養護教諭が、訪問看護師が学校での医療的ケアに関わることは有用であったという意見が多かった。その理由として、1. 児童・生徒に対するケアの質の向上、2. 保護者との分離による児童・生徒の自立心の向上、3. 保護者の負担軽減、4. 学校看護師・担任の負担軽減が挙げられる。一方で課題としては、1. 訪問看護師と学校との連携、2. それぞれの職種の専門性の確保と業務分担、3. 学校における医療的ケアの規則が挙げられる。

訪問看護師の学校での医療的ケアに関わることに對する意識の前後比較をみると、学校看護師が配置されていない学校は変化なく、学校看護師が配置されている学校では介入後の有用性が若干低下した。自由記載の理由のなかで、学校看護師が中心となって医療的ケアを実施することが望ましいという意見もあった。

アンケートに回答した学校看護師の、学校看護師としての経験年数をみると、3年未満、5～10年未満が多く、人工呼吸療法が必要な小児への看護経験がない学校看護師は19名中9名であった。学校での看護経験や人工呼吸器の取り扱いに慣れていない看護師が、医師と連絡が付きやすい病院とは異なる学校という場において、高度な呼吸管理を必要とする児童・生徒の看護を実践していることが

明らかになった。また勤務体制をみると、39名中 26 名 (66.7%) が非常勤勤務という結果であった。学校看護師の多くが、児童・生徒の体調悪化や呼吸状態悪化の可能性が高い児童・生徒の看護を、常勤ではないという立場で、医師不在のなかで実践している。

そのような状況なかで、児童・生徒を自宅で看護している訪問看護師から協力を得ることは、自宅での児童・生徒の様子や性格などを知ることができ、体調の変化をともにアセスメントし、体調の変化に合わせたケアを実施することが可能となる。このような学校看護師と訪問看護師の協働によって、児童・生徒の体調管理が自宅から切れ目なく実施することができ、児童・生徒にとっては通学する機会の増加が期待できるであろう。学校看護師にとっては、医療的ケアを必要とする児の看護に関する知識・技術を訪問看護師から修得できる機会となり、より児童・生徒に合わせた看護の実践が期待できる。訪問看護師にとっても学校での様子を知る機会となり、児童・生徒の帰宅後の看護に役立つことができる。

保護者の学校看護師の医療的ケアの現状に関する意識について、介入前後で比較してみると、前後に変化はなく、介入後に増加した項目はどちらともいえないであった。自由記載の理由には、訪問学級の児童・生徒は学校看護師から医療的ケアを受けられない、学校看護師が実施できる範囲が中途半端であるとのことから、学校の規則などで実施できない内容があることがうかがえる。

これまでは、「特別支援学校等における医療的ケアの今後の対応について」(平成 23 年 12 月 20 日 23 文科初第 1344 号初等中等教育局長通知) に従い、学校における医療的ケア

児は支援されてきた。しかし、医療的ケア児の増加、特定行為以外の医療的ケアの増加など我が国の情勢の変化を受け、平成 29 年 10 月に学校における医療的ケアに関して文部科学省により再検討され、平成 31 年 3 月 20 日に通達が出された¹⁾。児童・生徒の安全の保障のもと「教育の場」として学校を位置づけられており、それぞれの児童・生徒に合わせた柔軟な対応も求められている。本アンケートの対象の児童・生徒も重症度、医療的ケアの内容など多様性が認められている。学校での規則により必要な医療的ケアが実施できない状況が認められているため、児童・生徒が安全に教育を受ける事ができるよう医師の指示書に従い、個々の児童・生徒に合わせた対応ができるよう体制を整える必要がある。そのために重要な点の一つが、知識・技術の向上である。それぞれの職種の属性をみると、学校看護師は看護師としての経験は長くほとんどの看護師が 10 年以上の経験を有しているが、小児看護、人工呼吸器の児童・生徒を看護した経験がない看護師が約 2 割認められた。訪問看護師も看護師としての経験が長くほとんどの看護師が 10 年以上の経験を有していたが、小児看護の経験がない看護師、人工呼吸器の児童・生徒を看護した経験がない看護師が約 1 割強認められた。児童・生徒の担任は教員としての経験年数、人工呼吸器の児童・生徒を担任した経験年数も幅広く、半数以上が医療的ケアを実施できなかった。医療的ケアに関する知識、技術の不足は、児童・生徒の安全が確保出来ないだけでなく、ケアを実施する者の精神的な負担も大きい。そのため、十分な知識、技術を習得できるよう研修、指導体制を充実させる必要がある。

本アンケートの結果はサンプル数が少なく、介入前後の対象者の人数にもばらつきが認められるため、定量的解析では十分な結果を得る事が難しかった。今後は、自由記述を含めより詳細に分析を行い、訪問看護師が学校で医療的ケアを実施することの利点と課題を具体的に導き出し、学校における医療的ケア児への医療的ケアの提供に資する手引書の作成に役立てる。

参考文献

1. 文部科学省. 学校における医療的ケアの今後の対応について. 2019.
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afiel_dfile/2019/03/22/1414596_001_1.pdf
(2019.5.5 参照).

厚生労働行政推進調査事業費（厚生労働科学特別研究事業）

分担研究報告書 令和元年度

医療的ケア児に対する教育機関における看護ケアに関する研究

分担研究課題： 7. 学校看護師が高度な医療ケアを行うための研修プログラムを作成する研究

分担研究者： 米山 明（心身障害児総合医療療育センター小児科）

研究協力者： 山口直人 仁宮真紀 高橋長久（心身障害児総合医療療育センター）

【研究要旨】

平成 29・30 年度の本研究における実践介入研究やアンケート調査から、人工呼吸器を使用する子どもを学校で過ごす機会を拓げるためには、ケアする看護師の知識や技術、経験を増やすことが必須で、そのための研修が必要であると考えられた。そのため本研究では、学校場面に特化した、人工呼吸器看護を学ぶ研修プログラム案を作成した。作成プロセスとしては既存の学校の看護師対象研修プログラムのアンケートやディスカッション等からプログラム内容を絞り、校医・医療的ケア指導医・在宅人工呼吸管理の経験のある小児科医師が執筆した。執筆したものを複数の看護師がレビューし、その意見を元に最終案を作成した。本案を一例として、各地域・学校ごとに適した研修の形を検討する必要がある。また本案を元にした研修の効果測定は実施されておらず、今後の課題である。

A. 研究目的

平成 29・30 年度に「医療的ケア児に対する教育機関における看護ケアに関する研究」で実施した実践介入研究やアンケート調査から、学校看護師・訪問看護師の一部は人工呼吸器看護の経験が少ないことが指摘された。また、文部科学省の有識者会議でも同様の指摘がされている¹⁾。人工呼吸器を使用する子どもが学校で安心・安全に活動し、保護者のいない環境で自立にむけて学び続けるためにはケアを担当する看護師の知識や技術、経験を増やすことが必須であり、そのためには看護師が各地域・学校の現状に即した必要な研修を受けられるようにする必要がある。

本研究では人工呼吸器を使用する子どもが学校活動に安全に参加するために、学校環境における人工呼吸器看護のスキル向上に特化した研修プログラム案を検討・作成することに取り組んだ。

B. 研究方法

プログラム作成に於いては研究グループ内の検討に加え、当事者である看護師のニーズ・意見を重視するよう配慮した。

1. 研修プログラム案の対象範囲を決める

本研究の目的から、学校で人工呼吸器を使用する子どもに看護ケアを提供するための内容に限定した。学校における医療的ケア全般については「特別支援学校における介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）研修テキスト」²⁾、学校における看護師の役割においては「特別支援学校看護師のためのガイドライン」³⁾、人工呼吸器を受け入れるための体制整備については「学校における人工呼吸器使用に関する【ガイド】」⁴⁾、など、既存のテキストやガイドラインとの重複範囲は一部を除き本プログラム案では扱わず、そちらを参照するよう本文中で勧めた。

2. プログラム案の内容を決める

分担研究者・研究協力者で検討した内容に加え、

看護師のニーズ・意見を重視するために分担研究者・研究協力者が関係する学校で働く看護師向けの研修や講義で実施されたディスカッションの内容を参考意見として加えた。

3. 原案を作成する

小児在宅人工呼吸管理・学校医・医療的ケア指導医などの経験のある小児科医師（分担研究者・研究協力者）が原案の作成を行った。研究班全体や学校で働く看護師とのディスカッションの中で学校で働く看護師は雇用形態が非常勤である場合が多く、公式の集合研修に参加できないことも多いとの意見があり、プログラムは1セッションが60-90分程度のものを複数作成し、集合研修でまとめて学ぶ場合と、学校内でニーズに合わせた短時間の研修を積み重ねる場合とどちらにも使用できるよう工夫した。

4. 原案を複数の立場の看護師がレビューする

原案が看護ケアの観点から、また学校でのケアの観点から不都合が生じていないか、複数の看護師からレビューを受けた。レビューを担当した看護師の背景は以下の通りである。

- ・学校で働いている・働いた経験のある看護師
- ・小児看護専門看護師
- ・小児看護学教員
- ・三学会合同呼吸療法認定士の認定を受けた看護師
- ・平成 29 年度に本研究で学校において訪問看護を実施した看護師
- ・小児の在宅呼吸ケアの外来支援経験の多い看護師

5. レビューを元にプログラム案最終盤を作成する

C. 研究結果

1. プログラム内容への意見

プログラムの内容への意見を表 1 にまとめた。

機器・日常観察・手技・緊急時対応・体制整備といった人工呼吸看護全般に対するニーズがあり、実技実習や学校場面での実践に直結する内容の研修が求められていた(表 1)。

表 1 プログラムに求められる内容のまとめ

<機器について>

- ・子どもが実際に使用している機種を使用する
- ・仕組み・吸気呼気の流れ 呼気ポート
- ・回路の組み立て・回路交換
- ・加温加湿器

<観察・対応について>

- ・観察のポイント・チェックリストの使用
- ・アラーム対応
- ・ファイティング時の対応
- ・学校で対応できることの限界設定
- ・リスク管理
- ・清潔操作・感染対策
- ・トイレなど同姓介助が求められる状況

<手技について>

- ・使用開始時の確認
- ・蘇生バッグによる換気
- ・緊急時のカニューレ交換 再挿入できない時

の

対応

- ・排痰
- ・インシデント・アクシデント事例に合わせた内容

<体制・運用について>

- ・実施マニュアルの作成
- ・レベル別の研修
- ・実地研修・他校のやり方を見学
- ・講師によって内容が左右されない
- ・看護師が少ない職場なので土日や短期間の研修を希望

- ・学校で実技研修

2. 原案のレビューによる意見

レビューの内容について表 2 にまとめた。内容について大きな変更を要する指摘はなかったが、補足説明や加筆を必要とする部分があった。

表 2 看護師による原案のレビューによる意見

- ・表現の平易化/説明の追加：複数箇所あり
- ・ワークの内容：一部にサンプルケースの回答見本をつける
- ・観察：ケア引き継ぎ時のコミュニケーション（家族・スタッフ間）
- ・観察・トラブル時の対応：看護師・教員の連携や役割分担について
- ・トラブル時の対応：医療機関へ搬送するタイミングについて
- ・トラブル時の対応：相談する手順を明確に見える化すべき
- ・気管カニューレの再挿入：挿入困難な場合の対応を追加する
- ・気管カニューレの再挿入：抜去が必要な際に判断できる自信がない
- ・その他：基礎的な内容をもっと知りたい
- ・その他：インシデント・アクシデントの情報共有

3. プログラム案最終盤(別添資料)

D. 考察

学校で働く看護師の人工呼吸器看護の経験は多様であり、研修ニーズは機器・日常観察・手技・緊急時対応・体制整備といった人工呼吸看護全般に渡っていた。それぞれの現場に応じた研修内容を選択できるという点で、本プログラム案の 60-90 分程度のセッションに分かれた構造が役立つ可能性がある。

複数の立場の看護師が原案をレビューしたことは、プログラム案の妥当性が確認されただけでなく、現場の実践につながるために大変有用と考え

られる。

本研究から今後必要と考えられる点は 2 点ある。1 点は研修プログラムへの意見や原案レビューによる意見の中に、現場のケアを対象とした本プログラム案の内容に直接影響しない、教員も含めた学校全体の体制整備や、医療施設との連携やコンサルテーションへのニーズが多く見られたことである。看護師のスキルアップだけでなく、学校や医療機関が看護師を支える体制・コミュニケーションを引き続き取り組む必要がある。もう 1 点は本プログラム案に基づいた研修効果が評価されていないことである。プログラムを子どもたちの学校生活に資する研修とするためには、研究結果を踏まえて各地域・学校ごとに状況に合わせた研修を計画・実施することと、今回の案に基づいた研修のフィージビリティ評価・効果判定が必要である。

E. 謝辞

プログラム内容への意見や原案レビューに協力いただいた学校で勤務する看護師の皆様、東京医科大学医学部看護学科 鈴木征吾氏、心身障害児総合医療療育センター看護指導部 伊藤正恵氏、須山薫氏、高田恵理氏、山崎卓磨氏に感謝申し上げます（順不同）。

【参考文献】

- 1) 文部科学省 学校における医療的ケアの実施に関する検討会議. 学校における医療的ケアの実施に関する検討会議 最終まとめ.
https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1413967.htm
- 2) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課. 特別支援学校における介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）研修テキスト.
https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1323049.htm
- 3) 日本小児看護学会 すこやか親子 21 推進事業委員会. 特別支援学校看護師のためのガイドライ

ン.

https://jschn.or.jp/care_manual/#sec05

4) 日本小児神経学会社会活動・広報委員会. 学校における人工呼吸器使用に関する【ガイド】.

https://www.childneuro.jp/modules/about/index.php?content_id=41

厚生労働行政推進調査事業費補助金

(厚生労働行政推進調査事業費 (政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業)))

分担研究報告書 令和元年度

8. 学校での学校外看護師向けの人工呼吸器児支援マニュアルを作成する研究

分担研究者 : 岩本彰太郎 (三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター センター長)

研究協力者 : 淀谷典子 (三重大学医学部附属病院 臨床研修・キャリア支援センター 小児科医)

河俣あゆみ (三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター 看護師)

末藤美貴 (三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター 看護師)

井倉千佳 (三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター 看護師)

坂本由香 (三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター 事務員)

【研究要旨】人工呼吸器管理を要する医療的ケア児童が安全かつ充実した学校生活を送るためには、校内医療的ケア体制の見直しが求められている。本年度は、「人工呼吸器使用児等が安全に教育を受けるための学校外看護師向けの支援マニュアル」を、他の分担研究者（前田浩利医師）及び研究協力者等で作成した。今後、人工呼吸器管理児童の校内での医療的ケア支援体制を十分に整備できない場合、学校あるいは教育委員会が医療機関に訪問看護の委託契約を交わすことがあり得る。その際、本マニュアルが活用され、スムーズな連携に繋がることを期待する。

A. 研究目的

文部科学省は「医療的ケアのための看護師配置事業」を実施し学校に看護師の配置を進めている。一方で学校看護師の確保が難しいこと等から、学校看護師が不足する学校においては訪問看護師が訪問し、医療的ケアを実践しているところもある。しかし、訪問看護師という学校外の事業者が校内で医療的ケアを実践することは容易ではなく、安全性の確保、既存の制度・事業との整合性等といった課題についても十分に検討されてこなかった。

これらの課題に対し、今後は人工呼吸器管理児童の校内医療的ケア支援体制を十分に整備できない学校において、学校あるいは教育委員会が医療機関に訪問看護の委託契約を交わすことがあり得る。その際、学校外看護師が学校内において対象児童に対して医療的ケアをスムーズに実践できるためのマニュアル「呼吸器使用児等が安全に教育を受けるための学校外看護師による支援学校外看護師による校内支援マニュアル」を作成する。

B. 研究方法

人工呼吸器管理児童への学校外看護師による学校内での医療的ケア支援マニュアルを、他の分担研究者（前田浩利医師）及び研究協力者等で作成した。本研究事業の「振り返りの会」を学校スタッフ（校長、教頭、学校看護師、養護教諭、訪問担任、医療的ケア主任）、当分担研究者、訪問看護師及び学校外看護師の出席のもと2-3月毎に1回の割合で開催し、そこでマニュアル作成の調整を行った。

C. 研究結果

前述の介入研究を実践してきた、他の分担研究者（前田浩利医師）及び研究協力者（病院・クリニック看護師、訪問看護師、学校看護師、学校関係者など）と共に、学校外看護師による校内医療的ケアの実践に必要な知識・手順をマニュアル化した。以下にその目次内容を示す。詳細は本報告書の末尾に添付する。

| | | |
|-----|-------------------------------|---|
| 1. | はじめに | 「 |
| 2. | 医療的ケア児が在籍する学校について | 「 |
| 1) | 就学先の決定 | 「 |
| 2) | 通学生・訪問教育生についての現状 | 「 |
| (1) | 通常学級とは | 「 |
| (2) | 特別支援学級とは | 「 |
| (3) | 特別支援学校とは | 「 |
| 3) | 特別支援学校での職種の役割 (通学生) | 「 |
| (1) | 医療的ケアにおける職種の役割分担例 | 「 |
| (2) | 医療的ケア検討会とは | 「 |
| (3) | 学校外看護師が関わる職種とキーパーソン | 「 |
| 4) | 居宅と学校での看護実践の違い | 「 |
| 3. | 学校外看護師による介入から実践まで | 「 |
| 1) | 介入パターンの違い | 「 |
| (1) | 学校外看護師が主に児童生徒への看護ケアを実践する場合 | 「 |
| (2) | 学校外看護師が学校看護師へ看護ケアを伝授する場合 | 「 |
| (3) | 学校看護師の繁忙時間帯のみ実践する場合 | 「 |
| (4) | ひとりの学校外看護師が、複数の児の医療的ケアを実施する場合 | 「 |
| 2) | 実践までの流れ | 「 |
| (1) | 介入依頼 (学校・教育委員会) | 「 |
| (2) | 介入パターン検討・決定 | 「 |
| (3) | 契約決定 | 「 |
| (4) | 情報収集 | 「 |
| (5) | 実践前カンファレンス | 「 |
| 3) | 実践 | 「 |
| (1) | 前日までの状況確認 | 「 |
| (2) | 学校での付き添い | 「 |
| (3) | 学校看護師への伝達 | 「 |
| (4) | 移動支援 | 「 |
| 4. | 事例紹介 | 「 |
| 1) | 学校外看護師が学校で医療的ケアを行う場合の具体例 | 「 |

特に、学校外看護師が医療的ケア児童生徒が在籍する学校内の看護ケアがどのような体制で管理・実施されているかを前半に記載した。後半では、学校あるいは教育委員会から訪問看護事業所等の医療機関に医療的ケア依頼（委託）があった場合に、看護ケア実践までの留意点、介入方法、実践までの情報収集などについてまとめた。

本マニュアルについては、複数個所の訪問看護ステーションの訪問看護師による意見も集約し、反映することができた。

本研究期間中に、同マニュアルの有用性について事例を通して検証することはできなかったが、汎用性のある内容となっており、今後の利用に繋がることを期待する。

D. 考察

居宅で看護ケアにあたる訪問看護師にとって、通常環境とはことなる学校現場で実践することには、不安や戸惑いが多く、特に緊急時対応やケアの責任所在の不明確さが課題として抽出された。これに対応する

目的で、「呼吸器使用児等が安全に教育を受けるための学校外看護師による支援学校外看護師による校内支援マニュアル」を作成した。その有用性については検証できていないが、今後学校等で利用され、より利用度の高いものに更新されることを期待する。

E. 結語

医療的ケア児が増える中、人工呼吸器等の管理を必要とする重症児の安全な学校生活支援体制整備が求められるようになってきた。医療的ケア児童生徒を抱える特別支援学校の多くは、学校看護師を置き、医療的ケアを保障している。しかし、学校看護師の不足および技術的課題から、高度な医療的ケア児童生徒の学校生活の受入れには、保護者の付添等の負担が求められているのも事実である。こうした保護者の負担軽減と児童生徒の安全な学校生活の保障には、学校内での医療的ケア体制の充実が必須である。そこで、本研究で、居宅での看護ケアしか実践していない訪問看護師にとって、学校での看護ケアを不安なく、スムーズに実践できるためのマニュアルを作成した。本研究を通して得られた課題を克服しながら、経済的裏付けのもと学校への訪問看護師の導入が早期に実現することが期待される。

D. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

研究会・学会発表

1) 岩本彰太郎. 「多様性のある社会における小児在宅医療のあり方【医療的視点からの考察】大学病院の視点から」. 第 66 回日本小児保健協会学術集会. 東京. 2019.6.22

2) 岩本彰太郎. 「医療的ケアを必要とする子どもと家族とともに“歩む”こと～大学病院の取り組みを通して～」. 第 30 回日本小児外科 QOL 研究会. 伊勢. 2019.11.9

雑誌発表

1) 岩本彰太郎. 大学病院における小児トータルケアセンターの取り組み, 在宅新療 0-100

4(4):333-338,2019.

2) 岩本彰太郎. 在宅で過ごす医療的ケア児と家族のために“地域でできること”, 難病と在宅ケア

24 (11) : 5-9,2020

3) 岩本彰太郎. 大学病院での小児在宅支援システム構築の試み,小児歯科臨床 25(2):34-42,2020

4) 岩本彰太郎. 教育機関での看護師による高度医療的ケア児と保護者-訪問看護師の活用, 周産期医学 50(5) : 未定,2020

F. 知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし

人工呼吸器使用児等が安全に教育を 受けるための支援マニュアル

— 学校外看護師にむけて —

1. はじめに

医療の進歩により、昨今、人工呼吸器等の高度な医療的ケアを必要とするこどもの在宅移行がすすめられている。しかしながら、現状において人工呼吸器管理が必要な医療的ケア児の受入れ体制が地域の教育機関では整っておらず、保護者が、登下校および学校内での付き添い等を求められているケースが少なくない。場合によっては、こども自身の健康状態が安定していても、保護者の体調や家族の都合により、通学できない日もしばしば起こり得る。事実、人工呼吸器管理が必要な児童生徒の約 3 分の 2 は、特別支援学校に在籍し、週 1～2 回、1 回 1～2 時間程度の訪問教育を受けるに留まっている。

文部科学省は、こうした医療的ケア児一人一人の教育的ニーズに応じるために、対象児童を取り巻く環境の変化や多様な状態像を踏まえ、医療的ケアの基本的な考え方を再度検討することが肝要と考え、学校における医療的ケアの実施に関する検討会議を重ね、「最終まとめ」を報告した（平成 31 年 2 月 28 日）。その中で、教育委員会の管理体制の在り方が見直され、看護師等の配置は医療機関等に委託が可能と明記された。しかし、これまで訪問看護師などの学校外看護師が教育現場で医療的ケアを実施する意義や実践の在り方について、多角的な検討が行われてこなかった。

そこで、今回、人工呼吸器管理を必要とする児童生徒を対象に、学校外看護師（主に訪問看護師）による学校での支援の試験的実践と、その効果及び課題について取り組む本研究（厚生労働科学研究補助金政策科学総合研究事業「学校の療養生活の場における医療的ケア児への質の高い医療的ケアの提供に資する研究：研究代表者田村正徳」）の成果の一環として、本マニュアルをまとめるに至った。

本マニュアルが、高度な医療的ケア児童に対する学校教育支援の一助になれば幸いである。

2. 医療的ケア児が在籍する学校について

1) 就学先の決定

現在、学校に在籍する喀痰吸引や経管栄養等の医療的ケアが日常的に必要な児童・生徒等（以下「医療的ケア児」という。）は年々増加している。それと共に、人工呼吸器の管理等の**特定行為**以外の医療的ケアを必要とする児童・生徒等が学校に通うようになるなど、医療的ケア児を取り巻く環境が変わりつつある。

文部科学省において、「就学相談・就学先決定の在り方について」の方向性が「就学基準に該当する障害のある子どもは特別支援学校に原則就学するという**従来の就学先決定の仕組みを改め、**障害の状態、本人の教育的ニーズ、本人・保護者の意見、教育学、医学、心理学等専門的見地からの意見、学校や地域の状況等を踏まえた総合的な観点から就学先を決定する仕組みとすることが適当である。」（抜粋）と明示されている。

障害のある子どもの能力を十分発達・発揮させていく上で、受入先の小・中学校等には、必要な教育環境の整備が求められることになる。このためには、あらかじめ人的配置や物的整備を計画的に行うよう努めるとともに、均衡を失した又は過度の負担を課さないことを踏まえ、「合理的配慮」の提供を行うこと

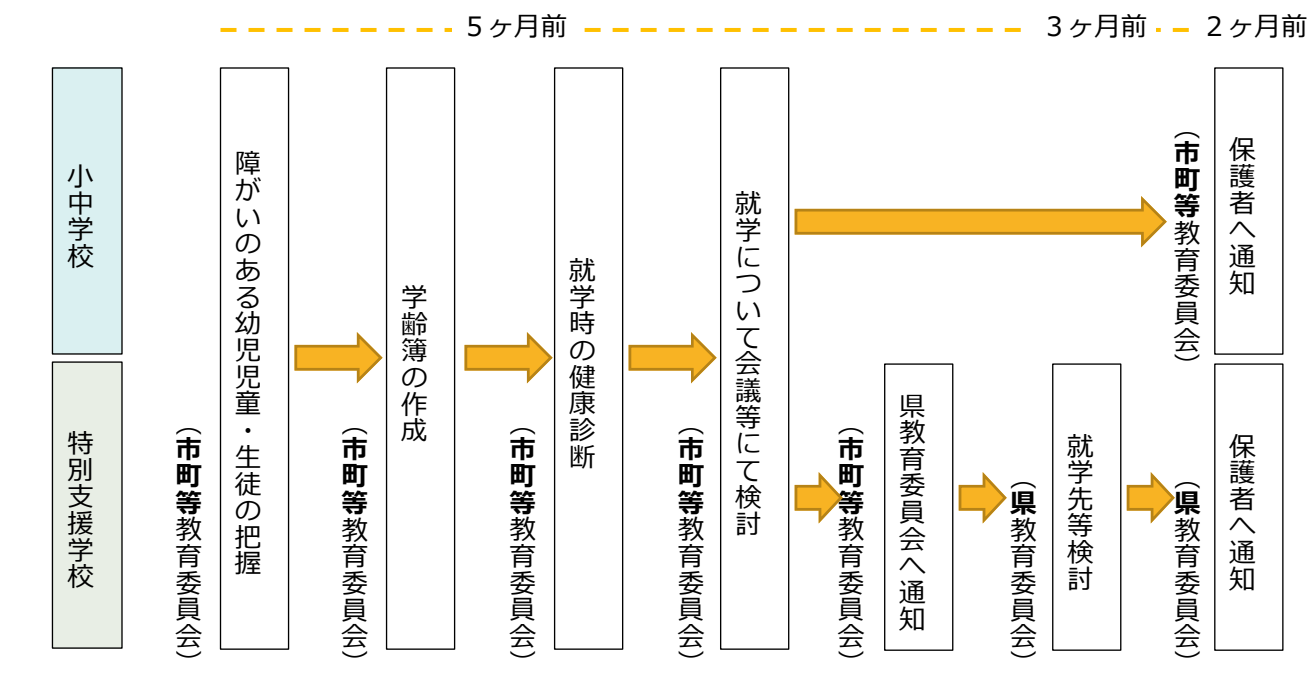
が必要である。障害の状態、教育的ニーズ、学校、地域の実情等に応じて、本人・保護者に、受けられる教育や支援等についてあらかじめ説明し、十分な理解を得るようにすることが必要であるとされている。

2019年2月文部科学省「学校における医療的ケアの今後の対応について」の検討の最終まとめ（以下、「新制度」という。）では、「医療的ケア児の教育の場」について、『将来の自立や社会参加のために必要な力を培うという視点に立って、医療的ケアの種類や頻度のみに着目して画一的な対応を行うのではなく、一人一人の教育的ニーズに応じた指導を行う』とされている。その中で「就学先決定の仕組み」についても『年齢及び能力に応じ、かつ、その特性を踏まえた十分な教育が受けられるようにするとともに、本人、保護者に対し十分な情報提供を行い、可能な限りその意向を尊重することが求められていることに留意する。』と述べられている。なお、就学先の決定のしくみにおいては、市町村教育委員会が本人・保護者に対し、インクルーシブ教育システム¹の観点も踏まえて、学びの場を選択できるようになったと言える。

また就学時に決定した「学びの場」は固定したものではなく、それぞれの児童・生徒の発達の程度、適応の状況等を勘案しながら柔軟に転学ができることを、すべての関係者の共通理解とすることが重要とされ、成長に合った学びの場を検討できるようになった。

すなわち医療的ケア児は、特別支援学校に限らず、どの学校にも在籍する可能性があり、医療的ケア児が在籍する学校に配置要請の可能性はある。「病院」とは違う、「医療」の文化ではない「学校」という「教育」の文化の中で看護を展開することとなる。

就学に関する手続きの流れ（就学相談）



¹ インクルーシブ教育システムとは、人間の多様性の尊重等を強化し、障害者が精神的および身体的な能力等を可能な最大限まで発達させ、自由な社会に効果的に参加することを可能にするという目的の下、障害のある者と障害のない者が共に学ぶ仕組み。

2) 通学生・訪問教育生についての現状

(1) 通常の学級とは

小学校・中学校等で通常の授業を行う学級のことをいう。特別支援学級と対比する際、便宜的に呼称されることが多い。また、市区町村立 小学校・中学校は、居住地域に設置している公立学校のことをいう。

また、通常学級に在籍しながら、その児童生徒の障がい特性に合った個別の指導を受けるための通級による指導²という学びの場がある。

| | |
|--------------|-------------------------------|
| 市区町村立 | 小学校 (内 特別支援学級+通級による指導) |
| | 中学校 (内 特別支援学級+通級による指導) |
| 都道府県立 | 高等学校 (内 通級による指導) |
| 国立・私立 | 小学校 中学校 高等学校 |

(2) 特別支援学級とは

学校教育法（昭和 22 年法律第 26 号）の第 81 条の規定に基づき、小学校、中学校、義務教育学校³、および中等教育学校に、教育上特別な支援を必要とする児童及び生徒のために置くことができる学級である。

特別支援学級に在籍しながら、ホームルームや給食の時間などに通常学級に移動して活動したり、学習したりする交流及び共同学習が行われている。

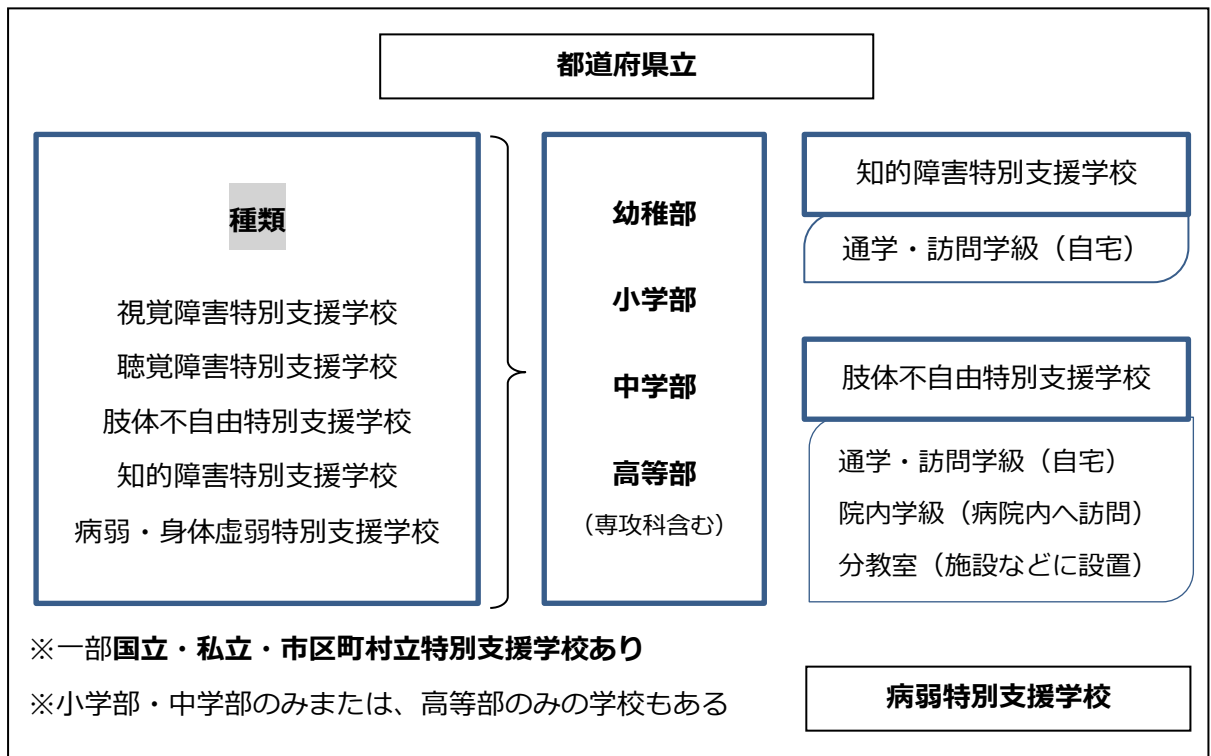
² 「通級による指導（通級指導）」とは、通常学級に在籍しつつ、障害に応じて週に何回かその児童生徒に適した特別な指導をすること。通級指導を行う学校の数は地域によりさまざま。学区を超えて、通級を設けている学校にその時間だけ通うことも可能。言語障害者・自閉症者・情緒障害者・弱視者・難聴者・学習障害者・注意欠陥多動性障害者・その他障害のあるもので、この条の規定により特別の教育課程による教育を行うことが適当なものに対して指導が行われる。

³ 義務教育学校（ぎむきょういくがっこう）とは、小学校課程から中学校課程まで義務教育を一貫して行う日本の学校（一条校）である。学校教育法の改正により 2016 年に新設された学校教育制度（第 5 章の 2）。小中一貫校の一種である。

(3) 特別支援学校とは

学校教育法第 72 条で規定されており、**視覚障害者、聴覚障害者、知的障害者、肢体不自由者または病弱者（身体虚弱者を含む）** に対し、幼稚園、小学校、中学校又は高等学校に準ずる（同じ教育課程）教育を施すとともに、障害による学習上又は生活上の困難を克服し自立を図るために必要な知識技能を授けることを目的とする。なお、平成 18 年の学校教育法等の一部改正に伴い、特別支援学校制度の創設により、盲学校、聾学校、養護学校を特別支援学校とされた。また、幼稚園、小学校、中学校、高等学校又は中等教育学校の要請に応じて、教育上特別の支援を必要とする児童、生徒又は幼児の教育に関し、必要な助言又は援助を行うよう努めるものとされた。いわゆるセンター的機能と言われている。都道府県に設置義務、小学部及び中学部については保護者に就学義務が課せられている。障害の重度・重複化に対応するとともに、地域における特別支援教育の中心としての機能も有する。（センター機能）

2018 年の文部科学省の調査によると、特別支援学校の数は全国で 1,135 校、在籍している幼児・児童・生徒の数は 141,944 人（幼児・児童・生徒全体に対する割合は 0.9%）で、その数は増加傾向にある。



通学生とは

特別支援学校に毎日通学する児童・生徒のことをいう。

いくつかの市区町村の学区域から通学するので遠方となることが多く、通学のためのスクールバスが運行されている。しかし、安全確保の観点から医療的ケア児はスクールバスに乗車できないことが殆どである。

また、児に医療的ケアがある場合、学校看護師が医療的ケアを習得し、学校での体制が整うまで、家族の付き添いが必要となる。その期間は、子どもの重症度や医療的ケアの状況によって異なるが、3～4か月が多く、付き添いがなければ通学できないため、家族が体調を崩したり都合がつかなくなったりした場合は欠席せざるを得ない。また、家族（特に母親）の就労が難しい。

そのような状況に対し、東京都では「医ケアバス」と称し2名程度乗車できる車両を徐々に確保し、2018年度から運行を開始しているが、同乗する看護師不足により家族の同乗が必要となるなど課題は多い。また、「医ケアバス」には、人工呼吸器が必要な児童については現時点では、乗車できない。その他、地域でも通学に関する問題が解決されていくことを期待する。

訪問教育生とは

訪問教育とは、「障害のため、特別支援学校等に通学して教育を受けることが困難な児童・生徒に対し、教員が児童・生徒の居住している家庭・施設・医療機関等を訪問し、行う教育」形態である。

学校における医療的ケアの歴史から「医療的ケア児は訪問学級を原則とする」という時期があったが、学校における医療的ケアの体制整備とともに、就学相談の在り方が変わり、インクルーシブ教育システムにおいて現在、通学を希望する医療的ケア児は増加している。しかし、人工呼吸器を使用している児や重い障害を抱える児は訪問教育を選択することもでき、その場合、教員が自宅を訪れ授業を行う。

訪問教育における訪問指導としては、「家庭訪問指導」と「施設等訪問指導」の大きく二つに分けられる。「家庭訪問指導」とは、さまざまな子どもの重症度や障害等の理由で通学が困難な児童・生徒の家庭へ訪問し指導を行うことである。「施設等訪問指導」は、重症心身障害児施設をはじめ、さまざまな施設に訪問し、そこに入所している児童・生徒に対して指導を行う「施設訪問指導」と、小児がんをはじめ、さまざまな病気が原因で入院している児童・生徒のいる病院を訪問して児童・生徒に対して指導を行う「病院訪問指導」がある。ここでは「家庭訪問指導」を受ける生徒を「訪問教育生」と称して説明する。

訪問教育生は、1週間に1～3回程度、特別支援学校の担任が自宅に訪問して授業を行う。1回の授業は2時間程度であることが多い。

訪問教育生が学校に登校することを「**スクーリング**」という。児の状態などにより回数は様々で、年数回から月1～2回程度である。スクーリング時の登下校は、子どもの重症度や医療的ケアの状況によって、スクールバスの利用が困難な場合が多く、現状では子どもと一緒に、家族または医師の指示を受けた看護師が同乗し、自家用車や福祉タクシーなどを利用する。

学校生活での医療的ケアは、通学生の場合、「学校看護師」が児童・生徒一人一人に医師の指示書を受けて行うが、訪問教育生に関しては「学校看護師」へ医師の指示書が出せない為、「学校看護師」が行うことはできず、家族等が行う。また、第3号研修を受けた担任教員による医療的ケアについても、訪問教育生に対する研修をうけておらず、医師によるケア実施の許可が出ていない為、行うことはできない。

医療的ケアとは

特別支援学校における医療的ケアの基本的な考え方

特別支援学校におけるこれまでの医療的ケアは、看護師及び准看護師（以下「看護師等」という。）を中心としながら教員が看護師等と連携協力することによって行われてきた。医療的ケアを実施する場合には、看護師等が常駐し、教員は看護師等の具体的指導の下に行ってきた。また、特別支援学校を所管する教育委員会が域内の学校を総括的に管理する体制を構築するとともに、医師、看護師その他の医療関係者（以下「医師等」という。）とのバックアップ体制の整備も図ってきた。こうした対応により医療安全が確保されるとともに教育面の成果が確認され、保護者の心理的・身体的負担も軽減されてきている。

特別支援学校に在籍する児童・生徒等の医療的ケアは、そもそも医師や看護師等でなければ対応できない行為が多い。特別支援学校で医療的ケアを必要とする児童・生徒等は、障害が重度でかつ重複しており医療的ケアの実施や健康状態の管理に特別な配慮を要する者も多い。そのため教員がたんの吸引や経管栄養を実施するに当たっても、看護師等がいつでも対応できる環境を必要としてきた。また、最近の傾向として、児童・生徒等に対する医療的ケアの内容が、より熟練を要し複雑化している状況にある。

こうしたことから、特別支援学校において医療的ケアを安全に実施するためには、児童・生徒等の状態によって一定数の看護師等の配置が適切に行われることが重要である。

また、新制度においては、経管栄養を行う際のチューブ確認等は引き続き看護師等が行うものとされ、教員やそれ以外の者（以下「教員等」という。）が特定行為を行うに当たっては看護師等との定期的な連携も求められていることから、新制度においても看護師等の関与が求められる。

以上のような特別支援学校における医療的ケア実施の経緯、対象とする児童・生徒等の実態、新制度において必要とされる看護師等との連携協力を踏まえれば、特別支援学校において医療的ケアを実施する際には、次のような体制が必要であると考えられる。

- ① 特別支援学校で医療的ケアを行う場合には、医療的ケアを必要とする児童・生徒等の状態に応じ看護師等の適切な配置を行うとともに、看護師等を中心に教員等が連携協力して特定行為に当たること。なお、児童・生徒等の状態に応じ、必ずしも看護師等が直接特定行為を行う必要がない場合であっても、看護師等による定期的な巡回や医師等といつでも相談できる体制を整備するなど医療安全を確保するための十分な措置を講じること。

- ② 特別支援学校において認定特定行為業務従事者⁴となる者は、医療安全を確実に確保するために、対象となる児童・生徒等の障害の状態や行動の特性を把握し、信頼関係が築かれている必要があることから、特定の児童・生徒等との関係性が十分ある教員が望ましいこと。また、教員以外の者について、例えば介助員等の介護職員についても、上記のような特定の児童・生徒等との関係性が十分認められる場合には、これらの者が担当することも考えられること。
- ③ 教育委員会の総括的な管理体制の下に、特別支援学校において学校長を中心に組織的な体制を整備すること。また、医師・保護者等との連携協力の下に体制整備を図ること。

特別支援学校において教員等が特定行為を行う場合には、特別支援学校の児童・生徒等の特性と、特定行為が教育活動下において行われるものであることを考慮して留意点を把握して実施することが必要である。

特別支援学校以外の学校における医療的ケア

これまで小中学校等において医療的ケアを行う場合には、看護師等を配置することを中心として対応してきた。平成 24 年の改正により、特定行為については小中学校等においても一定の研修を受けた介護職員等が制度上実施することが可能となるが、介護職員等は職種を特定したものではないことから、小中学校等の教員等も一定の研修を受ければ特定行為の実施が可能となる。

他方で、小中学校等は特別支援学校に比べて、教員 1 人が担当する学級規模が大きいことや施設設備等の面でも差があるほか、小中学校等の教員は医療的ケアを必要とする児童・生徒等以外の者についても日常の安全を確保することが求められている。また、学級に医療的ケアを必要とする児童・生徒等が在籍しても、疾病や身体に係る特性に関する教員の知識等が十分とはいえない面や、医療技術の進歩に伴い必要とされる医療的ケアが必ずしも軽微なものに限らない状態の場合がある。さらに、近年、社会の価値観の多様化や地域や家庭の教育力の低下、学習指導要領の改訂等への対応など、学校の業務が一層増加する中で、小中学校等の教員が児童・生徒等と向き合う時間を確保し、本来の教育活動を十分行えるような環境整備を確保することが重要な課題として指摘されている。

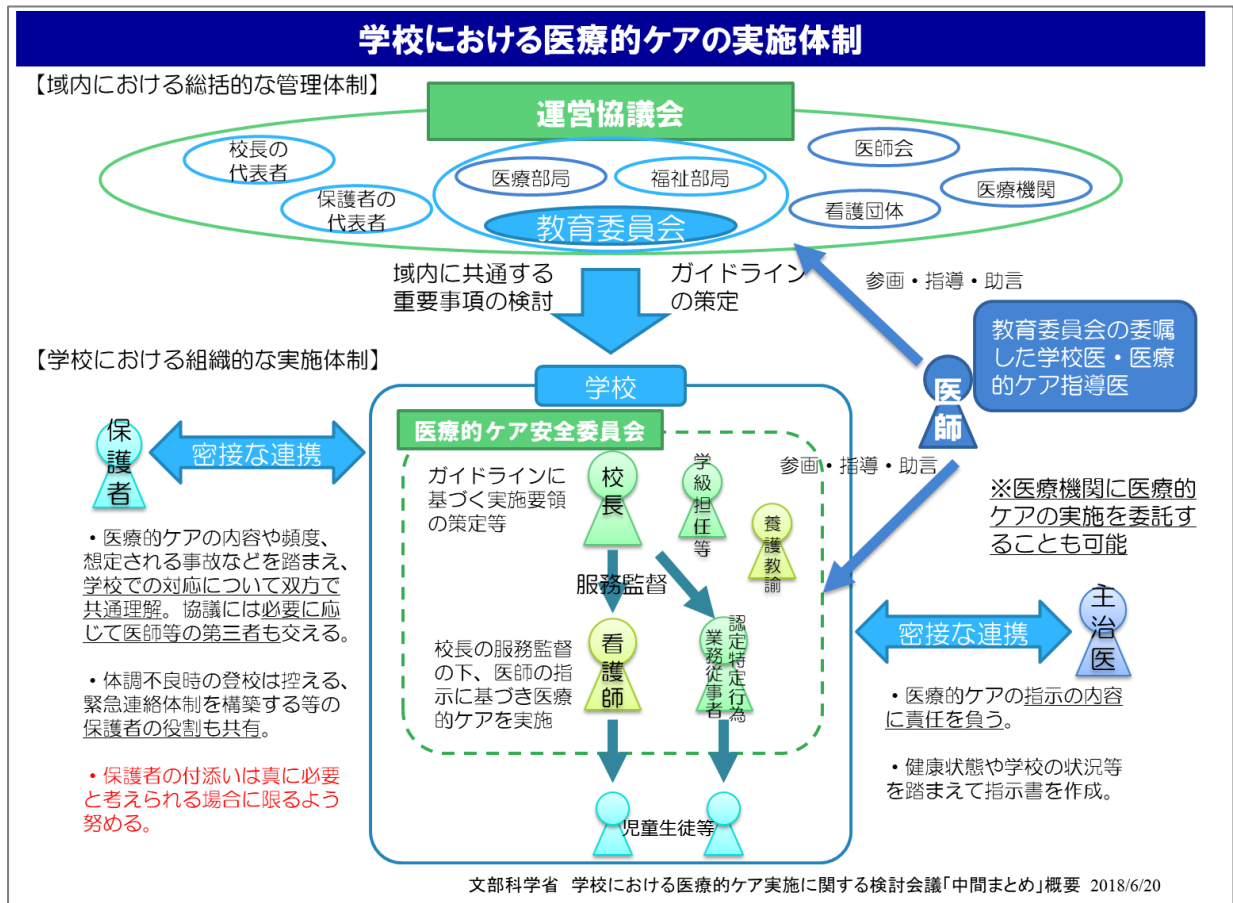
以上のことから、小中学校等において医療的ケアを実施する場合には、次のような体制整備が必要である。

- ① 小中学校等においては、学校と保護者との連携協力を前提に、原則として看護師等を配置又は活用しながら、主として看護師等が医療的ケアに当たり、教員等がバックアップする体制が望ましいこと。

⁴ 一定の研修（喀痰吸引等研修）を受け、たんの吸引等に関する知識や技能を修得し、都道府県から「認定特定行為業務従事者認定証」の交付を受けるとともに、当該職員が所属している事業者が「登録特定行為事業者」として登録を行った者。

- ② 児童・生徒等が必要とする特定行為が軽微なものでかつ実施の頻度も少ない場合には、介助員等の介護職員について、主治医等の意見を踏まえつつ、特定の児童・生徒等との関係性が十分認められた上で、その者が特定行為を実施し看護師等が巡回する体制が考えられること。
- ③ 教育委員会の総括的な管理体制の下に、各学校において学校長を中心に組織的な体制を整備すること。また、医師等、保護者等との連携協力の下に体制整備を図ること。

3) 特別支援学校での職種の役割 (通学生)



3. 教育委員会における管理体制の在り方

(3) 学校に看護師等を配置する際の留意事項

- ① 域内や学校において指導的な立場となる看護師を指名し、相談対応や実地研修の指導をさせたり、各学校に看護師等を配置する代わりに、複数の看護師等を教育委員会に所属させ、複数校に派遣するなど、看護師等が相互に情報共有や相談を行うことができるようにしたりすることも有効であること。
- ② 教育委員会が看護師等を自ら雇用するだけでなく、医療機関等に委託する場合もある。その際に、派遣された看護師等が、医療機関等の医師の監督の下、医療的ケアを実施することにより、医療的ケアに係る指示と服務監督が一本化され、指示系統が明確化できることが考えられる。この場合、医療機関等から派遣される看護師等は校長等の服務監督は受けないので、あらかじめ業務内容や手続等を十分に検討し、委託契約書等に明確に定めておくとともに、各学校の校長や、関係する教諭・養護教諭等との間で、医療的ケアの目的や、その教育的な意義を十分に共有し、連携を図ること。

文部科学省 平成 31 年 3 月 20 日
「学校における医療的ケアの今後の対応について (通知)」別添より

(1) 医療的ケアにおける職種の役割分担例

学校における教職員の配置(役職)や呼び方は都道府県により様々である。以下は主に特別支援学校での役割をあげる。

役割分担の一例

| | | |
|--------|---|--|
| 学 校 | 校長・ 副校長または教頭 | <ul style="list-style-type: none"> ○医療的ケア安全委員会の設置・運営 ○医療的ケアの実施に関する指示 ○校内の役割分担の明確化（緊急時対応を含む） ○学校看護師等の勤務管理、サービス監督 ○主治医・指導医との連携、学校医との情報共有 ○学校看護師、医療的ケア児の保護者との連携・調整 ○教職員の理解促進の取組 ○他の児童・生徒、保護者の理解促進の取組 ○緊急時の対応 |
| | 教職員 (担任等) | <ul style="list-style-type: none"> ○学校看護師や保護者との連携・情報共有 ○医療的ケアに関する他の児童・生徒、保護者の理解促進の取組 ○緊急時の対応（校内の役割分担に応じて） |
| | 養護教諭 | <ul style="list-style-type: none"> ○学校看護師との連携・情報共有 (医療的ケア児の健康状態の把握など) ○保護者、他の教職員、学校医との連携・情報共有 ○緊急時の対応（校内の役割分担に応じて） |
| | 学校看護師 | <ul style="list-style-type: none"> ○医療的ケアの実施、記録・管理・報告 ○医療的ケア児の健康管理 ○主治医、指導医との連携 ○医療的ケアに関する校内での指導・助言 ○医療的ケアに関する保護者との調整 ○校長等教職員との連携・情報共有 ○医療器具等の管理 ○緊急時の対応 |
| 主治医 | <ul style="list-style-type: none"> ○医療的ケアに関する書面による指示、指導・助言 ○学校への情報提供 ○指導医との連携 ○保護者への説明 | |
| 指導医 | <ul style="list-style-type: none"> ○医療的ケアの実施にあたっての指示・指導・助言 ○緊急時の指導・助言 ○主治医との連携 ○医療的ケアに関する学校看護師等への指導・研修 | |
| 学校医 | <ul style="list-style-type: none"> ○医療的ケアに関する学校との情報共有 | |
| 保護者 | <ul style="list-style-type: none"> ○学校との連携・協力、情報共有 ○児童・生徒の健康管理、状態の把握 ○医療器具や備蓄食料等の準備 | |

- ・医療機関等から派遣される看護師（主に訪問看護師）との連携は全ての職種が担う。尚、全ての職種が、後述する学校外看護師との連携を図る。

校長・副校長または教頭

校長は、その責任と権限に基づき校内での医療的ケアを安全かつ適切に実施する。（医療的ケア安全委員会を校務分掌位置づけ・実施要項定め・マニュアルが適正に作成されている、職員連携が適切など管理・保護者への学校医療的ケアの意義説明理解求め・他校人員応援）

副校長は、職階的にいうと『校長』と『教頭』の間にあたる。校長は『校務を司る』役目で、副校長は『校長を助け、命を受けて校務をつかさどる』役目。**教頭**は『校長・副校長を助け、校務を整理する』となっている。副校長と教頭との大きな違いは、副校長が校長の命を受けて“副校長自身の権限で決済などできる”のに対し、教頭は“整理する”役目とされている。副校長または教頭は、**学校での医療的ケア実施にあたり、実務的な調整などの中心。**

主幹教諭・教諭・介護職員・特別支援教育支援員

主幹教諭は、校長・副校長及び教頭を助ける役割がある。教務主任は、校務の一部を整理し、並びに児童の教育をつかさどる。また、校長の監督を受け、教育計画を立てる。医療的ケア児健康観察・健康状態把握・環境整備・医療的ケアの安全支援を行う。

教諭は、児童生徒の教育をつかさどる。

医療的ケア実施にあたり、他教員・学校看護師と協力し、個々の児童・生徒に対して医療的ケアを踏まえた教育にあたっている。

介護職員が特別支援学校に配置されていることがある。教員と一緒に教育現場において移動や、体位交換、食事介助や排せつ介助などを実施している。

特別支援教育支援員は、公立幼稚園、小・中学校、高等学校において、校長、教頭、特別支援教育コーディネーター、担任教師等と連携のうえ、日常生活上の介助（食事、排泄、教室の移動補助等）、障害のある幼児・児童・生徒に対する学習支援、幼児・児童・生徒の健康・安全確保、周囲の幼児・児童・生徒の障害理解促進等を行う。

学校看護師（常勤・主任非常勤・非常勤）

常勤看護師：医師の指示に基づき医療的ケアの実施・全体把握・職員指導・保護者、主治医との連絡・手順書作成・指導医研修、実地研修、個別研修、臨床研修計画・ケア書類・備品管理を行う。

主任非常勤看護師：常勤看護師の助言の下医療的ケア実施・非常勤看護師、教員、介護職員指導・業務調整

非常勤看護師：常勤、主任非常勤看護師の助言の下医療的ケア実施・教員等指導を行う。

※常勤看護師がいない学校に関しては、医師の指示の下教員等指導・手順書作成・書類、備品管理を実施する。

特別支援コーディネーター

特別支援教育コーディネーターは、発達障害者等の特別な支援をするための医療機関を含む関係機関との連携、その者の関係者(家族など)への相談窓口等の役割を担う教員である。

特別支援教育コーディネーターは、校内や福祉、医療等の関係機関との間の連絡調整役として、あるいは、保護者に対する学校の窓口として、校内の関係者や関係機関との連携協力の強化を図るためのものである。

医療的ケア児について、学校、外部支援機関との連携や会議の開催などを実施する役割もある。

養護教諭

養護教諭は、学校保健推進の中心のため医療的ケアの実施者とはならないことが基本だが、必要時には実施者となる。看護師との連携・健康管理・緊急時対応に備えた環境整備・医療療育との連携調整を行う。

セラピスト（実習助手・外部専門員）

セラピストは、実習助手として勤務する、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などである。

実習助手とは、実験または実習について、教員の職務を助ける（学校教育法第 60 条第 4 項）ことを職務とする学校職員のことである。実習助手は、高等教育を行う学校（大学など）における助手や助教とは性質が異なる。実習助手については、学校教育法の「第 4 章 高等学校」および「第 4 章の 2 中等教育学校」に「実習助手」という学校職員の記述がある。これは、後期中等教育を行う高等学校や中等教育学校において、特に実習助手の配置に対する需要があると考えられて規定されているものであり、小学校や中学校などに実習助手を置くことも可能である。

栄養教諭

栄養教諭は、児童・生徒の栄養の指導及び管理をつかさどる教員である(学校教育法 37 条第 13 項)。児童・生徒の発育において、栄養状態の管理や、栄養教育の推進をめざして平成 17 年度（2005 年度）に新たに設けられた職である。職務は、食をコントロールしていく「食の自己管理能力」や「望ましい食習慣」を子どもたちに身につけさせる食に関する指導（学校における食育）と、学校給食の管理である。

特別支援学校等バス運転手・添乗員

運転手は委託業務として契約条件内でのスクールバスの運行する場合と学校で雇用され運行する場合がある。添乗員とともに、乗車児童の安全を図るが、一般に医療的ケアは実施できない。

主治医

学校での医療的ケアに対して、学校へ指示書を出し、学校との連携（主治医訪問・相談）を行う。

学校医

学校全体の児の健康診断を行う。また、学校医療的ケアの許可・研修を行う。

医療的ケア指導医

主治医とは別に、学校教育内での医療的ケアの実施にあたっての指導、助言をする医師である。

学校や教育委員会から委託され、学校訪問を行い、学校看護師への指導、助言、実地研修や医療的ケアへの参加を行う。

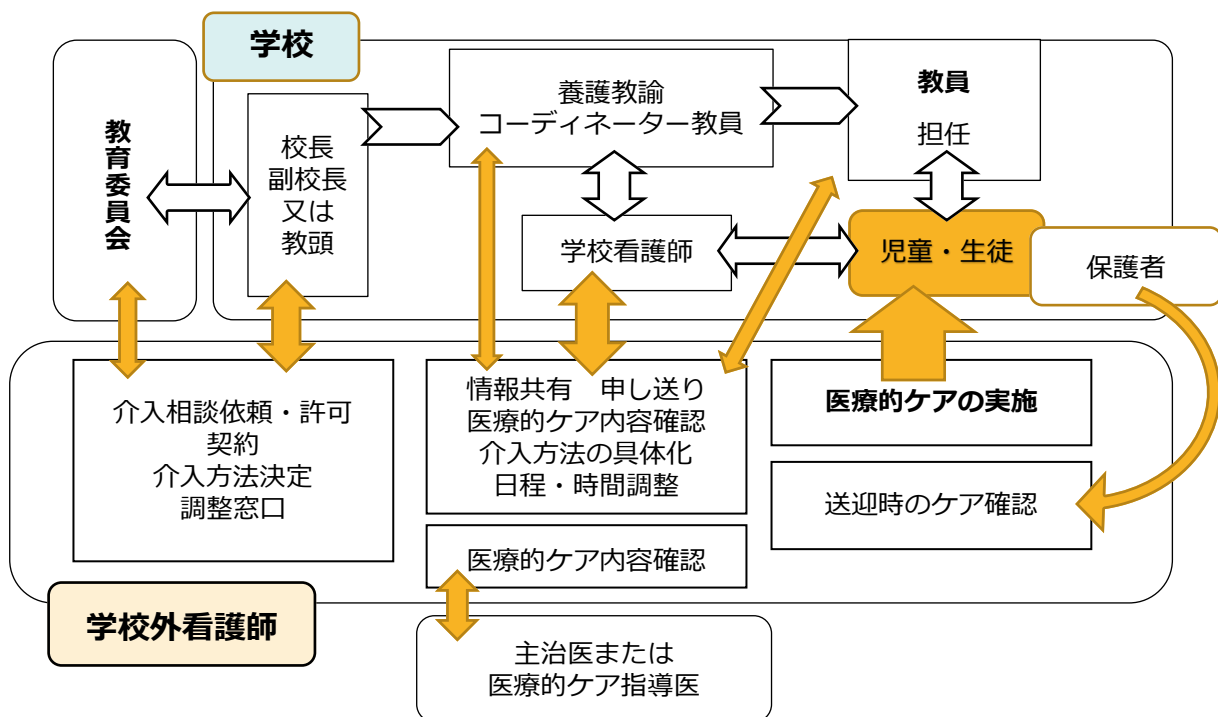
(2) 医療的ケア検討会とは

学校は、医療的ケア安全委員会において、主治医の指示を踏まえ実施する医療的ケアについての確認を行う。医療的ケア児の配慮事項や教員等の役割分担、緊急時の対応など学校としての対応内容を決定する。また、都道府県には「医療的ケア安全協議会」(名称は地域によって様々)が設置され、都道府県の医療的ケアの実施基準、範囲などを決定する機関がある。(都道府県教育委員会・医師・学校看護師・有識者などで構成)

(3) 学校外看護師とは

学校外看護師とは、学校内で勤務する看護師以外の、訪問看護ステーション等の訪問看護師や県あるいは市の教育委員会・行政が委託する看護師、もしくは県あるいは市の教育委員会・行政に所属する看護師等が学校に派遣され、学校にて医療的ケアを行う看護師のことをいう。

(4) 学校外看護師が関わる職種とキーパーソン



4) 居宅と学校での看護実践の違い

居宅等で実施している訪問看護は、医師の指示のもと、病気や障害があったり、医療的なケアが必要な方でも、住み慣れた地域で生活できるように支援する看護である。また、居宅に訪問して実施する看護は、利用者や患者の環境や生活のペースに合わせてサービスを提供している。

一方、学校看護師の実践は「学校」という教育の場であり「集団」であることから、学校のルールのもとで「医療的ケアを実施する人」となっていることが多い。医療的ケアを必要とする児童生徒にとって、学校看護師による医療的ケアの実施は、教育の保証に繋がる重要な意味を持つ。しかし、時に学校独自のルールにより、看護師でも学校で実施できない医療的ケアも多い。

現状、多くの地域で人工呼吸器装着児童は、学校に看護師がいても家族の付き添いが無ければ登校できない事態が起きている。その為、訪問看護師等の学校外看護師が介入することで学校看護師が実践できない医療的ケアを保障することが望まれる。

今回、居宅等にて家族や訪問看護が実施している医療的ケアについて、学校外看護師が介入することで、家族の付き添いに代わる方法を模索した。その中で、その弊害になるものも見えてきた。

- ① 学校で学校外看護師が実践した場合の事故などに対する責任の所在の曖昧さがある。
- ② 教育現場での看護師のあり方、技術や知識についての研修が少ない。また、学校現場の変化に対する抵抗感がある。
- ③ 学校外看護師は、それぞれの役割や立ち位置などの違いを理解し、学校と看護師の連携が取れるような関係性の構築と仕組みづくりが必要である。

学校外看護師と学校看護師は、立場や看護実践の違いがあることを共通理解し、介入に際しては十分なコミュニケーションによる信頼関係を築き、児童や生徒が教育を受けられるための連携が必要である。

3. 学校外看護師による介入から実践まで

学校において、人工呼吸器管理などの高度な医療的ケアを必要とする児童・生徒が安全・安心な環境下で教育を受けるためには、現状の学校管理体制下では対応が困難な場合もあり、保護者の付き添いなど、様々な課題が生じている。こうした課題を受け、文部科学省は、学校における医療的ケアの実施に関する検討会議を重ね、「最終まとめ」（平成31年2月28日）を報告した。その中の“教育委員会における管理体制の在り方”において、看護師等の配置は医療機関等に委託が可能であると明記した。つまり、学校あるいは教育委員会が、訪問看護サービスを提供する医療機関と訪問看護師派遣に関して委託契約をすれば、訪問看護師が学校内で医療的ケアを実施することは可能であり、既に委託契約を実施している学校等も散見される。

訪問看護師が学校で医療的ケアに関わるにあたり留意すべきポイントは、居宅における訪問看護と異なり、その業務内容や手続きについて、介入前に十分に検討する必要がある。すなわち、学校という環境下で、校長、担任、認定特定行為業務従事者、養護教諭、学校看護師などの様々な学校関係者と連携して、お互いの役割を理解し合いながら、対象児童・生徒の医療的ケアを行うことが求められる。具体的には、子どもの状態をよく知る家族や学校関係者から子どもの身体的状態や特徴、家族による医療的ケア内容及び主治医からの学校への医療的ケア指示書などから詳細な情報を収集した上で、綿密な事前打ち合わせを行うことが重要である。また、登下校の移動や集団生活により体調変化をきたしやすい子どもの場合は、前もって子どもの状態を整える工夫も大切である。

1) 介入パターンの違い

児童・生徒の在籍状況（通学生あるいは訪問教育生）、学校看護師との医療的ケア内容の分担などにより、学校外看護師（主に訪問看護師）の役割は様々となり、介入パターンは変化する。下記に介入パターンの一例を示す。

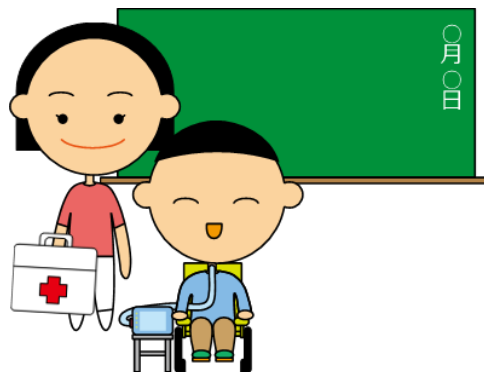
訪問看護師が学校に訪問し医療的ケアを行う場合、都道府県及び市町村区等からの訪問看護料を補助金等で支給されている場合が多い。ここで注意すべきことは、前述したように、対象児童の在籍状況により、周囲の関わりに違いがあることを理解しておく必要がある。つまり、通学生は、学校看護師の介入もあり、担当教員や認定特定行為業務従事者なども児童・生徒の特徴を掴み、移乗や栄養等の医療的ケアを実施している。一方訪問教育生は、スクーリングで学校に通う際、学校看護師や認定特定行為業務従事者は基本的に通学生以外には医療的ケアを実施できず、また担当教員も移乗などのケアに慣れていないこともあり、ほぼ全てのケアを学校外看護師が担うことになる。そのため、訪問教育生を対象とする場合は、より綿密な事前打ち合わせが必要であり、最初は保護者と同行を重ねながら進めていくとよい。

尚、以下の（1）、（3）、（4）のパターンで介入する学校外看護師は、日頃より児童を看ている訪問看護師である場合と、学校からの依頼を受け、新たに介入する訪問看護師またはその他の医療機関・行政機関等に所属する看護師である場合とが想定される。

(1) 学校外看護師が主に児童・生徒への看護ケアを実践する場合

(対象；通学生、訪問教育生)

本パターンでは、基本的に学校看護師が本対象児童・生徒のケアには関与しない場合を想定している。学校外看護師は、児童・生徒が学校に到着後から下校までの時間帯すべてにおいて、学校生活における医療的ケアを担う。従って一日のほとんどを学校で活動することになる。普段から看ている訪問看護師が担当する場合には、人工呼吸器管理児であるためスクールバスへの乗車が出来ず、自宅と学校間の登下校の移動支援も委託契約の一つに反映されることもある。

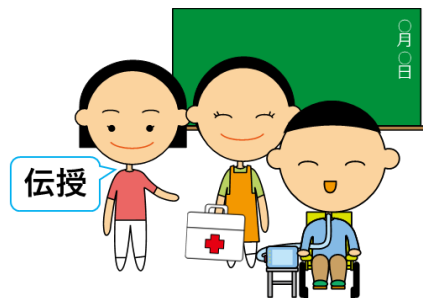


学校での介入にあたっては、教員と共に保護者からも情報を収集し、学校での医療的ケア内容と実施時間等、日課を含めて共有して調整する必要がある。出来る限り、授業や学校生活の妨げにならないように配慮しつつ、教員と共に安全面も重視した実践が大切である。

(2) 学校外看護師が学校看護師へ看護ケアを伝授する場合

(対象；通学生のみ)

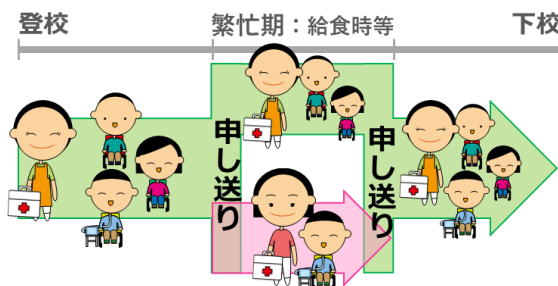
この場合は、学校外看護師は、日頃より対象児童・生徒を自宅で看ている訪問看護師で、看護ケアの留意点や日常の様子、人工呼吸器管理等を学校看護師へ伝授して、学校看護師が介入できるようにすることが目的である。しかし、学校により様々な決まりがあることで、伝授内容によっては学校看護師が実施できない場合もある。そのため、事前に主治医と学校側と十分に伝授事項を詰めておいてから開始するとよい。



(3) 学校看護師の繁忙時間帯のみ看護ケアを実践する場合

(対象；通学生のみ)

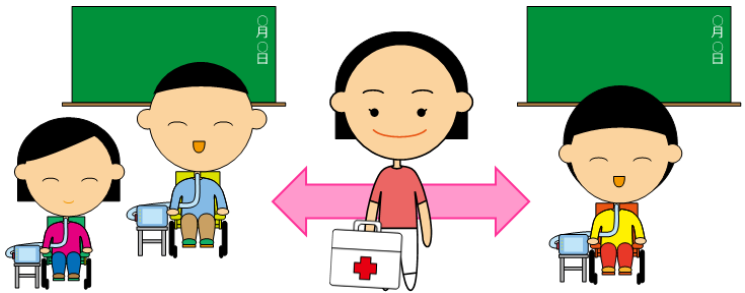
学校看護師が、人工呼吸器管理を実施可能であり、学校管理体制上もケアができる状況であるが、特に給食の時間など他の通学生の医療的ケアが重なる時間帯は、学校看護師だけでは十分なケアができないことが予測される。そのような場合に、繁忙時間帯のみ学校外看護師が来校し、学校看護師に代わり看護ケアを行う。ただ、ここで重要なのは、学校看護師と学校外看護師間の十分な申し送りを実施することである。そのためには学校看護師は申し送り時間を確保するために時間調整を図り、学校外看護師は時間通りに来校することが大切である。



(4) ひとりの学校外看護師が、複数の児童・生徒の看護ケアを実施する場合

(対象；通学生、訪問教育生)

複数名の人工呼吸器児が在籍している学校において、学校看護師が、人工呼吸器管理を実施できない場合や、学校看護師だけでは対応が困難な場合に、学校外看護師が同日に

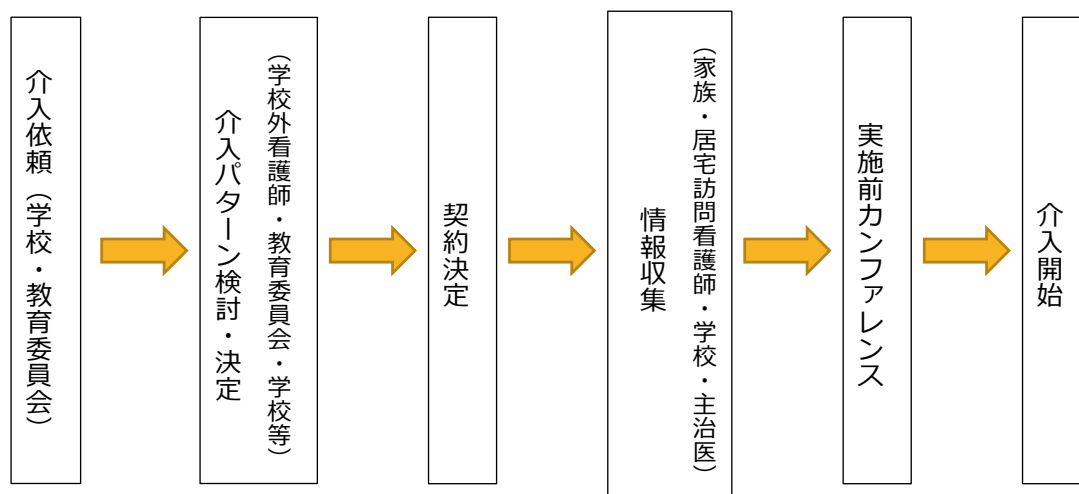


複数名の人工呼吸器管理を実施する場合のパターンを示す。

各児童・生徒の教員より医療的ケアの必要時に連絡が入る為、事前に校内の配置図を把握することや、教員と日課を調整して児童・生徒がどこでどのような授業を受けているのかを把握しておく必要がある。一人の児童のケアを実施している最中に他児童・生徒のケア要請がある場合や、一人の児童・生徒の急変時に他児童・生徒のケアをどうするか等、学校内の管理体制や連絡体制を確立しておくことが必須となる。

2) 実践までの流れ

ここからは、学校あるいは教育委員会より医療機関等の学校外看護師に学校での医療的ケアの介入について依頼があった場合の開始までの流れを概説する。前提として、学校あるいは教育委員会が医療的ケア児童・生徒の支援体制等について見直し、医療的ケア実施体制を整備したにも関わらず、対象児童・生徒の安全・安心な学校教育を受ける権利が、保護者の負担なくして困難と判断した場合の委託であることを確認しておく。その上で、実際に学校外看護師が学校で対象児童・生徒の医療的ケアの実践を行うにあたり、学校側と綿密な介入パターンを検討・決定し、委託契約を交わす。その後、対象児童・生徒、保護者、学校関係者及び主治医と事前に情報収集を重ね、学校において実施前カンファレンスなど実際の校内連携について意見交換を行い、実践介入へと繋げる。以下に各ステップ毎のポイントを説明する。



(1) 介入依頼（学校・教育委員会）

基本的には、人工呼吸器管理児の保護者と学校が、対象児童の安全・安心な環境下での教育を保障する方法を議論した上で、同児童・生徒を自宅で看ている訪問看護ステーションに、保護者の許可の下、学校あるいは教育委員会から介入依頼について相談される状況が想定される。但し、依頼を受けた訪問看護ステーションの規模や体制、また依頼内容によっては、学校での介入が困難な場合もある。その際、最寄りの対応可能な訪問看護事業所や看護師を派遣できる医療機関に依頼する場合もあり得る。この場合、対象児童・生徒と関わったことがない看護師となるため、保護者、担当訪問看護師、主治医及び対象児童を交えた詳細な申し送りなどが必要となる。

(2) 介入パターン検討・決定

学校という居宅と異なる環境下での看護ケアの実践であり、学校管理体制の理解、緊急時あるいは災害時の対応、求められている医療的ケアの介入内容を十分に議論しておく必要がある。特に、学校における個別教育計画の中で求められる看護ケアという視点での関わりとなるため、学校関係者と十分に議論を重ね、学校外看護師としての役割と、他の学校関係者の役割を確認するとよい。また、医療事故などの発生時の対応についても、学校側や保護者と意見交換し、学校外看護師の身分保障を確認することは必須である。

(3) 契約決定

訪問看護師などの学校外看護師による学校での看護ケアは、実践に係る費用については委託元である学校または教育委員会と直接交渉し契約を交わすことになる。尚、介入パターンなどにより、学校での拘束時間が異なり、また委託元の予算計画に従うなどから、一律に規定できないため、できるだけ早い時期から詳細を詰めておくことよ。

(4) 情報収集

実践前カンファレンスまでに、下記の情報を収集することで、実施前より具体的な情報交換ができる。

学校外看護師が、「居宅で対象児童・生徒の訪問看護を行っている（以下、「居宅訪問看護師」という。）」または「居宅で対象児童・生徒の訪問看護を行っていない（以下、「居宅外看護師」という。）」場合には、情報収集の内容が違ってくる。また、対象児童・生徒が「訪問教育生」の場合、学校看護師は対象児童・生徒の医療的ケア情報を持っていない。

▼居宅又は居宅外看護師別、情報収集について

| | 家族 | 居宅訪問 看護師 | 主治医 | 学校看護師 | |
|---------|----|-------------|-----|-------|-------|
| | | | | 通学生 | 訪問教育生 |
| 居宅訪問看護師 | △ | / | ○ | ○ | △ |
| 居宅外看護師 | ○ | ○ | ○ | ○ | △ |

○…必要 △…必要に応じて

介入パターンによっても、情報収集の内容や収集先に違いがある。

▼介入パターン別、情報収集について

| | 家族 | 居宅訪問 看護師 | 主治医 | 学校看護師 |
|---------------------------------------|----|-------------|-----|-------|
| (1) 学校外看護師が対象児童・生徒への看護ケアを実践する場合 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| (2) 学校外看護師が学校看護師へ看護ケアを伝授する場合 | △ | / | ○ | / |
| (3) 学校看護師の繁忙時間帯のみ実践する場合 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| (4) ひとりの学校外看護師が、複数の児童・生徒の医療的ケアを実施する場合 | △ | △ | △ | ○ |

○…必要 △…必要に応じて

以下、それぞれの情報収集内容例となる。

家族からの情報収集

- 児童の生活の様子と医療的ケアについて（P.31 付録①：事前情報収集シート）
特に居宅外看護師が介入する場合は、『事前情報収集シート』等を利用し、家族より詳細な情報取得が必要となる。
- これまでの学校生活や通学経験
- 児の過ごしやすい最適温度・湿度
- 普段の車いす・バギー等への移乗・移動方法について
移乗や移動について下記の事項を確認する。また、実践までに見学・実施し、安全を確認する。
※動画や写真などがあれば確認しておく
- ・医療デバイスや荷物の搭載方法
 - ・車いす・バギーの取り扱い方法等の情報
 - ・安全な移乗や児童の抱懐方法を家族と確認、共有
 - ・安楽な体位の工夫について
 - ・補助具にについて

居宅訪問看護師からの情報収集

- 居宅訪問看護師が行う看護ケアと日頃の児童の様子について
居宅外看護師が介入する場合、居宅訪問看護師より児童についての情報を確認する。可能であれば居宅の訪問看護の様子を見学し、看護ケアの留意点などについて共有すると良い。

主治医からの情報収集

- 主治医より身体的情報と留意点
主治医からの指示書をもとに情報を得る。可能であれば、検査データや画像、骨折・脱臼歴などを確認しておくことよい。また、緊急時対応についても確認しておく。
※学校生活での医療的ケアについて、指示書を確認する。

学校看護師からの情報収集

- 対象児童・生徒について、学校での生活の様子について（通学生の場合）
日頃、学校での様子をみている学校看護師より、学校での生活の様子について聴取する。特に、異常の早期発見について確認する。
- 学校看護師の業務内容について
学校看護師が学校に在籍する場合、学校看護師の業務や一日の流れ等について、確認する。
- 学校マニュアル（緊急時・災害時・個別対応等）について

緊急時・災害時・児童の体調不良時等の、学校の体制について、学校のマニュアルを確認しておく。（不明点等、実践前カンファレンスで確認する）

（５）実践前カンファレンス

学校職員、児童・家族とともに、様々な情報の共有と、統一性のある安全な学校生活を送るために、実践前カンファレンスが行われる。

参加者（例）：

学校の医療的ケア安全委員会メンバー（校長・学校看護師・養護教諭・担任等）、学校外看護師、保護者、児童

緊急時対応・リスクマネジメント

緊急連絡網の確認

学校の規定に準じ、保護者、かかりつけ医、緊急搬送先等の連絡網を確認する。

（保護者は母親のみではなく、父親や祖父母等の連絡先を把握しておく必要がある）

学校マニュアル（緊急時・災害時・個別対応等）の確認

緊急時・災害時・児童の発作時・児童の体調不良時等の、学校の体制について、下記の事項について確認・共有を行う。

・学校マニュアルの確認（緊急時・災害時・個別対応等）

・児童の医療的ケア別、症状別の緊急時対応について

・医療デバイスが異常を起こした場合を想定し、起こりうるトラブルを共有する

（取り扱い説明書の準備やデバイス業者の連絡先を明確にしておく）

・移動支援（登下校）を行う場合は、移動中の緊急時対応についても確認する

責任の所在を明らかにする（親の同意書など）

登下校方法（移動手段）

登下校方法と移動手段について確認

児童の登下校方法、移動手段について確認し、移動支援（登下校）を行う場合は、車のタイプ、移動時間、移動中に実際起こったトラブルや現在注意すべきこと等を共有する。

通学路付近の医療機関（AED 設置など）の確認

学校での過ごし方

クラスの日課や行事予定の確認

食事・排泄について確認

- 学校生活の中で行う車いす・バギー等への移乗・移動の方法等について、確認・共有
事前情報収集にて確認を行った、普段の移乗・移動方法を元に、児童・生徒に関わる学校職員
へ注意すべき事項などを共有する。
- 日々の医療的ケア内容と時間の計画・確認
休憩時間やリハビリ時間等考慮しながら、日々の医療的ケア内容と時間・場所を確認する。

物品・書類

- 持ち物の確認
学校生活の中で必要な医療物品や着替え等の持ち物について、保護者・教員と相談・確認す
る。また、学校での預かり物品、予備の内服・栄養のストック等、保管場所を含め教員と確
認する。
- 主治医による訪問看護指示書の内容を確認

学校職員（教員・看護師・養護教諭）との役割分担

- 学校職員の役割分担を確認
教員、学校看護師、養護教諭等、各職種の業務を共有し、それぞれの職種の児童への関わり方
について確認する。
- 個別の教育支援計画の共有
児童について、教育と成長発達を促進できるような関わりを目指す。
- 行事での役割分担を確認
行事では普段の学校生活と違う点が多くあることから、各職種の役割分担を確認する。

校内の下見

- 学校内の確認
初めて学校に介入する場合、校舎施設配置図を確認し、可能であれば、児童・保護者と一緒に
校内下見を行う。
- 環境の確認
(空気清浄器・手指用アルコール・カーテン・スロープ・冷暖房器具・コンセントなど)

その他

- 家族の希望や要望の有無について確認
- 酸素供給方法の確認（移動時・学校内）
- バッテリー稼働でのデバイス使用可能時間の確認

発災時の電源確保方法等、デバイスの使用可能時間を把握しておく

- 欠席・遅刻時の連絡手段（学校外看護師への伝達方法の確認）
- 日程・スケジュールの確認

3) 実践

情報収集、実践前カンファレンスにて課題にあがったことなどは、実践までに準備を整えておく必要がある。また、具体的な実践内容は、介入パターンによって異なる。

▼介入パターン別、実践内容について

| | 前日までの 状況確認 | 学校での 付き添い | 学校看護師 への伝達 | 移動支援 |
|-----------------------------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
| (1) 学校外看護師が児童への看護ケアを実践する場合 | ○ | ○ | △ | 希望に応じ可能な場合に考慮 |
| (2) 学校外看護師が学校看護師へ看護ケアを伝授する場合 | ○ | × | ○ | △ |
| (3) 学校看護師の繁忙時間帯のみ実践する場合 | ○ | ○ | △ | × |
| (4) ひとりの学校外看護師が、複数の児の医療的ケアを実施する場合 | ○ | ○ | ○ | × |

○…必要 △…必要に応じて

以下、具体的な流れ参考例となる。

(1) 前日～当日までの状況確認

実践前日までに、必要に応じて下記情報を確認しておく。

- ・ 自宅訪問または家族への電話にて、身体的状況やデバイス等の変更の有無を確認する。
- ・ 担任教員から当日の日課について情報収集する。

| 〇月〇日(〇)の活動(〇年 Aさん) | | | | | |
|--------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|-----|-------------|
| 時間 | 活動 | 場所 | 内容 | 姿勢 | 本校準備物 |
| 9:40 | 登校 | 玄関 保健室 | バイタルチェック | バギー | テーブル タップ |
| 9:50～ | 2限目 特別活動 「冬のお楽しみ会」 | 2F 音楽室 | クリスマスコンサートを 楽しもう | | |
| 10:30～ | ☆休み時間 | | お話を楽しもう プレゼントをもらおう | | |
| 10:50～ | 3限目 特別活動 「冬のお楽しみ会」 | | | | |
| 11:30 | 下校 | 玄関 | | | |

☆休み時間：おむつ交換等には、多目的室が使えます。

☆持ち物：保護者用名札、ブランケット（寒さ対策）

※キャンセルの場合、了時までに連絡ください

☆交通手段：交通手段：レンタカー（ハイエース）による送迎

☆学校でのケア担当：学校外看護師（〇〇ステーション 〇〇看護師）

参考) 担任教員から親御さんへのお知らせ文書

実践当日、児童の様子と医療的ケアのスケジュールについて確認する。(P.34 付録②：毎日の申し込みシート)

(2) 学校での付き添い

学校にて児童に付き添う場合、児童の変化に注意して付き添うことが求められる。日常の主な業務は下記となる。チェックシート等を使用し、児童の変化を記録すると良い。(P.34 付録③：毎日のチェックシート)

- ・ バイタルサイン測定、児童の状態観察
- ・ 医療的ケア（喀痰吸引、水分摂取など）

また、安全に一日を過ごすため、下記の内容について、随時確認が必要となる。

- ・ 時間割と授業内容に応じた、医療的ケアのタイミングと内容の再確認
- ・ 校内での移動、移乗の再確認
- ・ 医療デバイスの電源確保
- ・ 医療デバイスの稼働状況の確認

(3) 学校看護師への伝達

パターン(1)(3)(4)の中で、同じ児童への医療的ケアを学校看護師と共に行う場合、児童の変化についての情報を学校看護師へ伝達し、情報を共有する必要がある。(申し送り)

パターン『(2) 学校外看護師が学校看護師へ看護ケアを伝授する場合』は、児童に付き添う学校看護師へ児童の特徴や手技の方法などを詳細に伝授し、学校生活の中で学校看護師が安心して児童のケアを行えるよう取り組む。

伝達内容例

- ① 吸引の手技
- ② バッグバブルマスク(以下、BVM(アンビューバッグ))の使用方法
- ③ 体位変換時の手技(腹臥位から座位等)
- ④ 児の特徴(体調不良、精神的不安時等の表出)
- ⑤ カニューレ抜去時の対応

(4) 移動支援

登校(移動)支援を行う場合、出発前に下記情報を確認する。また、移動中は終始安全確保と状態変化に注意しながら付き添う。

自宅から学校まで(登校)

- ① 保護者からの情報収集 (P.34 付録②: 毎日の申し送りシート)
- ② バイタルサイン、児童の状態確認 (P.36 付録③: 毎日のチェックシート)
- ③ 医療的ケア内容の確認 (P.34 付録②: 毎日の申し送りシート)
- ④ 持ち物の確認
- ⑤ 医療機器・デバイスの確認
- ⑥ 医療機器・デバイスの稼働状況の確認
- ⑦ 登校中の医療的ケア(喀痰吸引・BVMによる用手加圧・酸素投与など)

学校から自宅まで(下校)

- ① バイタルサイン測定、児童の状態観察
- ② 下校中の医療的ケア(喀痰吸引・BVMによる用手加圧・酸素投与など)
- ③ 家族への申し送り(児の体調など)

移動中の留意点

- ① 車内温度によって児童の体温に影響を及ぼす可能性があり、バイタルサインや児童の表情を観察することが必要
- ② 緊急時対応はカンファレンス時の決定事項に準ずる

4. 事例紹介

1) 学校外看護師が学校で医療的ケアを行う場合の具体例

【背景】小学部1年生 女児 主な養育者：母

【外出】月1～2回の通院、月1回のレスパイト

【移動方法】児童をカーシートに乗せて母が運転する自家用車で移動（バギーあり）

【介入依頼先】居宅外看護師

【通学パターン】訪問教育生

| 医療的ケア | 身体的特徴 | サービス利用状況 |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">・気管切開・人工呼吸器 （自発呼吸なし）・酸素0.25L・気管内吸引、口腔からの低圧持続吸引・胃瘻・導尿 | <ul style="list-style-type: none">・低体温になりやすい・尿路感染既往あり・誤嚥性肺炎既往あり | 訪問看護：週5回 訪問リハビリ：週1回 レスパイト：月1回 （4泊5日） |

《情報収集》

家族からの情報収集

- ・ 事前に学校側から「事前情報収集シート（付録①）」をご家族へ渡し、家族に記入を依頼（家族記入後、学校看護師と共有）
- ・ 自宅訪問（メンバー：入学児童担当教員・学校外看護師）
児の状態、移乗方法や留意点などの情報収集
持ち物を担当教員より提示、母と共に内容を確認
- ・ 普段の家族の移乗方法見学
→呼吸器は装着したまま父親が抱っこして母親が呼吸器を持ち、並行して移動していた
※その後、家族と移乗・移動方法について検討する計画を立てる

居宅訪問看護師からの情報収集

- ・ 訪問看護師に同行訪問
母へ訪問看護師の訪問日に同行希望を伝える（母より訪問看護師に確認または学校外看護師より確認→了承を得る）
訪問看護師より普段の訪問時の状態、看護ケアについて情報収集し、留意点の共有
（以降、可能な範囲で訪問看護師に同行し、母と訪問看護師の見守りのもと、医療的ケアの実践）

主治医からの情報収集

- ・ 通院同行
主治医と検査データ、X-P・CT画像を参照しながら、通学にあたり既往歴のある尿路感染・誤嚥性肺炎に対する留意点を中心に、身体面・医療的ケアの留意点を確認
- ・ 医師へ学校での医療的ケア指示書の依頼

学校看護師からの情報収集

- ・ 学校における児童の医療的ケア別、症状別の学校緊急時対応マニュアル内容を確認（カンファレンスで明確にしたい事項をあげておく）

その他

- ・ 病院の指定の窓口にて指示書依頼の手続き
-

移乗・移動方法について母と検討

診察に同行した際に見学した移乗・移動方法について、児童の呼吸状態が変わらず、且つ気管カニューレが事故抜管しない、より良い方法の検討

→これまで両親で並行して歩くと両親の歩幅の違いから距離ができることもあり、呼吸器回路が引っ張られ気味になる

→移乗・移動時は呼吸器を一旦離脱させて BVM 換気に変更してみることを提案し、母からもより安全面が高まる期待をもたれたが、一度も試したことがないため不安との発言もあり、次回の訪問看護時に実践計画を立てる

ベッドからカーシートへ移乗を実践（見守り看護師 1 名付添）

→事前に呼吸器と児童を移動させる順番を決め、母が抱き上げるタイミングに合わせた声合わせを行い、学校外看護師が BVM 換気を行い歩くペースを確認し合う

→見守り看護師のもと移乗を実践し、呼吸状態の変化がないこと、安全面が高まったことを認識し合えたため、通学時の実践決定

→父親への報告や学校教員への共有に利用するため、見守り看護師に動画を撮影依頼

《実践前カンファレンス》

1ヶ月前

参加者：学校職員（養護教諭・担任・学校看護師・教頭）、学校外看護師、保護者、児童

緊急時対応・リスクマネジメント

- ・ 各情報の確認と共有を行う

登下校方法（移動手段）

学校での過ごし方

- ・ 移乗、移動の動画を鑑賞し、学校職員へ方法を周知し、学校外看護師と教員の役割を明確化、注意点の共有（実際に学校外看護師と教員とで教室内にて実践）

物品・書類

学校職員（教員・看護師・養護教諭）との役割分担

- ・ 学校職員との役割分担について検討・明確化

校内の下見

その他

- ・ 通学までの課題を抽出

→気管カニューレの予備が使用サイズであり、ワンサイズ小さい物も準備しておく必要がある（母へワンサイズ小さいカニューレの準備を依頼）

→通学時の自家用車駐車場所と、駐車場所からの移乗・移動方法について

→当日のタイムスケジュール、待機場所、1回導尿の実施場所について

初回通学日まで 最終調整

- ・ 実施前カンファレンスで明らかとなった課題の調整
- ・ ワンサイズ小さいカニューレの確認
- ・ 指示書の確認、保護者の確認・同意を得る
- ・ 通学時の自家用車の駐車場所、雨天時の移乗・移動方法について、学校・家族での相談・調整の報告を受ける
- ・ 当日のタイムスケジュール・待機場所・導尿時の対応について学校・家族の相談・調整の報告を受ける

最終打ち合わせ（電話等にて）

- ・ 教員と通常通学当日のタイムスケジュール・医療的ケア内容や身体的状態を電話にて最終確認
- ・ 母より児の体調等確認
→児は変わらず過ごしているが、母が風邪気味とのこと。母の体調によっては送り出すことが出来ず欠席するかもしれないとのことであった。その際は教員へ連絡し、教員から学校外看護師へ連絡を受けることを再確認した。
- ・ デバイス、呼吸器設定の変更等はなし

初登校

入学式（初回通学日）へ参加

→両親の見守りのもと、車からバギーへの移乗を担当教員と共に実践

通常授業初回通学（学校滞在時間 2 限目～昼食まで）

【コラム：子どもが通学することに対する親の思い】

晴れて入学式を迎えることができた人工呼吸器を装着したお子さん。入学式にはフォーマルなワンピースを着て、頭には可愛いリボンをつけて式に参加しました。両親は終始感慨深い様子でした。

通学は負担を考慮して2限目までの授業から始めていき、次に給食まで、現在は5限目まで過ごすことができます。

以下は母親の言葉です。

「これまで通院以外は私と家にいる生活をしてきました。入退院もたくさん経験してきました。友達と触れ合うこともありませんでした。同級生の中に我が子がいる姿を見ることができるだけでも嬉しい。これからは学校で沢山の友達と色々な体験をして大きくなってほしい。」

「初め、通学することがこの子に必要なのか疑問でした。この子が楽しいと思うのか、終わって体調が崩れたら嫌だなとかネガティブな思いがありました。でも、通学してみて、先生や看護師さんから親では気づかない子どもの変化を教えてもらったり、自分も少し子どもと離れる時間ができたりして、子どもの成長を感じることができました。」

付録①：事前情報収集シート（例）

事前情報収集シート（参考例）

_____ 学校 _____ 年（名前）_____

保護者連絡先_____

流行性疾患・予防接種について

| 流行性疾患 | 罹患の有無 | 予防接種 | 流行性疾患 | 罹患の有無 | 予防接種 |
|---------|--------|------|-----------|--------|------|
| 麻疹 | 有（歳）・無 | 有・無 | ポリオ | 有（歳）・無 | 有・無 |
| 風疹 | 有（歳）・無 | 有・無 | 日本脳炎 | 有（歳）・無 | 有・無 |
| 水痘 | 有（歳）・無 | 有・無 | 三種または四種混合 | | 有・無 |
| 流行性耳下腺炎 | 有（歳）・無 | 有・無 | BCG | | 有・無 |

きょうだい、家族で流行している病気が（ある・ない）

→

| | | | | |
|---------------------|---------------------------------------|------------------------------|------------|----|
| 疾患名 | | | | |
| 定期薬 内服・座薬・点眼・貼付等 | お薬情報のコピーを添付ください | | | |
| 栄養 | 種類 | 1回量 | 回数 | |
| | | ml/回 | 回/日 | |
| | 水分補給について特記事項 | | | |
| | 方法 | 胃瘻・腸瘻サイズ | NGサイズ・長さ | |
| | 胃瘻・NGチューブ・腸瘻 | Fr | Fr cm 固定 | |
| 栄養注意事項 | | | | |
| 排尿 | 測定：有・無 | 1日平均 ml | | |
| | 導尿：有・無 | 回数・時間： | 回/日 時 | |
| | 留置：有・無 | Fr | | |
| 排便 | 回/日 | 性状： ふつう・硬・軟・泥・粘液・水様・血が混じる | | |
| | ストーマ 有・無 | 色： ふつう・赤い便・タール便・灰白色 | | |
| | 便通の為の対処法： 緩下剤・浣腸・坐薬・摘便・止痢剤・何もしていない | | | |
| | お尻のあれ：有・無 | 薬剤（あれば）： | 薬剤使用方法・間隔： | |
| | 時間 | 時頃 | 時頃 | 時間 |
| | よく眠れるか：はい・時々目覚める・いいえ | | | |
| 好きな事 | サイン | | | |
| 嫌がること | サイン | | | |

| | | | |
|---------|--|-------------------------------|---------|
| 視力 | 追視や光などの反応：有・無 | | |
| 目の動き | 変化なし・普段と異なる僅かな変化を示す・何らかの眼球の大きい動き、瞬目反射がある 回避的な眼球の動き・見つめる・追視（意図的な動き） | | |
| | 自由記載： | | |
| 聴力 | 補聴器：有・無 | 普通の大きさに聞こえる・大きなこと声で聞こえる・聞こえない | |
| | 自由記載： | | |
| 表情 | 変化なし・普段と異なる僅かな表情変化を示す・驚いたような表情、緊張した様な表情 不快な表情（顔をしかめるなど）快の表情（嬉しそうな表情、口元が緩むなど） | | |
| | 自由記載： | | |
| 身体の動き | 変化なし・普段と異なる僅かな変化を示す（手が少し動く、緊張が取れるなど） かなりの変化（手を活発に動かす、動きが止まるなど） 意図的に刺激を避けようとする・刺激の方に首、手などを意図的に動かす | | |
| | 自由記載： | | |
| 心拍の変化 | 有・無 | 特記事項 | |
| 骨折・脱臼歴 | 有・無 | 部位 | |
| SpO2の変化 | 有・無 | 注意点： | |
| 姿勢 | 寝たきりで首のすわりなし・首がすわっている・寝たきりだがうつ伏せで首を上げる 寝たきりだが仰向けで顔を上げる・よりかかって座れる・よりかかちなして座れる 膝立ち・つかまり立ち・一人で立てる | | |
| | 安楽な姿勢と好きな姿勢： | | 必要な道具： |
| | 嫌な姿勢またはしてはいけない姿勢： | | |
| | ベッドのギャッジアップ：有・無 | | およその角度： |
| | 姿勢の特徴・配慮していること： | | |
| 手の操作 | 手を動かすことが難しい・動かせるが握れない・物を握ることができる 指でつまむことができる・手腕で身振りやサインができる 物を操作することができる・文字、絵をかける | | |
| | 手の操作の特徴・配慮していること： | | |
| 体温調節 | 特徴または配慮： | | |
| 呼吸 | 自発呼吸：有・無 | 呼吸器を外せる時間：有（時間）・無 | |
| | 酸素使用：有・無 | 特記事項： | |

| | | | |
|--------------------------|--|-----------|--------------|
| 痙攣 | 有・無 | 痙攣の様子： | 時間： |
| | 回数： ここ2か月かなりあった・この1年で10回以上あった・この1年10回未満であった 過去にあったがこの1年間はない | | |
| | 良く起こる時間帯： | 考えられる要因： | 重責・大発作の時の対応： |
| 皮膚 | 正常 軽い変化、損傷（発赤、汚れ、乾燥、擦過傷）中程度の変化、損傷（湿疹、軽い浮腫、内出血、水泡など）重度の変化、損傷（全身の浮腫、びらん、潰瘍、褥瘡など） | | |
| | 褥瘡の既往：有・無 | 時期と部位： | |
| | 皮膚アレルギー： | 皮膚の特徴・配慮： | |
| | 処置（日常で行っている処置）・気を付けている点： 例：気管Yが-ゼ交換、胃瘻のこより状ガーゼ | | |
| アレルギー 感染症 | 有・無 | 特記事項 | |
| 過去の トラブル と その対応 | 例：計画外抜管しやすい 呼吸器の接続はずれが起りやすい | | |
| 福祉サービス 利用 | 放課後等デイ・レスパイト・日中一時支援・入浴サービス・介護ヘルパー その他： | | |
| 医療サービス 利用 | 往診医 | クリニック名 | 連絡先 |
| | 訪問看護 リハビリ | ステーション名 | 連絡先 |
| | 訪問看護 リハビリ | ステーション名 | 連絡先 |
| | 訪問看護 リハビリ | ステーション名 | 連絡先 |
| 要望等 | | | |

付録②：毎日の申し送りシート（例）

_____ さん 連絡シート 令和 年 月 日

お家での様子

| | | | | | |
|--------------|-------|--------------|-------|------------|-----|
| 体温 | ℃ | 酸素使用 | 有・無 | | |
| SpO2 | % ~ % | HR | ~ 回/分 | RR | 回/分 |
| 食事最終 終了時間 | 時 分 | 内服投与 最終時間 | 時 分 | 吸入 最終時間 | 時 分 |
| 排便 | 有・無 | | 排尿 | 有・無 | |
| 睡眠 | 良眠・不眠 | | 顔色 | 不・普・良 | |

痰について

| | | |
|--------|--------|---------------|
| 少・普通・多 | 粘・サラサラ | 無色・白・黄色・緑・茶褐色 |
|--------|--------|---------------|

その他連絡事項

①内服（お薬の名前・方法） ②食事・栄養（量、栄養中の体位など）③導尿など学校滞在中のスケジュールをご自由にご記入下さい

| 小学部 | 時限 | 普段のスケジュール | 本日の変更点 |
|-------------|-------|-----------|--------|
| 8:55~9:40 | 1限目 | | |
| 9:40~9:50 | 休み時間 | | |
| 9:50~10:35 | 2限目 | | |
| 10:35~10:45 | 休み時間 | | |
| 10:45~11:30 | 3限目 | | |
| 11:30~11:40 | 休み時間 | | |
| 11:40~12:25 | 4限目 | | |
| 12:25~13:15 | 昼食・休息 | | |
| 13:15~14:00 | 5限目 | | |
| 14:00~14:10 | 休み時間 | | |
| 14:10~14:55 | 6限目 | | |

付録③：毎日のチェックシート（例）

| | | さん | | | | | | | 令和 年 月 日 | |
|---------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--|
| 時間 | : | : | : | : | : | : | : | : | : | |
| 体温 | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | |
| SpO2 | % ~ % | % ~ % | % ~ % | % ~ % | % ~ % | % ~ % | % ~ % | % ~ % | % ~ % | |
| EtCO2 | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg | |
| HR | ~ 回/分 | ~ 回/分 | ~ 回/分 | ~ 回/分 | ~ 回/分 | ~ 回/分 | ~ 回/分 | ~ 回/分 | ~ 回/分 | |
| 酸素 | | | | | | | | | | |
| RR | 回/分 | 回/分 | 回/分 | 回/分 | 回/分 | 回/分 | 回/分 | 回/分 | 回/分 | |
| Bp | / mmHg | / mmHg | / mmHg | / mmHg | / mmHg | / mmHg | / mmHg | / mmHg | / mmHg | |
| 顔色 | 良・普・不 | 良・普・不 | 良・普・不 | 良・普・不 | 良・普・不 | 良・普・不 | 良・普・不 | 良・普・不 | 良・普・不 | |
| 痰量 | 少・中・多 | 少・中・多 | 少・中・多 | 少・中・多 | 少・中・多 | 少・中・多 | 少・中・多 | 少・中・多 | 少・中・多 | |
| 痰状 | 粘・サラサラ | 粘・サラサラ | 粘・サラサラ | 粘・サラサラ | 粘・サラサラ | 粘・サラサラ | 粘・サラサラ | 粘・サラサラ | 粘・サラサラ | |
| 痰色 | 無色・白・黄色 緑・茶褐色 | 無色・白・黄色 緑・茶褐色 | 無色・白・黄色 緑・茶褐色 | 無色・白・黄色 緑・茶褐色 | 無色・白・黄色 緑・茶褐色 | 無色・白・黄色 緑・茶褐色 | 無色・白・黄色 緑・茶褐色 | 無色・白・黄色 緑・茶褐色 | 無色・白・黄色 緑・茶褐色 | |
| 筋緊張 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| 痙攣 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| 排泄 | 有・無 (尿/便) | 有・無 (尿/便) | 有・無 (尿/便) | 有・無 (尿/便) | 有・無 (尿/便) | 有・無 (尿/便) | 有・無 (尿/便) | 有・無 (尿/便) | 有・無 (尿/便) | |
| 経管栄養 時間・内容 | | | | | | | | | | |
| その他 医ケア | | | | | | | | | | |
| 様子 | | | | | | | | | | |

呼吸器チェックリスト（トリロジー）

| 時間 | (規定値) | : | : | : | : | : | : | : | : |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 換気モード | | | | | | | | | |
| PIP | | | | | | | | | |
| RR | | | | | | | | | |
| 分時換気量 | | | | | | | | | |
| V _T (目標) | | | | | | | | | |
| リーク | | | | | | | | | |
| MAP (平均気道内圧) | | | | | | | | | |
| アラーム | / | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 酸素流量 | | | | | | | | | |
| カニューレ固定 | / | | | | | | | | |
| カフ圧 | | | | | | | | | |
| カビ汚染 | / | | | | | | | | |
| 電源コード | / | | | | | | | | |
| 回路接続 | / | | | | | | | | |
| 回路固定 | / | | | | | | | | |
| 回路水滴 | / | | | | | | | | |
| 加湿器水量 | / | 少・普・多 | 少・普・多 | 少・普・多 | 少・普・多 | 少・普・多 | 少・普・多 | 少・普・多 | 少・普・多 |
| 加湿モード | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | |

※アラームあればアラーム歴を備考欄に記載する

厚生労働行政推進調査事業費補助金 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
分担研究報告書 平成 31 年度（令和元年度）

分担研究課題： 9. 学校における訪問看護に関する法的対応ワーキンググループ報告

研究分担者：田村 正徳（埼玉医科大学総合医療センター小児科）

奈倉 道明、森脇 浩一、側島 久典、高田 栄子、小泉 恵子

（埼玉医科大学総合医療センター小児科）

研究要旨

本研究に関わった訪問看護師から「訪問看護師が学校に入って医療的ケアを行う場合、医療事故が起こった場合の責任の所在が不明確なため、不安を感じる」との意見が多数出された。この問題を整理するために研究班内で法的対応ワーキンググループを立ち上げ、訪問看護師が学校内で高度な医療的ケアを行う場合の法的手続きや責任の所在に関して議論して整理した。その結果、以下の2つが重要と結論づけた。

（1）学校と医療機関との間の情報共有

訪問看護師が学校で高度な医療的ケアを実施するためには、主治医と訪問看護師が学校の医療的ケア委員会と連携し、学校の医療的ケア指導医及び学校看護師に対して必要な医療情報を提供することが必要である。そのため、主治医は学校に対して児の過去の病歴や現在の医学的病態を医師向けに記載した診療情報提供書を提出し、これらの医学的な情報を学校や医療的ケア指導医と共有することが望ましい。学校の医療的ケア指導医と学校看護師は、これらの医療機関からの情報をもとに医療的ケア児に許容される活動の幅を推定し、児の安全を損なわない医療的ケアの在り方を議論していくべきである。

（2）医療事故に関わる法的対応

医療事故の発生予防と事故発生時の対応のために、医療的ケアを実施する者はあらかじめ策定したマニュアルをできるだけ遵守する必要がある。故意や重大な過失が認定されない場合でも、患者家族から民事訴訟を起こされる可能性がある。医療事故の責任の所在について文部科学省通知は「教育委員会が、主治医、保護者も含めた関係者の役割分担を整理し、各関係者が相互に連携協力しながら、それぞれの役割において責任を果たしていく（筆者編集）」と述べているが、民事訴訟になった場合、関係者全員が訴追される可能性がある（処分権主義）。そのため、医療的ケア児に関わる関係者は適切な損害賠償責任保険に加入し、損害賠償が発生した場合に備えて準備することが望まれる。日本医師会、日本看護協会、医療関係学会などによる医師賠償責

任保険や看護師賠償責任保険は、主要な保険会社と契約しており、いずれも学校など医療機関外での医行為や看護業務に関する損害賠償を補償している。保険契約の約款をよく読み、学校での医療的ケアの事故に対して補償が得られるか確認することが望ましい。

A. 研究目的

本研究は、人工呼吸器などの高度な医療的ケアを学校で実施する際、訪問看護師が学校に入ってケアすることについて実証し、一定の成果をあげている。しかし現場からは、「医療事故が起こった場合の責任の所在が不明確なため、学校での医療的ケアに不安を感じる」との意見が多数出された。この問題を整理するために、研究班内で法的対応ワーキンググループを立ち上げ、訪問看護師が学校内で高度な医療的ケアを行う場合の法的立場や責任の所在に関して議論し、提言を示すことを目的とした。

B. 研究方法

文部科学省（以下、文科省）では、平成 29 年 10 月から平成 30 年 2 月にかけて「学校における医療的ケアの実施に関する検討会議」を開いて学校における医療的ケアに関する検討を行い、平成 30 年 2 月 28 日に「最終まとめ」を発表した。これに基づき文科省は、平成 30 年 3 月 20 日に、全国の教育委員会に向けて「学校における医療的ケアの今後の対応について」（通知）を発出した（注 1）。この中から、人工呼吸器、高度な医療的ケア、訪問看護、医療事故、責任などの単語をキーワードとしている記述を抽出した。そしてその記述に沿った形で議論を進め、訪問看護師が学校で人工呼吸器などの高度な医療的ケアを実施する際の

責任の所在や法的対応について、準備しておくべき事項をまとめた。

（倫理面への配慮）

議論において個人情報扱うことはなかった。

C. 研究結果

文科省の通知「学校における医療的ケアの今後の対応について」において、人工呼吸器、高度な医療的ケア、訪問看護、医療事故、責任をキーワードとした記述を抽出した。下記のとおりとなった。

- ① （教員が認定特定行為業務従事者として実施できる）特定行為（喀痰吸引等）以外の人工呼吸器の管理をはじめとする医療的ケア

「人工呼吸器の管理をはじめ、特定行為以外の医療的ケアについては、一律に対応するのではなく、主治医や教育委員会の委嘱した学校医・医療的ケア指導医の助言を得つつ、個々の医療的ケア児の状態に応じて、その安全性を考慮しながら対応の在り方を検討することが重要である。」と記述されている。

(P7)

3. 教育委員会における管理体制の在り方
(2) ガイドラインの策定

- ② 人工呼吸器の管理をはじめ、特定行為以外の医療的ケアについては、一律に

対応するのではなく、主治医や教育委員会の委嘱した学校医・医療的ケア指導医の助言を得つつ、個々の医療的ケア児の状態に応じて、その安全性を考慮しながら対応の在り方を検討することが重要であること。

(p11)

6. 特定行為以外の医療的ケアを実施する場合の留意事項

特定行為以外の医療的ケアについては、モデル事業等の成果も参考にしつつ、医療的ケア運営協議会において全体的な方針を検討した上で、各学校において、主治医や教育委員会の委嘱した学校医・医療的ケア指導医や看護師等の助言を得つつ、個々の児童生徒等の状態に照らしてその安全性を考慮しながら、対応の在り方を検討するとともに、各学校の実施状況を、医療的ケア運営協議会で共有し、各学校での医療的ケアの実施につなげていくこと。ただし、小・中学校等においては、学校ごとに検討体制を組織することが困難な場合が想定されることから、市区町村教育委員会に設置した医療的ケア運営協議会の下部組織を設けることも考えられること。

② 訪問看護師

訪問看護師が学校に入ることに関しては、「医療的ケアを医療機関等に委託して看護師が派遣される」場合として言及された。この場合、外部の看護師は校長の服務監督を受けず、派遣元の医療機関等の指示や服務監督に従うこととされた。以下のとおりである。

(P7)

(3) 学校に看護師等を配置する際の留意事項

② 教育委員会が看護師等を自ら雇用するだけでなく、医療機関等に委託する場合もある。その際に、派遣された看護師等が、医療機関等の医師の監督の下、医療的ケアを実施することにより、医療的ケアに係る指示と服務監督が一本化され、指示系統が明確化できることが考えられる。この場合、医療機関等から派遣される看護師等は校長等の服務監督は受けないので、あらかじめ業務内容や手続等を十分に検討し、委託契約書等に明確に定めておくとともに、各学校の校長や、関係する教諭・養護 教諭等との間で、医療的ケアの目的や、その教育的な意義を十分に共有し、連携を図ること。

③ 医療事故

医療事故に関しては、「学校事故対応に関する指針(平成 28 年 3 月 31 日文科省通知)」を踏まえ、止血、心肺蘇生などの応急手当や迅速な救急車の要請、保護者への対応、学校設置者への報告、その後の基本調査を適切に行うこととされた。以下のとおりである。

(p8)

4. 学校における組織的な体制の整備

④ 医療的ケアに関する事故が発生した際の対応については、「学校事故対応に関する指針(平成 28 年 3 月 31 日 27 文科初第 1785 号初等中等教育局長通

知)」を踏まえ、応急手当や迅速な救急車の要請、保護者への対応、学校設置者への報告等を適切に行うこと。

④ 責任の所在

医療事故に関する責任の所在に関する記述はないが、医療的ケアに関する責任という観点から、教育委員会が関係者、主治医、保護者の役割分担を明確にし、それぞれが責任を負うこととしている。以下のとおりである。

(P3)

① 医療的ケアに係る関係者の役割分担

- 1) 当該医療的ケア児が在籍する学校やその設置者である教育委員会は安全に医療的ケアを実施するため、関係者の役割分担を整理し各関係者が相互に連携協力しながら、それぞれの役割において責任を果たしていくことが重要であること。

また、教育委員会や学校だけでなく、医療行為についての責任を負う主治医や、子の教育について第一義的な責任を負う保護者など、医療的ケア児に関わる者それぞれが、学校における医療的ケアの実施に当たり、責任を果たすことが必要であること。

⑤ スクールバス

医療的ケア児がスクールバスに乗ることについては、「乗車可能性をできるだけ追及し、喀痰吸引が必要な児童に対しては看護師が対応することが基本」とされた。以下のとおりである。

9. 校外における医療的ケア

(2) スクールバスなど専用通学車両による登下校

- ① スクールバスなど専用通学車両への乗車については、医療的ケア児の乗車可能性をできる限り追求し、個別に判断すること。
- ② スクールバスなど専用通学車両の登下校において、乗車中に喀痰吸引が必要となる場合には、看護師等による対応を基本とすること。運行ルート設定の際、安全に停車可能な地点をあらかじめ確認し、停車して医療的ケアを実施すること。
- ③ 緊急時対応が必要となる場合の対応策について、保護者と学校関係者（教育委員会の委嘱した学校医・医療的ケア指導医、看護師等を含む。）との共通理解を図ること。

D. 考察

これらの文科省通知に示させる指針をもとに、訪問看護師が学校で高度な医療的ケアを行うにあたっての医療事故に備えるために必要な取り組み、知識、注意点などをワーキンググループで話し合い、以下のようまとめた。

(1) 学校と医療機関との間の情報共有

訪問看護師が学校で高度な医療的ケアを実施するためには、主治医、訪問看護師が学校における医療的ケア委員会と連携し、学校の医療的ケア指導医及び学校看護師に対して必要な医療情報を共有することが必要である。児の安全性を損なわない範囲で、

許容される活動の幅や医療的ケアの在り方を個別に検討しなければならない。医療的ケア児であっても、できるだけ幅広い体験と学習を進めていくことが必要である。

そのため、主治医は児の過去の病歴や現在の医学的病態を記載した診療情報提供書を学校に提出し、これらの医学的な情報を学校や医療的ケア指導医と共有することが望ましい。実際、令和 2 年度診療報酬改定において、医療機関における主治医から学校における学校医に対する診療情報提供料（I）が認められた（注 2）。また、訪問看護事業所から学校への情報提供についても、入学又は転学時だけでなく年度の 1 回算定できるよう拡大された（注 3）。詳細を参考資料 1 に後述する。

主治医が情報提供を行う際には、医療的ケアの細かい内容よりも、医師から医師へ伝えるべき医学上の情報を記載するのが良い。その情報は、患者の医療的ケアや日常活動の許容範囲を推定することに役立つ。また、訪問看護師からの情報も、学校において学校看護師が医療的ケアを実施し、児が安心・安全に学校生活を送るにあたって非常に重要である。

学校医及び医療的ケア指導医と学校看護師は、これらの医療機関からの情報をもとに、医療的ケア児に許容されるケアや活動の幅を推定し、児の安全を損なわない医療的ケアの在り方を議論していただきたい。

（2）医療事故に関わる法的対応

学校における医療事故に関わる法的対応について、ワーキンググループにおいて文献等をもとに議論を行い、以下のとおり、

現状や課題とともに、望ましい対応について意見をまとめた。

学校内で医療的ケアに起因する事故が発生した場合、児は病院へ搬送されて治療を受けることになる。医療費の 7 割は健康保険制度から支払われ、4 割は日本スポーツ振興センター災害共済給付制度から支払われる。そして重篤な後遺症や死亡が発生した場合、日本スポーツ振興センターから障害見舞金、死亡見舞金が給付されるのが通例である。これは学校内で実施された医療的ケアに起因する事故に対しても適応されることが多い。日本スポーツ振興センター災害共済給付制度の報告によれば、平成 30 年度までの特別支援学校小学部・中学部における死亡事例の報告は 27 件あったが、医療的ケアに起因する事故の報告はなかった。

事故が故意によるか、あるいは重大な過失に起因すると疑われた場合は、警察によって捜査が行われ、違法行為については検察から告訴され、刑事訴訟で裁かれる可能性がある。医療事故の発生予防と事故発生時の対応のために、あらかじめ医療的ケアのマニュアルを策定しておくことが望ましく、医療的ケアを実施する者は、そのマニュアルを遵守する必要がある。マニュアル策定には、「特別支援学校看護師のためのガイドライン」（日本小児看護学会）（注 5）、「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）（注 6）が参考になる。

しかし多くの医療事故の場合、違法行為に基づかないかもしくは違法行為を証明することが困難であるため、刑事訴訟ではなく民事訴訟で訴えられることが多い。民事訴訟の場合、原告が誰を訴えるかは、原告

が自由に選ぶことができる。このことを「処分権主義」と言い、いかなる権利関係について、いかなる形式の審判を求めるかは、当事者の判断に委ねられる。民事訴訟法第 246 条では「裁判所は、当事者が申し立てない事項について、判決をすることができない」と規定している。

文科省通知では、「教育委員会が、主治医、保護者も含めた関係者の役割分担を整理し、各関係者が相互に連携協力しながら、それぞれの役割において責任を果たしていくことが重要（筆者編集）」と述べているが、関係者全員が訴訟の対象になる可能性がある。

そのため、医療的ケア児に関わる関係者は、適切な損害賠償責任保険に加入し、万が一訴訟を起こされた場合に十分な補償が得られるよう、準備する必要があると考えられる。

医師には医師賠償責任保険があり、看護師には看護師賠償責任保険がある。

日本医師会や医療関係学会による医師賠償責任保険は、主要な損害保険会社と契約しており、その約款には、「被保険者たる医師またはその使用人、その他被保険者の業務の補助者が日本国内で行った医療業務によって障害が発生した場合に支払われる。」などと書かれている。看護師賠償責任保険では、「被保険者たる看護師が、日本国内において看護業務を遂行することによって、他人の身体や財物に損害を与えたり人格権を侵害した場合に発生する損害賠償を補償する。」などと書かれている。訪問看護事業者を被保険者とした賠償責任保険もある。医師、看護師いずれも、学校など医療機関外で実施された医行為や看護業務に対して、損害賠償責任保険が適応されうる。各団体

の賠償責任保険の約款の実例を、参考資料 2 として添付する。

保険契約を結ぶときにこれらの契約約款を読み、学校での医療的ケアの事故に対して補償が得られるか、よく確認することが望ましい。

（2） 緊急時対応のマニュアルの作成

気切カニューレの抜去時、呼吸困難時、けいれん時、心肺停止時などの緊急時のマニュアルを確立する必要がある。最終的には救急車で搬送することになるが、それまでに学校で対応できることを明記しておくべきである。その際、命の危険を守るための緊急避難として、看護師でなくても近くにいる人が即座に実施したほうが良い行為についても、記載することが望ましい。例えば、気切カニューレの再挿入、痰の吸引、バギング、心肺蘇生術がこれに当たると考えられる。またそのために、平常時から関係者は緊急時の対応について訓練しておく必要がある。

さらに、これらの応急処置に関して、保護者に説明し同意を得ておき、これらのマニュアルに従ったとしても重篤な結果が生じる可能性があることを、保護者に理解してもらおうことが望ましい。

E. 結論

訪問看護師が学校で高度な医療的ケアを実施するためには、主治医による診療情報提供書、訪問看護師による情報提供に基づいて、学校における医療的ケア関係者と協議することが重要である。

そして医療事故発生時に備えて、訪問看

看護師、主治医ともにそれぞれの職種の損害賠償責任保険に加入しておくことが望ましい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

発表なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

【参考文献】

(注 1)

「学校における医療的ケアの今後の対応について」(通知)(2019年3月20日、30文科初第1769号)

https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1414596.htm

(2020年3月30日閲覧)

(注 2)

「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」
(令和2年厚生労働省告示第57号)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/0/000603749.pdf> (p27)

(2020年3月30日閲覧)

(注 3)

「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件」
(令和2年厚生労働省告示第62号)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/0/000602948.pdf> (p11)

(2020年3月30日閲覧)

(注 4)

Japan Sports Council「学校安全 Web」
災害共済給付制度 給付金額

https://www.jpnsport.go.jp/anzen/saigai/saigai_eido/tabid/85/Default.aspx

(注 5)

「特別支援学校看護師のためのガイドライン改訂版」(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、2010年3月)

http://jschn.umin.ac.jp/files/20101020_tokubetsushien_guideline.pdf

(注 6)

「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」報告、2005年3月)

<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/mourouyou.pdf>

(2020年3月30日閲覧)

（参考資料 1）

令和 2 年度診療報酬改定

（注 2）「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和 2 年度厚生労働省告示第 57 号）
の p27

【B009 診療情報提供料（I）】 250 点

注 7. 保険医療機関が、児童福祉法第 56 条の 6 第 2 項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。

令和 2 年度診療報酬改定

（注 3）（「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件」（令和 2 年厚生労働省告示第 62 号）の p11

【03 訪問看護情報提供療養費（2）】 1500 円

2 2 については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 39 条第 1 項に規定する保育所等、学校教育法（昭和 22 年法律第 26 号）第 1 条に規定する幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部（以下「学校等」という。）へ通園又は通学する利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該学校等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者 1 人につき各年度 1 回に限り算定する。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月 1 回に限り、別に算定できる。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費 2 を算定している場合は、算定しない。

（参考資料 2）

職能団体 A が募集し損害保険会社 B が取りまとめる団体医師賠償責任保険の例

● 団体医師賠償責任保険の概要

本保険は、医療事故に関する賠償責任保険と医療施設の欠陥・給食等の事故に関する賠償責任保険がセットになっており、医療の安定的経営のために必要不可欠の内容となっています。

◆ 医師特約の概要

被保険者またはその使用人その他被保険者の業務の補助者が、日本国内において医療を行うにあたり、職業上または職務上の相当な注意を怠ったことにより、患者に身体障害（障害に起因する死亡を含みます。）が発生し、保険期間中に患者またはその遺族により損害賠償請求がなされた場合、患者またはその遺族に対して被保険者が負担する法律上の賠償責任を補償します。

<http://surugadai.sakura.ne.jp/surugadai/pdf/ibai202002.pdf>

学会 C が募集し損害保険会社 D が取りまとめる賠償責任保険医師特別約款の例

（1）医師特別約款

第 1 条（保険金を支払う場合）

当社は、賠償責任保険普通保険約款（以下「普通保険約款」といいます。）第 1 条（保険金を支払う場合）の規定にかかわらず、被保険者またはその使用人その他被保険者の業務の補助者が日本国内において医療業務（以下「業務」といいます。）を遂行するにあたり職業上相当な注意を用いなかったことに起因して他人（その医療行為の対象者となる者をいいます。）の身体の障害（障害に起因する死亡を含みます。）が発生したこと（以下「事故」といいます。）につき、被保険者が法律上の賠償責任を負担することによって被る損害（以下「損害」といいます。）に対して、保険金を支払います。

https://www.tokiomarine-nichido.co.jp/hojin/pdf/medical_yakkan_20180101.pdf

職能団体 D が募集し損害保険会社 B が取りまとめる看護職賠償責任保険の例

(2) 看護職賠償責任保険の補償内容

日本国内で看護職（開業助産師を除く）が行う業務によって、他人の身体や財物に損害を与えたり、人格権を侵害したため、看護職に法律上の損害賠償責任が生じ、被害者に対して支払わなければならない損害賠償金を補償限度額の範囲内でお支払いします。

○補償限度額

| 補償内容 | 補償限度額 |
|-----------|-----------------------------------|
| 対人賠償 | 1事故 (補償期間中1億5,000万円まで) 5,000万円 |
| 対物賠償 | 1事故 50万円 |
| 初期対応費用 | 1事故 250万円 |
| うち見舞品購入費用 | 1被害者 10万円 |
| 人格権侵害 | 1事故 (補償期間中100万円まで) 50万円 |

※対人賠償・対物賠償・初期対応費用は、補償期間中に事故が発見された場合に補償の対象となります。

※人格権侵害は、補償期間中に人格権を侵害する不当行為がなされた場合に補償の対象となります。

※この保険は示談交渉を行いません。
 なお、保険会社や事故審査

https://li.nurse.or.jp/download/pdf/2019_tebiki.pdf

団体 E が募集し損害保険会社 F が取りまとめる
 職業賠償責任保険普通保険の訪問看護事業者特別約款の例

訪問看護事業者特別約款

第 1 条（保険金を支払う場合）

当社は、賠償責任保険普通保険約款（以下「普通保険約款」といいます。）第 1 条（保険金を支払う場合）の規定にかかわらず、被保険者が日本国内において訪問看護業務（以下「業務」といいます。）を遂行することにより、他人^(注)の身体の障害（以下「事故」といいます。）が発生した場合において、被保険者が法律上の損害賠償責任を負担することによって被る損害（以下「損害」といいます。）に対して、保険金を支払います。

(注) 他人
 その業務の対象となる者をいいます。

第 2 条（定義）

(1) この特別約款において訪問看護事業者とは、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）の規定により指定される指定訪問看護事業者をいいます。

(2) 第 1 条（保険金を支払う場合）にいう業務とは、健康保険法、その他医療保険各法^(注)に規定される各種訪問看護事業が対象とする業務をいいます。

(注) その他医療保険各法
 労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号）を含みます。

第 3 条（被保険者）

この特別約款において、被保険者とは、訪問看護事業者およびその使用人のうち、医師を除く者をいいます。

<https://www.hokan-kyosai.org/PDF/%E8%B3%A0%E5%84%9F%E8%B2%AC%E4%BB%BB%E4%BF%9D%E9%99%BA%E6%99%AE%E9%80%9A%E4%BF%9D%E9%99%BA%E7%B4%84%E6%AC%BE.pdf> (p82)

厚生労働行政推進調査事業費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

分担研究報告書 平成 30 年～平成 31 年度（令和元年度）

分担研究課題： 10. 「訪問看護ステーションの学校での医療的ケア児支援に関する全国調査」
および「学外看護師向けの支援マニュアル案の確認調査」

分担研究者： 横山 由美（自治医科大学看護学部 小児看護学）
研究協力者： 小西 克恵（自治医科大学看護学部 小児看護学）
飯島 早絵（自治医科大学看護学部 小児看護学）
大海 佳子（自治医科大学附属病院 看護副部長）
黒田 光恵（自治医科大学附属病院 小児看護専門看護師）
佐々木 綾香（自治医科大学附属病院 小児看護専門看護師）
福井 小紀子（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 地域包括ケア学・老年看護学）
田中 道子（あすか山訪問看護ステーション 所長）

【研究要旨】 医療的ケア児が就学するにあたって、学校において必要な医療的ケアが提供されるよう、訪問看護師が学校へも訪問し、医療的ケア児のケアに携わるといったことが行われている。しかし、訪問看護において小児を対象とする実態が明確にされておらず、ひいては医療的ケア児の学校との連携については、全国的な動向が把握されていない。そのため、本研究では、在宅で療養する小児を支援する全国の訪問看護ステーションの調査を行い、小児の訪問看護の実施状況、学校等との連携に関するニーズ、学校との状況共有、連携のタイミングなど、関係機関との連携についての実態を明らかにすることを目的に質問紙調査（調査1・調査2）、インタビュー調査（調査3）を実施した。また、「人工呼吸器使用児などが安全に教育を受けるために学外看護師が支援するためのマニュアル案の確認調査」を実施した。

【方法】 調査1：全国の訪問看護ステーション11,754施設の管理者を対象に質問紙調査。調査2：調査1で調査2を受けることのできた37施設に質問紙調査。調査3：調査2で回答を得た24箇所の訪問看護ステーション管理者を対象にインタビュー調査。調査4：学校外看護師にむけた支援マニュアル案を1000箇所の訪問看護ステーションに送付し、意見を求めた。

【結果】 調査1：回収数2,312（19.7%）、有効回答数1,830（79.6%）、過去1年間の18歳以下で医療的ケアの実施を有する利用者数に人数の記載があったのは748（40.9%）。

調査2：回収数24（64.9%）、有効回答数24（100.0%）。

調査3：8箇所が承諾、3箇所は新型コロナウイルス感染症のため中止、5箇所にインタビュー調査

1) 小児を対象に行っているのは993施設（54.3%）。2) 学校に訪問して医療的ケアを実施しているのは78施設（4.3%）。3) 依頼経緯は、子どもの親67.9%、学校37.2%、教育委員会30.8%であった（複数回答）。費用負担は都道府県や市、教育委員会など、保護者負担はない。4) 連携が非常にとりにくいが養護教諭22.6%、学校看護師23.5%、管理者21.4%、学校介助員25.0%、コーディネーター教諭44.4%。訪問時に担任教諭や学校看護師と情報交換をしていた。5) 学校における危機管理体制がなしあるいは不明が61.8%、危機管理体制を訪問看護ステーション看護師と一緒に作ったところもあった。何か起こった際には所属する訪問看護ステーションでの保険や看護師個人の保険で対応することを想定していた。6) 学校で医療的ケアの責任を負うこと、子どもの危険に対応することを負担に感じていた。7) 子どもの自立の促し、教員・養護教諭が適切なケアの理解、子ども・家族とより良い関係、担任教諭・学校看護師・養護教諭との連携がしやすくなるという利点があった。8) 訪問看護ステーション看護師が学校看護師への医療的ケアの技術や知識などの指導を行っていた。9) 看護師が子どもの医療的ケアを担っている状況ではほとんど保護者は学校内に待機していなかった。

調査4：1000カ所中370から学校外看護師にむけた支援マニュアル案に対する意見を得た。「大変勉強になった」等の前向きな意見が多く、マニュアル修正案、マニュアルの感想・要望、今後への期待・要望が挙げられていた。

【考察】 学校への訪問看護ステーション看護師の訪問は、4.3%と少なく、学校への看護師の訪問は都道府県および市によって一律の方法で実施できない状況が明らかとなった。ケアの責任の所在については、明文化し共通理解ができるようにしておくために、学校側と学校外看護師との学校へ訪問前にしっかりと調整しておく必要がある。マニュアル作成のために意見を求めたが、副次的に訪問看護ステーション管理者の考える機会や学びを深める場となった。今後マニュアルの提供方法について検討していく必要がある。

A. 研究目的

近年、新生児医療の発達や医療の高度化等により、高度な医療的ケア（人工呼吸管理、喀痰吸引、経管栄養等）を必要とする小児が増加している。医療的ケア児が就学するにあたって、学校において必要な医療的ケアが提供されるよう、訪問看護師が学校へも訪問し、医療的ケア児のケアに携わるといったことが行われている。しかし、訪問看護師という外部の事業者が学校で医療的ケアを提供するにあたっての支援方法や、質や安全性の確保、既存の制度や事業との関連や整合性等といった課題について検討は行われていなかった。

これまで、訪問看護において小児を対象とする実態が明確にされておらず、ひいては医療的ケア児の学校との連携については、全国的な動向が把握されていない。そのため、小児の訪問看護の実態と訪問看護ステーションと学校との連携の実態を明らかにする必要がある。

本研究では、在宅で療養する小児を支援する全国の訪問看護ステーションの調査を行い、小児の訪問看護の実施状況、学校等との連携に関するニーズ、学校との状況共有、連携のタイミングなど、関係機関との連携についての実態を明らかにする。

B. 研究方法

1. 対象

調査 1：全国の訪問看護ステーション 11,754 箇所の管理者。全国の訪問看護ステーションは、各厚生局で作成しているコード内容別訪問看護事業所一覧表を厚生局のホームページで公開しているものはホームページから、公開していないものについては情報公開の手続きを行い入手した。厚生局で作成しているコード内容別訪問看護事業所一覧表基にして、全国訪問看護事業協会のホームページで公開している正会員リストおよび各県の訪問看護連絡協議会・看護協会のホームページで公開しているリストを合わせて、発送リストを作成

した。

調査 2：調査 1 で学校における小児の医療的ケアを実施している訪問看護ステーションのうち調査 2 へのアンケート調査の了承がとれた訪問看護ステーションの管理者。

調査 3：調査 2 で回答を得た 24 箇所の訪問看護ステーションの管理者を対象に依頼文を送付し、インタビュー調査の了承がとれた訪問看護ステーションの管理者。

2. 調査方法

質問紙調査。調査 1 と調査 2 の 2 期に分けて行った。調査 1 および調査 2 における質問紙は本研究者間で作成し、訪問看護に精通する専門家から意見をもらい修正した。

調査 1 の主な項目は、過去 1 年間の 18 歳以下で医療的ケアの実施を有する利用者数、18 歳以下の利用者の在宅における医療的ケアの種類と人数、小学校・中学校・特別支援学校に訪問した経験などである。

調査 2 では、学校に訪問した事例ごとに、学校で行っている医療的ケアの種類、学校との連携、学校へ訪問するにあたっての訪問看護師の負担、訪問看護ステーションの看護師が学校へ訪問することによる利点などである。

質問紙は郵送で送付し、概ね送付から 2 週間後を期限に、FAX または同封の封筒による個別郵送のどちらかを対象者が選択できるようにして回収した。

インタビュー調査：調査 3

3. 分析方法

調査 1・2：Excel による単純集計、記述については記述内容の類似・相違により分類した。

調査 3：逐語録およびメモから整理した資料から、事例毎に、学校への訪問依頼の経緯、学校との連携内容およびタイミングや状況、学校における危機管理体制、訪問看護ステーション看護師が学校

へ訪問している間の対象者の親の付き添い状況などを抽出し整理した。

自治医科大学臨床研究等倫理審査委員会の承認（第臨大 18-121 号）を得た。特定目的に係る利益相反はない。

C. 研究結果

I. 調査 1

全国の訪問看護ステーション 11,754 箇所の管理者宛に 1 月 25 日～2 月 1 日に郵送した。宛先不明による返送 318、回収数 2,312（郵送：2,041、FAX：271）、回収率 19.7%、有効回答数 1,830、有効回答率 79.2%であった。



1,830 のうち、過去 1 年間の 18 歳以下で医療的ケアの実施を有する利用者数に人数の記載があったのは 748（40.9%）、記載なしあるいは 0 であったのが、1,082（59.1%）であった。また、過去 1 年間の 18 歳以下で医療的ケアの実施を有するに記載がない訪問看護ステーションのうち、小児の開設年の記載があったのは 245 施設であり、小児の訪問看護を受ける施設は合計で 993 施設（54.3%）であった。

各県毎の有効回収数と回収率を表 1 に示す。

配布数に対する有効回収率でもっと低かったのは山梨県 3.2%、最も高かったのが新潟県 69.8%であった。

訪問看護ステーションの属性を表 2 に示す。機能強化型訪問看護管理療養費に該当しない施設が全体で 90.2%、過去 1 年間に 18 歳以下の利用者有の施設で 84.5%、利用者無の施設で 94.2%と一番多かった。12 月 1 日現在の利用者総数は全体で平均 70.5 名（1～1276 名）、過去 1 年間に 18 歳以下の利用者有の施設で平均 88.2 名（1～1276 名）、利用者無の施設で 57.9 名（1～500 名）であった。また、過去 1 年間に 18 歳以下の利用者は平均 6.3 名（1～331 名）であった。

18 歳以下の利用者への医療的ケアの実施状況（表 3）では、口鼻吸引が 62.4%と最も多く、次いで気管切開 60.6%、気管カニューレからの吸引 59.6%、酸素療法 58.8%一番少なかったのは腹膜透析で 2.9%であった。また、実施人数は平均 1.2 人～4.1 人であった。

医療的ケア実施の学校種別（表 4）では、小学校 56（3.1%）、中学校 16（0.9%）「特別支援学校 43（2.3%）であり、校外学習・修学旅行への同行 37（2.0%）、放課後デイサービス 36（2.0%）であった。機能強化型訪問看護管理療養費別学校への訪問経験（表 5）では、差がなかった（カイ 2 乗検定：値 9.255、自由度 4、漸近有意確率（両側）0.055、尤度比：値 8.329、自由度 4、漸近有意確率（両側）0.080）。

実施依頼経緯（表 5）は、全体で一番多いのは利用者の親が 53、次いで学校が 29、教育委員会が 24 であった。過去 5 年間に学校に訪問した利用者の人数（表 7）は、全体で一人が一番多く 54、8 人のところも 1 施設あった。これまで訪問した学校数（表 7）では、全体で 1 校 67、2 校 16、最も多いのは 6 校であった。現在訪問している学校数では、全体で 1 校 39、2 校 10、3 校 2、6 校 1 であった。学校へ訪問して医療的ケアを実施しない理由（表 7、複数回答）は全体で依頼なしが最も多

平成 30 年度 学校の療養生活の場における医療的ケア児への質の高い医療的ケアの提供に資する研究

く 1101 (71.2%)、次いで対象者なしが 899 (58.2%)、小児看護の経験なしが 378 (24.5%) であった。実施状況 (表 9) では、全体で 15 施設で行っており、2 人が 8、3 人が 3、4 人が 1、6 人が 1 であった。

また、1 校当たりに複数の利用者に医療的ケアの

表 1 都道府県別有効回収数および有効回収率

| | | 配布数 | 有効回収数 | | | 有効回収率 | | |
|----|-------------|-------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|
| | | | 全体 | 18歳以下有 | 18歳以下無 | 全体 | 18歳以下有 | 18歳以下無 |
| 1 | 北海道(ほっかいどう) | 536 | 112 | 37 | 75 | 20.9% | 6.9% | 14.0% |
| 2 | 青森県(あおもり) | 118 | 24 | 10 | 14 | 20.3% | 8.5% | 11.9% |
| 3 | 岩手県(いわて) | 103 | 18 | 6 | 12 | 17.5% | 5.8% | 11.7% |
| 4 | 宮城県(みやぎ) | 154 | 25 | 12 | 13 | 16.2% | 7.8% | 8.4% |
| 5 | 秋田県(あきた) | 66 | 15 | 4 | 11 | 22.7% | 6.1% | 16.7% |
| 6 | 山形県(やまがた) | 69 | 18 | 9 | 9 | 26.1% | 13.0% | 13.0% |
| 7 | 福島県(ふくしま) | 152 | 23 | 9 | 14 | 15.1% | 5.9% | 9.2% |
| 8 | 茨城県(いばらき) | 179 | 13 | 4 | 9 | 7.3% | 2.2% | 5.0% |
| 9 | 栃木県(とちぎ) | 107 | 27 | 13 | 14 | 25.2% | 12.1% | 13.1% |
| 10 | 群馬県(ぐんま) | 210 | 49 | 18 | 31 | 23.3% | 8.6% | 14.8% |
| 11 | 埼玉県(さいたま) | 453 | 86 | 48 | 38 | 19.0% | 10.6% | 8.4% |
| 12 | 千葉県(ちば) | 389 | 51 | 20 | 31 | 13.1% | 5.1% | 8.0% |
| 13 | 東京都(とうきょう) | 1170 | 150 | 63 | 87 | 12.8% | 5.4% | 7.4% |
| 14 | 神奈川県(かながわ) | 738 | 94 | 49 | 45 | 12.7% | 6.6% | 6.1% |
| 15 | 新潟県(にいがた) | 53 | 37 | 15 | 22 | 69.8% | 28.3% | 41.5% |
| 16 | 富山県(とやま) | 177 | 14 | 6 | 8 | 7.9% | 3.4% | 4.5% |
| 17 | 石川県(いしかわ) | 139 | 28 | 10 | 18 | 20.1% | 7.2% | 12.9% |
| 18 | 福井県(ふくい) | 82 | 16 | 5 | 11 | 19.5% | 6.1% | 13.4% |
| 19 | 山梨県(やまなし) | 124 | 4 | 1 | 3 | 3.2% | 0.8% | 2.4% |
| 20 | 長野県(ながの) | 86 | 38 | 16 | 22 | 44.2% | 18.6% | 25.6% |
| 21 | 岐阜県(ぎふ) | 198 | 26 | 10 | 16 | 13.1% | 5.1% | 8.1% |
| 22 | 静岡県(しずおか) | 238 | 51 | 24 | 27 | 21.4% | 10.1% | 11.3% |
| 23 | 愛知県(あいち) | 727 | 94 | 43 | 51 | 12.9% | 5.9% | 7.0% |
| 24 | 三重県(みえ) | 155 | 26 | 13 | 13 | 16.8% | 8.4% | 8.4% |
| 25 | 滋賀県(しが) | 116 | 18 | 11 | 7 | 15.5% | 9.5% | 6.0% |
| 26 | 京都府(きょうと) | 292 | 54 | 23 | 31 | 18.5% | 7.9% | 10.6% |
| 27 | 大阪府(おおさか) | 1252 | 129 | 51 | 78 | 10.3% | 4.1% | 6.2% |
| 28 | 兵庫県(ひょうご) | 655 | 79 | 31 | 48 | 12.1% | 4.7% | 7.3% |
| 29 | 奈良県(なら) | 147 | 28 | 13 | 15 | 19.0% | 8.8% | 10.2% |
| 30 | 和歌山県(わかやま) | 124 | 25 | 8 | 17 | 20.2% | 6.5% | 13.7% |
| 31 | 鳥取県(とっとり) | 72 | 14 | 8 | 6 | 19.4% | 11.1% | 8.3% |
| 32 | 島根県(しまね) | 85 | 16 | 3 | 13 | 18.8% | 3.5% | 15.3% |
| 33 | 岡山県(おかやま) | 156 | 24 | 10 | 14 | 15.4% | 6.4% | 9.0% |
| 34 | 広島県(ひろしま) | 300 | 58 | 19 | 39 | 19.3% | 6.3% | 13.0% |
| 35 | 山口県(やまぐち) | 130 | 25 | 11 | 14 | 19.2% | 8.5% | 10.8% |
| 36 | 徳島県(とくしま) | 90 | 11 | 3 | 8 | 12.2% | 3.3% | 8.9% |
| 37 | 香川県(かがわ) | 106 | 19 | 2 | 17 | 17.9% | 1.9% | 16.0% |
| 38 | 愛媛県(えひめ) | 164 | 21 | 7 | 14 | 12.8% | 4.3% | 8.5% |
| 39 | 高知県(こうち) | 70 | 8 | 3 | 5 | 11.4% | 4.3% | 7.1% |
| 40 | 福岡県(ふくおか) | 613 | 96 | 35 | 61 | 15.7% | 5.7% | 10.0% |
| 41 | 佐賀県(さが) | 78 | 18 | 6 | 12 | 23.1% | 7.7% | 15.4% |
| 42 | 長崎県(ながさき) | 119 | 26 | 7 | 19 | 21.8% | 5.9% | 16.0% |
| 43 | 熊本県(くまもと) | 220 | 26 | 11 | 15 | 11.8% | 5.0% | 6.8% |
| 44 | 大分県(おおいた) | 124 | 24 | 7 | 17 | 19.4% | 5.6% | 13.7% |
| 45 | 宮崎県(みやざき) | 122 | 16 | 9 | 7 | 13.1% | 7.4% | 5.7% |
| 46 | 鹿児島県(かごしま) | 166 | 31 | 12 | 19 | 18.7% | 7.2% | 11.4% |
| 47 | 沖縄県(おきなわ) | 130 | 21 | 10 | 11 | 16.2% | 7.7% | 8.5% |
| | 不明 | | 4 | 3 | 1 | | | |
| | 合計 | 11754 | 1830 | 748 | 1082 | 15.6% | 6.4% | 9.2% |

表 2 訪問看護ステーションの属性

| | | 過去 1 年間に 18 歳以下の利用者有 n=748 | 過去 1 年間に 18 歳以下の利用者無 n=1082 | 全 体 N=1830 |
|------------------------|-------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| 医療保険 | | 741 (99.1%) | 1054 (97.4%) | 1795 (98.1%) |
| 介護保険 | | 709 (94.8%) | 1037 (95.8%) | 1746 (95.4%) |
| 医療機関併設 | 病院 | 163 (21.8%) | 279 (37.3%) | 442 (24.2%) |
| | 有床診療所 | 9 (1.2%) | 30 (2.8%) | 39 (2.1%) |
| | 無床診療所 | 41 (5.4%) | 91 (12.2%) | 132 (7.2%) |
| 機能強化型 訪問看護管 理療養費 | 1 | 48 (6.4%) | 12 (1.1%) | 60 (3.3%) |
| | 2 | 38 (5.1%) | 19 (1.8%) | 57 (3.1%) |
| | 3 | 15 (2.0%) | 8 (0.7%) | 23 (1.3%) |
| | 該当なし | 632 (84.5%) | 1019 (94.2%) | 1651 (90.2%) |
| 12 月 1 日現在の利用者総数 | | 平均 88.2 名 1 名～1276 名 | 平均 57.9 名 1 名～500 名 | 平均 70.5 名 1 名～1276 名 |
| 過去 1 年間の 18 歳未満の利用者数 | | 6.3 名 1 名～331 名 | — | 平均 6.3 名 1 名～331 名 |

表 3 18 歳以下の利用者への医療的ケア実施状況

複数回答

| | 実施施設数 n=748 | 1 施設当たり 最大人数 (人) | 平均 (人) |
|----------------|----------------|---------------------|--------|
| 人工呼吸器 | 410 (54.8%) | 41 | 2.9 |
| 口鼻吸引 | 467 (62.4%) | 55 | 4.1 |
| 薬液の注入 | 255 (34.1%) | 43 | 3.7 |
| 経鼻胃管からの経管栄養 | 397 (53.1%) | 30 | 2.5 |
| 気管切開 | 453 (60.6%) | 37 | 3.0 |
| 気管カニューレからの吸引 | 446 (59.6%) | 37 | 3.1 |
| 中心静脈栄養 | 79 (10.6%) | 5 | 1.3 |
| 導尿 | 157 (21.0%) | 7 | 1.5 |
| 酸素療法 | 440 (58.8%) | 47 | 3.3 |
| カフアシスト | 201 (26.9%) | 21 | 2.2 |
| 胃ろう・腸ろうからの経管栄養 | 424 (56.7%) | 43 | 3.4 |
| 腹膜透析 | 22 (2.9%) | 4 | 1.2 |

表 4 小学校・中学校・特別支援学校での医療的ケアの実施状況 複数回答

| | 過去 1 年間に 18 歳以下の利用者有 n=68 | 過去 1 年間に 18 歳以下の利用者無 n=10 | 全 体 N=78 |
|--------|------------------------------|------------------------------|-------------|
| 小学校 | 53 (78.0%) | 3 (30.0%) | 56 (71.8%) |
| 中学校 | 14 (20.6%) | 2 (20.0%) | 16 (20.5%) |
| 特別支援学校 | 38 (55.9%) | 5 (50.0%) | 43 (55.1%) |

表 5 校外学習・放課後サービスへの訪問状況 複数回答

| | 過去 1 年間に 18 歳以下の利用者有 n=748 | 過去 1 年間に 18 歳以下の利用者無 n=1082 | 全 体 N=1830 |
|---------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------|
| 校外学習・修学旅行への同行 | 27 (3.6%) | 10 (0.9%) | 37 (2.0%) |
| 放課後サービス | 31 (4.1%) | 5 (0.5%) | 36 (2.0%) |

表 6 機能強化型訪問看護管理療養費別学校への訪問の経験

| | | 学校への訪問経験 有 | 学校への訪問経験 無 | 合計 |
|------------------------|------|---------------|---------------|------|
| 機能強化型 訪問看護管 理療養費 | 1 | 6 | 54 | 60 |
| | 2 | 5 | 52 | 57 |
| | 3 | 0 | 23 | 23 |
| | 該当なし | 65 | 1585 | 1650 |
| | 不明 | 2 | 34 | 36 |
| 合計 | | 78 | 1748 | 1826 |

表 7 実施理由 複数回答

| | 過去 1 年間に 18 歳以下の利用者有 n=68 | 過去 1 年間に 18 歳以下の利用者無 n=10 | 全 体 N=78 |
|------------|------------------------------|------------------------------|-------------|
| 学校からの依頼 | 21 | 8 | 29 (37.2) |
| 教育委員会からの依頼 | 22 | 2 | 24 (30.8) |
| 児の親からの依頼 | 48 | 5 | 53 (67.9) |
| 主治医からの依頼 | 11 | 1 | 12 (15.4) |
| 保健師からの依頼 | 3 | 0 | 3 (4.8) |
| 事業所の営業活動 | 7 | 1 | 8 (10.3) |
| その他 | 16 | 0 | 16 (20.5) |

表 8 小・中学校、特別支援学校への訪問状況

| | | 過去1年間に18歳以下の利用者有 n=748 | 過去1年間に18歳以下の利用者無 n=1082 | 全 体 N=1830 |
|---------------------------------------|----|------------------------|-------------------------|------------|
| 過去5年間に 小・中学校、特 別支援学校へ訪 問した人数 | 1人 | 49 | 5 | 54 |
| | 2人 | 16 | 2 | 18 |
| | 3人 | 9 | — | 9 |
| | 4人 | 5 | — | 5 |
| | 8人 | 1 | — | 1 |
| これまで訪問し た学校数 | 1校 | 59 | 8 | 67 |
| | 2校 | 14 | 2 | 16 |
| | 3校 | 6 | — | 6 |
| | 4校 | 1 | — | 1 |
| | 5校 | 2 | — | 2 |
| | 6校 | 3 | — | 3 |
| 現在訪問してい る学校数 | 1校 | 36 | 3 | 39 |
| | 2校 | 9 | 1 | 10 |
| | 3校 | 2 | — | 2 |
| | 6校 | 1 | — | 1 |

表 9 実施しない理由

複数回答

| | 過去1年間に18歳以下の利用者有 n=598 | 過去1年間に18歳以下の利用者無 n=948 | 全 体 N=1546 |
|-------------|------------------------|------------------------|--------------|
| 対象者なし | 277 (46.3%) | 622 (65.6%) | 899 (58.2%) |
| 依頼なし | 421 (70.4%) | 680 (71.7%) | 1101 (71.2%) |
| 看護師不足 | 66 (11.0%) | 211 (22.3%) | 277 (17.9%) |
| 小児看護の経験なし | 30 (5.0%) | 348 (36.7%) | 378 (24.5%) |
| 学校へ訪問する方針なし | 48 (8.0%) | 162 (17.1%) | 210 (13.6%) |
| 抵抗感 | 8 (1.3%) | 42 (4.4%) | 50 (3.2%) |
| 考えたことがない | 33 (5.5%) | 138 (14.6%) | 171 (11.1%) |
| 制度上困難 | 116 (19.4%) | 49 (5.2%) | 165 (10.7%) |
| その他 | 76 (12.7%) | 89 (9.4%) | 165 (10.7%) |

表 10 1 校当たりの複数利用者への実施状況

| | | 過去 1 年間に 18 歳以下の利用者有 n=748 | 過去 1 年間に 18 歳以下の利用者無 n=1082 | 全 体 N=1830 |
|---------------|-----|-------------------------------|--------------------------------|---------------|
| 1 校当たり複数利用者有 | | 11 | 4 | 15 |
| 1 校当たり の人数 | 2 人 | 6 | 2 | 8 |
| | 3 人 | 3 | — | 3 |
| | 4 人 | 1 | — | 1 |
| | 6 人 | 1 | — | 1 |
| | 8 人 | — | 2 | 2 |

未就学児が通う施設への医療的ケアの実施状況 (表 11) では、全体で発達支援センター 41 (2.2%)、保育所または幼稚園 58 (3.2%)、実施したことがない 1615 (88.3%) であった。

表 11 未就学児の通う施設への医療的ケアの実施状況

| | 過去 1 年間に 18 歳以下の利用者有 n=748 | 過去 1 年間に 18 歳以下の利用者無 n=1082 | 全 体 N=1830 |
|-----------|-------------------------------|--------------------------------|---------------|
| 発達支援センター等 | 30 (4.0%) | 11 (1.0%) | 41 (2.2%) |
| 保育所または幼稚園 | 49 (6.6%) | 9 (0.8%) | 58 (3.2%) |
| 実施したことがない | 642 (85.8%) | 973 (89.9%) | 1615 (88.3%) |

II. 調査 2

調査 2 の了承が得られた訪問看護ステーション 37 施設に調査 2 の質問紙を発送し、23 施設から返信があった。その内、1 ケースの回答が 15 施設、2 ケースの回答が 5 施設、3 ケースの回答が 3 施設あった。

学校種別 (表 12) では、利用者が通学する学校種類では私立は無かった。国公立小学校の低学年が 9 ケース、高学年 2 ケース、中学校 3 ケース、低学年～高学年にかけて 2 ケース、高学年から中学校にかけて 1 ケース、特別支援学校小学部低学年 6 ケース、高学年 3 ケース、中学部 2 ケース、高等部 3 ケース、低学年～高学年にかけて 2 ケース、高学年～中等部にかけて 1 ケースであった。

表 12 学年と学校種別 N=34

| | | 国公立 | | 特別支援学校 | |
|-----|-----|-----|---|--------|---|
| 小学校 | 低学年 | 9 | 2 | 6 | 2 |
| 小学校 | 高学年 | 2 | | 3 | |
| 中学校 | | 3 | 1 | 2 | 1 |
| 高等部 | | — | | 3 | |

契約者は利用者 3 ケース、教育委員会 17 ケース、学校 1 ケース、県・行政 6 ケース、研究事業 4 ケース、他の訪問看護ステーション 2 ケース (うち 1 ケースは教育委員会から他の訪問看護ステーション)、利用者と学校の両方 1 ケースであった。また、訪問看護ステーション看護師の関わりが居宅と学校の両方が 22 ケース、学校のみが 12 ケースであった。学校のみの場合における情報収集方法および指示書について表 13 に示した。

表 13 情報収集方法と指示書

| | |
|--------|---|
| 情報収集方法 | 養護教諭と母親の申し送りノートから自宅の様子、学校の様子、薬の内容を確認(1) 事前に情報が届いた。(1) 初回の話し合い時に確認(1) 訪問看護指示書、父母や担任からの聞き取り。(1) 連絡帳 (1) 担任教諭 (2) 家族 (2) 市教育委員から④情報として紙面とカンファレンス (1) 学校訪問を受けるにあたり居宅訪問も利用してもらった (1) |
| 指示書 | 市内の総合病院小児科(1) 県立こども病院(1) かかりつけ医 (1) 主治医 (4) |

() 回答数

導入前の話し合い(表 14)は、31 ケースで行われていた。話し合いへの参加者として、訪問看護師 30 ケース、養護教諭 6 ケース、学校看護師 24 ケース、保護者 25 ケース、学校管理者 8 ケース、市町村保健師 25 ケース、担任教諭 15 ケース、教育委員会 15 ケース、主治医 12 ケース、病院スタッフ 1 ケース、その他 7 ケースであった。話し合いは導入 3 日前～180 日前、1 回が 17 ケース、2 回が 5 ケース、3 回が 2 ケース、4～5 回が 1 ケースであった。話し合いの内容を表 12 に示す。

訪問時間は一定時間滞在が 24 ケース、1 日滞りが 8 ケース、定時の滞在が 1 ケースであった。

医療的ケア種別の実施者を表 15 に示した。中心静脈栄養を実施しているケースはなかった。また、養護教諭が実施しているものはその他の項目であったが、実施内容についての記載がなかった。

表 14 導入前話し合いの内容

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 契約内容 ・ 確認書のための対応確認 ・ 学校側の意向 ・ 学校のマニュアル ・ 記録や出勤簿 ・ 関係者との情報共有 ・ 事業の仕組み ・ 訪問日と訪問日の流れ ・ 年間訪問 (2 箇所のステーション予定) ・ 利用者について ・ 子どもの病状特性 ・ 連絡体制 ・ 緊急時対応 ・ リスク ・ 実施内容の確認 ・ 介入のイメージ ・ 担当者会議 ・ 小学校から中学校への申し送り ・ バス運行に関するもの |
|--|

養護教諭、学校看護師、担任教諭、学校管理者、学校介助員、コーディネーター教諭との連携の取りやすさを表 16 に示した。養護教諭ではとりやすいが 13 (42.0%) で最も多かったが、非常にとりにくいも 7 (22.6%) あった。学校看護師では配置がないとの回答があったが、とりやすい・まあまあとりやすいで 11 (64.7%)、非常にとりにくい 4 (23.5%)、担任教諭ではとりやすい 20 (60.6%)、非常にとりにくいはいなかった。管理者ではまあまあとりやすいが最も多く 12 (42.9%)、非常にとりにくい 6 (21.4%)、学校介助員ではとりやすいが 4 (50.0%)、非常にとりにくい 2 (25.0%)、コーディネーター教諭では、非常にとりにくい 4 (44.4%) と最も多く、とりやすい 3 (33.3%) であった。

訪問看護ステーションの看護師が学校に訪問して医療的ケアを実施するにあたっての学校の理解

平成 30 年度 学校の療養生活の場における医療的ケア児への質の高い医療的ケアの提供に資する研究

や受け入れ体制の有無、危機管理体制の有無を表 17 にしめた。

他ステーションとの連携有は 12 ケースであり、連携の目的および内容は、「他ステーションの対応の可能性」、「全ての内容を共通して行うため」、「他ステーションの閉鎖のための引き継ぎ」、「複数個

所に対応していたため報告（病状変化時、医療物品管理、手技の確認、記録物管理、請求書の確認など）、「訪問指示書」、「利用者の状況」、「居宅に訪問している訪問ステーションから自宅での様子などの情報」、「前年度の実施状況と注意点」などであった。

表 15 学校における医療的ケアの実施者 N=34 複数回答

| | 訪問 看護師 | 養護 教諭 | 学校 看護師 | 担任 教諭 | 保護者 | その他 |
|----------------|-----------|----------|-----------|----------|-----|---------|
| 人工呼吸器 | 12 | 0 | 3 | 0 | 8 | 0 |
| 気管切開 | 15 | 0 | 5 | 1 | 7 | 0 |
| 酸素療法 | 7 | 0 | 4 | 1 | 6 | 1 |
| 口鼻腔吸引 | 16 | 0 | 7 | 2 | 6 | 0 |
| 気管カニューレからの吸引 | 21 | 0 | 8 | 1 | 11 | 1 (本人) |
| カフアシスト | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| 薬液の吸入 | 5 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 |
| 中心静脈栄養 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 胃ろう・腸ろうからの経管栄養 | 16 | 0 | 6 | 1 | 7 | 0 |
| 経鼻胃管からの経管栄養 | 4 | 0 | 3 | 0 | 1 | 1 |
| 導尿 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| その他 | 6 | 3 | 0 | 1 | 2 | 1 (介助員) |

その他（呼吸介助：保護者、スクイーミング：訪看、車いす移乗介助：介助員、給食のきざみ対応：訪看・保護者）

表 16 連携の取りやすさ N=34 (%)

| | 養護 教諭 n=31 | 学校 看護師 n=17 | 担任 教諭 n=33 | 管理者 n=28 | 学校 介助員 n=8 | コーディ ネータ教 諭 n=9 |
|-----------|------------------|-------------------|------------------|-------------|------------------|--------------------------|
| とりやすい | 13(42.0) | 6(35.3) | 20(60.6) | 8(28.6) | 4(50.0) | 3(33.3) |
| まあまあとりやすい | 6(19.4) | 5(29.4) | 7(21.2) | 12(42.9) | 1(12.5) | 1(11.1) |
| ややとりにくい | 5(16.1) | 2(11.8) | 6(18.2) | 2(7.1) | 1(12.5) | 1(11.1) |
| 非常にとりにくい | 7(22.6) | 4(23.5) | 0(0.0) | 6(21.4) | 2(25.0) | 4(44.4) |

表 17 学校の受け入れ・危機管理体制 N=34 (%)

| 受入れ・危機管理体制 | | ケース数 |
|------------|-----------|-----------|
| 学校の理解 | スムーズに入れた | 26 (76.5) |
| | 難しかった | 7 (20.6) |
| | 無回答 | 1 (2.9) |
| 受入れ体制 | 体制はできていた | 15 (44.1) |
| | 体制を一緒に作った | 13 (38.2) |
| | 体制はない | 4 (11.8) |
| | 無回答 | 2 (5.9) |
| 危機管理体制 | ある | 10 (29.4) |
| | なし | 4 (11.8) |
| | 不明 | 17 (50.0) |
| | 無回答 | 3 (8.8) |

学校へ訪問する前の負担（表 18）では、学校での医療的ケアへの責任を負うこと以外の項目では、負担が「ない・あまりない」の方が「少しある・大いにある」よりも回答が多かった。学校での医療的ケアへの責任を負うことでは「ない・あまりない」で 6 (17.6%) に対して、「少しある・大いにある」が 11 (32.4%) となっていた。

表 18 学校への訪問前の負担の内容と程度 N=34 (%)

| | ない | あまりない | どちらとも | 少しある | 大いにある |
|-----------------------|-----------|-----------|----------|----------|----------|
| 1)学校の管理者との折衝 | 11 (32.4) | 7 (20.6) | 6 (17.6) | 5 (14.7) | 5 (14.7) |
| 2)担当の子ども及び家族への説明 | 10 (29.4) | 10 (29.4) | 7 (20.6) | 4 (11.8) | 3 (8.8) |
| 3)担任及び学校看護師・養護教諭との打合せ | 8 (23.5) | 9 (26.5) | 7 (20.6) | 3 (8.8) | 7 (20.6) |
| 4)訪問前の準備(物品の用意連絡等) | 9 (26.5) | 15 (44.1) | 3 (8.8) | 4 (11.8) | 3 (8.8) |
| 5)学校での医療的ケアへの責任を負うこと | 2 (5.9) | 4 (11.8) | 7 (20.6) | 7 (20.6) | 4 (11.8) |
| 6)その他 | 1 (2.9) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (2.9) |

表 19 学校に訪問を開始してからの負担の内容と程度 N=34 (%)

| | ない | あまりない | どちらとも | 少しある | 大いにある |
|--------------------------|----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| 1)子どもや家族に対する気遣い | 2 (5.9) | 10 (29.4) | 7 (20.6) | 9 (26.5) | 6 (17.6) |
| 2)担任および学校看護師・養護教諭に対する気遣い | 4 (11.8) | 8 (23.5) | 2 (5.9) | 14 (41.1) | 6 (17.6) |
| 3)専門性の高い小児へのケア提供 | 0 (0.0) | 15 (44.1) | 6 (17.6) | 10 (29.4) | 3 (8.8) |
| 4)学校での医療的ケアに責任を負うこと | 0 (0.0) | 11 (32.3) | 8 (23.5) | 10 (29.4) | 5 (14.7) |
| 5)子どもの危険に対応すること | 0 (0.0) | 7 (20.6) | 9 (26.5) | 11 (32.3) | 7 (20.6) |
| 6)詳細な報告を記述すること | 0 (0.0) | 18 (52.9) | 7 (20.6) | 7 (20.6) | 2 (5.9) |
| 7)学校訪問によって本来業務に支障をきたすこと | 1 (2.9) | 9 (26.5) | 5 (14.7) | 9 (26.5) | 10 (29.4) |
| 8)その他 | 0 (0.0) | 1 (2.9) | 0 (0.0) | 2 (5.9) | 0 (0.0) |

表 20 学校への訪問による利点 N=34 (%)

| | ない | あまりない | どちらとも | 少しある | 大いにある |
|-----------------------------|----------|----------|----------|-----------|-----------|
| 1)子どもの自立を促せた | 0 (0.0) | 1 (2.9) | 7 (20.6) | 13 (38.2) | 11 (32.3) |
| 2)教員・養護教諭に適切なケアを理解してもらえた | 0 (0.0) | 2 (5.9) | 5 (14.7) | 13 (38.2) | 13 (38.2) |
| 3)学校看護師がより適切にケアをできるようになった | 3 (8.8) | 3 (8.8) | 8 (23.5) | 5 (14.7) | 1 (2.9) |
| 4)子どもと家族とよりよい関係を築けた | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 2 (5.9) | 10 (29.4) | 22 (64.7) |
| 5)担任や学校看護師・養護教諭との連携がしやすくなった | 2 (5.9) | 2 (5.9) | 3 (8.8) | 11 (32.3) | 16 (47.1) |
| 6)その他 | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (2.9) | 1 (2.9) | 4 (11.8) |

学校に訪問を開始してからの負担の内容と程度（表 19）では、「専門性の高い小児へのケア提供」、「詳細な報告を記述する」の項目

で負担が「ない・あまりない」の方が、「少しある・大いにある」よりも回答が多かった。「学校訪問によって本来業務に支障をきたす

平成 30 年度 学校の療養生活の場における医療的ケア児への質の高い医療的ケアの提供に資する研究

こと」では、大いにあるが最も多く 10(29.4%)であった。学校に訪問に行った利点(表 20)としては、「学校看護師がより適切にケアをできるようにになった」以外の項目では、「少しある・大いにある」が「ない・あまりない」よりも回答が多かった。特に「子どもと家族とよりよい関係を築けた」に関しては、「ない・あまりない」の回答が無かった。訪問の対価は、少ないが 12 ケース、見合っているが 19 ケースであり、多いはいなかった。支払い形態としては、1 回当たりが 13 ケース、1 日当たりが 4 ケース、その他が 14 ケース(1 月当たり、年当たり、カンファレンス時)であった。支払い者は、利用者が 1 ケース(負担なし)、契約者が 18 ケース(うち利用者が契約者の場合は負担額なし)、その他が 10 ケース、利用者とその他が 1 ケース(利用者 1 割)、利用者と契約者が 1 ケース(利用者負担なし)であった。また、交通費は、利用者が 1 ケース、契約者が 9 ケース、他が 2 ケースであった。交通費なしが 16 ケース、無記入 6 ケースであった。

学校看護師配置に伴う補助金は、受けている学校が 1 校、受けていない学校が 6 校、不明が 26 校であった。受けている学校では、「学校看護師や養護教諭が一切関わらず、全て訪問看護師が対応していた」「福祉サービスではなく、教育委員会として予算をとるべきである」との課題を挙げていた。

Ⅲ. 調査 3

1. 対象の概要 (表 21)

平成 30 年度【調査 2】で回答を得た訪問看護ステーション 24 箇所の管理者宛に依頼文を郵送した。8 箇所から承諾の回答があったが、3 箇所は新型コロナウイルス感染症のた

め、インタビューを中止し、5 箇所の訪問看護ステーションにインタビュー調査を行った。

インタビュー調査を行った 5 箇所は、東北地方 1 箇所、関東地方 1 箇所、東海地方 1 箇所、近畿地方 1 箇所、九州地方 1 箇所であった。

2. 学校への訪問依頼の経緯(表 22)

依頼は保護者からの要望であった。費用負担は、都道府県や市、教育委員会などであり、保護者負担はなかった。しかしながら、契約方法や契約条件などは県あるいは市により異なっていた。

今回対象となった訪問看護ステーションでは、居宅の訪問を実施していた対象者から行政への要望で体制ができたところが 2 箇所あり、2 箇所とも体制作りに関わっていた。その経緯としては、学校に通う子どもの保護者が、学校でも訪問看護ステーションの看護師にみてもらいたいという要望があり、親が会を立ち上げ、県議員にアプローチし、議会へ要望を提出。議会から教育委員会への問い合わせにより、教育委員会が動き、教育委員会の予算として要望し、議会から予算が付いた。その際、本研究の対象訪問看護ステーションの管理者が教育委員会とともに制度立ち上げに尽力した。①親の経済的負担および②親の時間的負担の軽減、③子どもが親の都合で学校を休むことがないことを 3 本柱とし、本制度を作るのに 2 年の時間を要した。また、もう 1 箇所においては市長と語ろうという会で母親が直接子どもの状況を説明して要望した。市の福祉課が担当窓口となって医療的ケアに対しての給付事業が開始された。この福祉課の担当者が事業を開始するにあたって、対象数を事前に把握していたことで、スムーズに

平成 30 年度 学校の療養生活の場における医療的ケア児への質の高い医療的ケアの提供に資する研究

進んだ。費用に関しては、市と本対象ステーション（小児を対象としているステーションが1箇所であったため）で相談し決めた。

また、他の訪問看護ステーションの看護師が学校へ訪問を実施していたが、1箇所の訪問看護ステーションでは賄いきれなくなり、その訪問看護ステーションからの委託という形で訪問が始まった所もあった。その他、人工呼吸器を必要としている子どもは看護師が付かないと登校できない状況の中で、看護師が見つからず訪問看護ステーションの看護師が訪問することになったが、訪問看護ステーションとの契約はできないために、訪問看護ステーションの休日に学校に訪問に行くという個人契約を行っていたところもあった。

3. 学校との連携のタイミングや状況（表 22）

学校との連携は訪問が始まる前にはカンファレンスを1回～3回行っていた。また、学校への訪問が始まってからは、学校に訪問時に担任教諭や学校看護師と情報交換および共有をしていた。学校管理者である校長や教頭に訪問の確認印を貰いに行ったり、機材のある部屋の鍵を取りに行ったりすることで顔を合わせ、看護師の存在を示すなどの工夫を行っていた。

養護教諭が積極的に関わっていたところは、1箇所のみであり、訪問看護ステーションの看護師としてではなく、学校看護師としての契約を個人で行っているところであった。

医療コーディネーターの教諭が窓口となって、直接的に担任教諭、養護教諭との連携の取りにくさを感じた所があった。

4. 学校における危機管理体制（表 22）

訪問看護ステーションの看護師が入ることによる危機管理体制を取っている学校は2箇所であり、2箇所とも訪問看護ステーション

と一緒に体制を作っていた。

訪問看護ステーションの看護師の保険については、訪問看護ステーションでの保険が4箇所、それとともに個人での保険が1箇所、学校看護師としての契約に基づく保険が1箇所であった。

子どもの状態が急変した際の責任については、1箇所で看護師が関わっている最中であれば、看護師の責任、それ以外は学校（管理者）であったが、その他の4箇所では学校管理者との回答であった。

5. 訪問看護ステーション看護師が学校へ訪問している間の対象者の親の付き添い状況（表 22）

殆どの所で看護師がついている時には親の付き添いはないとのことであったが、1箇所の訪問看護ステーションにおいて関わった1校のみ、看護師が付き添っていても保護者の付き添いが必要な学校があった。

6. 訪問看護ステーション看護師が学校に訪問に行く際の問題点

問題点として以下のことが挙げられた。

1) 学校に訪問できる条件

- ・日中人工呼吸器をつけている子どもに限る。

2) 訪問回数・費用

- ・年間の訪問回数・予算上限あり

3) 訪問看護ステーションとしての採算

- ・対価が安く、時間を要するため、対象の人数が増えると事業の存続にかかわる。
- ・子どもの状態が悪くて学校に行けなくなるとその分の採算が取れなくなる。
- ・夏休み・冬休み・春休みなど学校が休み期間の収入はない。
- ・訪問以外で調整に時間を要し、調整には料金が発生しないため、その部分是对価

平成 30 年度 学校の療養生活の場における医療的ケア児への質の高い医療的ケアの提供に資する研究

に見合わない。

4) スケジュールの調整

- ・授業のタイミングがあるため、絶対その時間に行かないといけないのでスタッフを1人確保する必要がある。急に体調面が悪く休みとなると直前になって行かないようになるなどスケジュール調整が難しい。
- ・週5日学校に行くことは難しい。何か所かで連携して行かなくてはならない。
- ・依頼経路によっては、学校や保護者と直接連絡が取れなく、欲しい情報に対してもタイムラグが生じる。

5) 学校看護師のケア技術

- ・学校看護師が人工呼吸器の管理がみることができない。訪問看護ステーション看護師に一個一個数字の報告や大丈夫かななどの確認をしてくる。学校看護師が日替わりで変わり、そのたびに一個ずつ教えていくような感じであった。学校看護師は教えてもらおうという感じだった。
- ・学校看護師への指導が精神的負担であった。教え方間違えてしまったら、この後ずっと間違っただまやってしまうと思うため。
- ・親も学校看護師に対して不安があり、居宅で入っていた訪問看護師に学校看護師に教えて欲しいとのことであった。
- ・母親が他の人に医療的ケアを任せられない。居宅で入っている訪問看護師には任せられる。
- ・人工呼吸器を使用していると学校に配置されている看護師は医療的ケアの実施はしなくなる。

6) 複数の訪問看護ステーションが入ること

- ・対象者1人に複数の訪問看護ステーションが入ると、記録物、ゴミの始末、吸引器の片付け、人工鼻の替えはなど、やり取りが多い。

7) 医師との連携

- ・学校にはすぐに相談できる医師が常駐していない。
- ・指示書は学校宛てであり、指示書に疑問があっても直接主治医に聞くことはできない。

7. 工夫点

- ・学校に行く日は訪問看護ステーションとしても余力がある日に設定。学校の行事は事前に把握して予定を立てる。親の都合に合わせて前もって調整する。
- ・学校だけの訪問になると採算が取れないため、学校に訪問する対象者の方に対しては、居宅も契約している。
- ・学校に入る前に居宅訪問で子どもがスタッフに慣れてから学校に移行していく。
- ・職員室（教頭）に訪問後の確認印を貰いに行くことによって、学校側に看護師の訪問が見えるようにしている。
- ・訪問時子どもの状態について親と連絡を取れるように、ICTを活用している。
- ・基本的に経済的負担がかかると依頼できなくなるため交通費は取っていない。
- ・依頼経路によっては、いくつもの所を経て連絡が入り、タイムラグがでることへの対策としてICTを用いてグループで共有できるようにした。個人情報については注意を払った。
- ・訪問看護ステーション看護師よりクリニックの看護師の方が単価が安くなるため、訪問回数が増える。

表 21 訪問看護ステーションの属性

| | | A | B | C | D | E |
|----------------------------|-------|--------------|-----|-------|---------------|------|
| 医療保険 | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 介護保険 | | ○ | ○ | — | ○ | ○ |
| 医療機関 併設 | 病院 | ○ | — | ○ | — | — |
| | 有床診療所 | — | — | — | — | — |
| | 無床診療所 | — | — | — | — | — |
| | 併設なし | — | ○ | — | ○ | ○ |
| 機能強化 型訪問看 護管理療 養費 | 1 | — | — | — | — | — |
| | 2 | — | — | — | — | — |
| | 3 | — | — | — | — | — |
| | 該当なし | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 看護師数（常勤＋非常勤） | | 11 | 6 | 5 | 4 | 5 |
| その他職種 | | 保健師 理学療法士 | 助産師 | 理学療法士 | 准看護師 理学療法士 | 事務職員 |

表 22 訪問看護ステーション毎の状況

| 対象 | 依頼経緯 | 連携のタイミング・連携の状況 | 危機管理体制 | 親の付き添い状況 | その他 |
|----|---|---|---|----------------------------|--|
| A | 保護者の要望 予算は教育委 員会 | 学校に行った時に担任教諭及び 学校看護師と情報交換。 現場の教諭達は助かる・良かったとの発言があり、協力的。 スムーズに入れる学校と入れない学校がある。 | 学校で作成している緊急時マニュアルとの齟齬がないようにしながら個別に作成。養護教諭が中心になって連絡する体制。協力病院に搬送。 保険：利用者用保険内で対応。新たな保険は使用なし。 | 訪問看護師が滞在中は付き添いなし | 訪問看護師が家では見られない面を学校で、学校の教諭は学校では見られない面を訪問看護師から情報を得られる。 |
| B | 行政の広報誌に掲載、家族が行政に要望、家族からステーションに連絡。学校への看護師訪問については、市役所が学校に説明を行う。 | 学内の医療コーディネーターの教諭を通して連携。担任教諭や養護教諭とは直接連携を取りにくかった。教室に行くことにより担任教諭と話ができ、困りごとなどを聞くことができた。訪問の確認印で職員室（教頭など）と情報交換。 | 何か起きた時に責任は、看護師が処置をしている時は看護師、それ以外は校長。行政としては学校で起きたことは全て校長責任。校長が不安になると受け入れてもらえないこともあると考え、校長に安心してもらうように ICT を活用し、親と連絡を取る。学校では子どものリスク管理が分からないため、細かいマニュアルを作成。医療者が最後危ないと思うボーダーライ | 訪問看護師が学校に行くことによって、親の付き添いなし | 親が仕事を始めることができた。1校で複数の児童の医療的ケアを実施。 |

平成 30 年度 学校の療養生活の場における医療的ケア児への質の高い医療的ケアの提供に資する研究

| | | | | | |
|---|---|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | | | ンよりも手前に設定し、対処が間に合うようにしている。 | | |
| C | 経費は市の教育委員会。教育委員会から医師会へ委託契約後、そこからの委託。保護者には教育委員会から話しが入る。回数・費用に上限なし。カンファレンス費・交通費・キャンセル料など細かく規定されていた。 | やり取りは担任教諭、ただし担任教諭も動くので、連絡が取りにくかった（お昼の時間帯に吸引に行っていた）。吸引器のある部屋の鍵を校長室に取りに行っていたので、校長とのやり取りがあった。養護教諭の医療的ケア技術の習得状況についての情報がなく、自分の養護教諭に対する要求度が高かったと後で思った。本訪問看護ステーションは直接的なやり取りができず、医師会が間に入って連絡調整。 | 訪問看護ステーションの保険学校としての体制は出来ていると思うが、訪問看護ステーション看護師まで降りてきていない。保護者とどのように対応について決めているのかの文章などはなかった。 | 訪問看護師が付き添いなし | |
| D | 研究事業 医師から学校へ依頼 | a 校 学校看護師と連携。養護教諭とはあまり連携はとっていない。学校看護師は対象児入学のための配置。学校看護師への技術指導を行った。 b 校 管理者が窓口でスムーズに入れた。スクーリングの子どもには学校看護師も養護教諭も手出しをしてはいけなかったので連携は無かった。 医療的ケアが必要な児の入学は初めての学校であったが、スムーズに入れた 養護教諭は学校看護師がいるからか、対象児にはあまり関わってなかった c 校 教育の場に他者が入って来るなという雰囲気があり、授業中は教室の隅で待機。ケアは個人のタイミングではなく、皆一斉に行う。 | 3校とも対象児用の危機管理のマニュアルはあった。訪問看護ステーション看護師が入る前に話し合いをして決めた学校もあり。訪問看護ステーションの保険と看護師個人の保険を適用 | a・b校 親の付き添いなし c校 母親が別部屋で待機 | a・b校 母親に自由な時間ができた |
| E | 看護師がつかないと子どもが登校できないが、予定していた看護師が人工呼吸器をみたことがな | 担任教諭、養護教諭との連携は取りやすかった。学校と契約している看護師としての立場。 何人かの看護師で対象児についていたので、そのローテーションは養護教諭が組んでいた。 | 学校看護師として契約しているため学校側の保険適用になる。危機管理体制はきっちりしていた。 | 送り迎えは保護者 | 学校に行くようになって、子どもと家族とより良い関係になった。お母さんと |

平成 30 年度 学校の療養生活の場における医療的ケア児への質の高い医療的ケアの提供に資する研究

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>いということ でキャンセル になり、居宅で 関わっていた 子どもであり、 急遽看護師が 見つかるまで 行くことにな った。訪問看護 ステーション から行くとい うことは教育 委員会で認め られなかった ために、訪問看 護ステーション の休みの日 に1個人の看護 師として契約。</p> | <p>親との連携は記録物。 次年度より学校で研修会が始まる 予定。何人もの看護師が1人 の子どもに関わるため共通の情 報交換・共有を目的にしている。</p> | | <p>の話題が豊 富になっ た。家で見 ているのと 学校でみる のでは子ど もの別の側 面が見え る。学校の 教員や養護 教諭の子ど もに関して の発見の仕 方や気づき が違う。情 報を共有し ていくと違 う発見があ る。</p> |
|---|--|--|---|

D. 考察

全国の訪問看護ステーション 11,754 施設の管理者に、小児の訪問看護の実施状況、学校との連携についての実態を明らかにするために質問紙調査を行った。

回答を得た 1830 施設のうち、山梨県、茨城県、富山県の回答率が一桁と低く、新潟県 69.8%、長野県で 44.2% と回答率が高かったが、その他の県においては 10~20% 台の回答率であり、ほぼ母集団を表していると考えられる。

本調査では 1830 施設のうち 993 施設 (54.3%) で小児を対象としていること、過去 1 年間の 18 歳以下の医療的ケアを必要とする利用者が有と回答があった施設が 748 (40.9%) であり、全国の訪問看護ステーションの約半数が小児を開設し、4 割が過去 1 年間に 18 歳以下の利用者があったことが明らかになった。先行研究によると 2010 年度では 18 歳以下の利用者がある訪問看護ステーションは 37.1%¹⁾、平成 25 年度では 10 歳代以下の利用者がある訪問看護ステーションは 41.1%²⁾ とあり、本調査と大きな違いはないといえる。

18 歳以下の医療的ケアの実施状況では、口鼻吸引、気管切開が 6 割の施設で実施され、利用者はそれぞれ平均 4.1 人、3.0 人と多く、一方、腹膜透析が 2.9%、中心静

脈栄養が 10.6%の施設で実施され、利用者はそれぞれ平均 1.2 人、1.3 人と少ないことが明らかになった。

学校に訪問し医療的ケアを 78 施設で実施した経験があり、学校種別では特別支援学校よりも小学校の方が多く、子どもの障害の種類や程度および学校看護師の配置の有無との関係が考えられる。また、実施理由では親からの依頼が 67.9%、学校からの依頼が 37.2%、教育委員会からの依頼が 30.8%であり、学校および教育委員会からの依頼が 3 割以上あることが分かった。また、調査 2 において訪問して医療的ケアを実施している学校種類が特別支援学校よりも小学校の方が多く、看護師配置がない学校である可能性が高く、依頼経緯として教育委員会が多いこと、学校のみ訪問が 12 ケース (35.3%) から、学校看護師が配置されず、養護教諭では対応できない学校へ教育委員会が訪問看護ステーションの看護師へ依頼していることが考えられる。

導入前の話し合いでは 31 ケース (91.2%) で行っていること、話し合いの内容として複数のステーションでの日程の調整などが行われていることが分かった。複数のステーションで訪問する経緯や状況などについて今後明らかにしていく必要があると考える。

連携については、学校教職員との連携では、非常にとりにくいが養護教諭 22.6%、学校看護師 23.5%、担任教諭 0、管理者 21.4%、学校介助員 25.0%、コーディネーター教諭 44.4%であった。

また、訪問開始後に担任および学校看護師・養護教諭に対する気遣いでは、「少しある・大いにある」が 20 (58.7%) と半数を超えている。学校教職員との連携がとりにくいあるいは気遣いをする状況について明らかにしていく必要がある。学校の受け入れ体制ではスムーズに入れたが 76.5%、難しかったが 20.6%あり、また、受け入れ体制を一緒に作ったが 38.2%であり、難しさの内容や受け入れ体制の作っていく経緯を明らかにする必要がある。

学校における危機管理体制についてであると回答があったのが 29.4%にとどまり、学校への訪問前の負担内容として学校での医療的ケアの責任を負うことが「なし・あまりない」17.7%、訪問開始後の負担として子どもの危険に対応することが「ない・あまりない」20.6%、学校での医療的ケアに責任を負うこと「ない・あまりない」32.3%であり、訪問看護ステーションの看護師が訪問し医療的ケアを実施していく上では、危機管理体制を明確にしていく必要があることが示唆された。

学校への訪問による利点として、子どもの自立の促し、教員・養護教諭が適切なケアの理解、子ども・家族とより良い関係、担任・学校看護師・養護教諭との連携のしやすさの回答が「少しある・大いにある」が「ない・あまりない」を上回っていたが、学校看護師がより適切にケアをできるようになったに関しては利点が「ない・あまりない」と「少しある・大いにある」が同数の回答であり、学校看護師が考える訪問看護ステーションの看護師についての利点や問題点を抽出していくことも必要である。

学校へ訪問していない理由として、依頼がないが過去 1 年間に 18 歳未満の利用者の有無にかかわらず約 7 割と最も多かった。対象者なしが過去 1 年間に 18 歳未満の利用者有で 46.3%、無で 65.6%であり、当然ながら過去 1 年間に 18 歳未満の利用者が無と回答があった方が割合は多かった。また、制度上困難が過去 1 年間に 18 歳未満の利

用者有で 19.4%に対し、無では 5.2%であり、過去 1 年間に 18 歳未満の利用者有の施設の方の割合が多かった。抵抗感に関しては、過去 1 年間に 18 歳未満の利用者の有無にかかわらず、割合は一桁台であり、先行研究³⁾の 11.3%を下回っていた。

1 校当たり複数利用者への医療的ケアの実施状況では、2 人が 8 施設、3 人が 3 施設、4 人、5 人がそれぞれ 1 施設、8 人が 1 施設あり、複数人を実施している状況について今後明らかにしていく必要がある。

学校への訪問については、経費は都道府県や市、教育委員会が負担していることは共通していたが、学校外看護師が学校に訪問できる対象児の条件や訪問回数・費用は異なっており、都道府県および市によって一律の方法で実施できない状況であることが明らかになった。また、制度の立ち上げには、利用者の要望とともにそれに対応できる学校外看護師の存在が必要であることが明らかになった。そのため、学校外の看護師が学校に訪問し医療的ケアを実施するためには、その地域の方針を十分把握することが重要である。今回の調査においても、学校外の看護師を入れない、つまり学校看護師としての契約以外では入れないという県もあり、医療的ケアを必要とする子どもの学校における医療的ケアの担い手については、地域ごとの特徴に合わせて検討していくことが必要である。

学校教職員との連携については、管理職の考え方、学校内の体制によって変わってくるが、多くは担任教諭と教室での連携を行っており、学校看護師が常駐する学校では養護教諭との連携があまり行われていないことが分かった。また、訪問籍の児童がスクーリングで登校している際には養護教諭も学校看護師も関わらず、学校外看護師が訪問しない時には、保護者が医療的ケアの担い手となっている現状があることもわかった。学校看護師においては、医療的ケアの技術の未熟さや知識のなさから、保護者が不安を抱いていたり、学校看護師自身も不安があり、訪問看護ステーションの看護師が学校看護師に指導したり、助言したりするという状況があり、責任の

重さから負担を感じていることが分かった。子どもの状態に合わせた学校看護師の技術や知識の準備状態を整えていく必要がある。

また、学校外看護師が学校を訪問する際の危機管理体制が明確になっている所がほとんどなく、かつ何か起こった際には所属する訪問看護ステーションでの保険や看護師個人の保険で対応することを想定している現状が明らかになった。対象児のケアの責任の所在については、明文化し共通理解ができるようにしておくために、学校側と学校外看護師との学校へ訪問前にしっかりと調整しておくことが必要である。しかしながら、学校側も学校外看護師も初めての導入の際には、何をどのように調整し、決めておくのかが想定できないことが考えられ、前例や導入に関するマニュアルなどが活用できる状況を整えていく必要がある。

引用文献

- 1) 全国訪問看護事業協会：医療ニーズの高い障害者等への支援策に関する調査、平成 22 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業、2011.
- 2) 全国訪問看護事業協会：訪問看護の質の確保と安全なサービス提供に関する調査研究事業 訪問看護ステーションのサービス提供体制に着目して、平成 25 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健増進等事業、2014.
- 3) 倉田慶子：在宅小児と家族を取り巻く現状と加地、小児看護、41(3)、902-910、2018.

E. 結論

訪問看護ステーションのうち半数以上が小児の受け入れを行っていること、過去 1 年間に 18 歳以下の利用者がいる訪問看護ステーションが 40.9%であることが明らかになった。学校への訪問看護ステーション看護師の訪問では、4.3%と少なく、訪問依頼の経緯としては、親が多かったが、学校・教育委員会

も 3 割以上であり、訪問先としては小学校が 71.8%と多いことが分かった。

訪問看護ステーション看護師が学校に訪問し、医療的ケアを実施する経緯や状況は都道府県や市、教育委員会の方針により異なる。

学校教職員との連携では担任教諭との連携は教室内で行っており、養護教諭との連携はほとんど見られなかった。

学校看護師の医療的ケアの技術や知識などの準備状態を整えていくことが必要である。

学校外看護師が学校において医療的ケアを実施する際の危機管理体制を明文化し共通理解ができるようにしておくことが必要である。

学校看護師あるいは外看護師が子どもの医療的ケアを担っている状況では保護者が学校内に待機しているのは 1 校のみであった。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1. 小西克恵、横山由美、大海佳子、川崎綾香、田中道子、福井小紀子：全国訪問看護ステーションにおける小児の医療的ケアに関する状況調査 第1報、第9回日本在宅看護学会学術集会、東京、2019. 12. 8.
2. 大海佳子、横山由美、小西克恵、川崎綾香、田中道子、福井小紀子：全国訪問看護ステーションにおける小児の医療的ケアに関する状況調査 第2報、第9回日本在宅看護学会学術集会、東京、2019. 12. 8.

H. 知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし

資料（調査票）

平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費：学校の療養生活の場における医療的ケア児への質の高い医療的ケアの提供に資する研究 -全国訪問看護ステーションにおける小児の医療的ケアに関する状況調査-

貴訪問看護ステーションの看護師がこれまでに小学校・中学校・特別支援学校など学校に訪問した状況についてお伺いします。

現在訪問しているケースまたは該当者がいない場合は直近のケースも含めて、最大 3 名まで、ケースごとにご記載下さい。

【ケース 1】

1. 訪問を実施した子どもの年齢および子どもの通学する学校で、当てはまるところに○を付けてください。

| | 国公立 | 私立 | 特別養護支援学校 |
|---------|-----|----|----------|
| 小学校 低学年 | | | |
| 小学校 高学年 | | | |
| 中学校 | | | |
| 高等部 | | | |

2. 学校への訪問を導入するにあたっての契約者は誰（機関）ですか。

利用者(家族) 教育委員会 学校 その他()

3. 利用者（子ども）の主たる病名は何ですか。

主たる病名 ()

4. 学校への訪問を導入するために導入前に話し合いは行いましたか。

行った 行わなかった

参加者 訪問看護師 養護教諭 学校看護師 保護者 学校管理者
 市町村保健師 担任教諭 教育委員会 主治医
 病院スタッフ その他 ()

時期 導入 () 週間前、回数 () 回

内容 ()

5. 学校への訪問回数および 1 回当たりの訪問形態時間を教えて下さい。

訪問回数 () 回/週

訪問時間

- 一日滞在 一日定時に () 回の訪問
 時間を決めて学校へ赴く () 時～ () 時
 その他 ()

6. 学校で実施している医療的ケアと実施者に○を記入して下さい。

| | 訪問 看護師 | 養護 教諭 | 学校 看護師 | 担任教諭 | 保護者 | その他 () |
|----------------|-----------|----------|-----------|------|-----|------------|
| 人工呼吸器 | | | | | | |
| 気管切開 | | | | | | |
| 酸素療法 | | | | | | |
| 口鼻腔吸引 | | | | | | |
| 気管カニューレからの吸引 | | | | | | |
| カフアシスト | | | | | | |
| 薬液の吸入 | | | | | | |
| 中心静脈栄養 | | | | | | |
| 胃ろう・腸ろうからの経管栄養 | | | | | | |
| 経鼻胃管からの経管栄養 | | | | | | |
| 導尿 | | | | | | |
| その他 | | | | | | |

7. 学校への訪問に関して、支払い形態、利用者自己負担額、交通費を教えてください。

- 1回あたりでの支払い 1日あたりでの支払い その他()
 利用者（家族）自己負担額 () 円
 契約者（教育委員会・学校等）自己負担額 () 円
 交通費（片道） () 円

8. 学校への訪問の対価は見合っていると思いますか。

- 少ない 相当である 多い

9. 校外学習、修学旅行時に貴訪問看護ステーションの看護師が同行していますか。

- 状況によってしている いつもしている していない

↳ どのような状況の時にしていますか

10. 通学時に貴訪問看護ステーションの看護師が付き添っていますか。

- 状況によってしている いつもしている していない

↳ どのような状況の時にしていますか

11. 養護教諭、学校看護師、担任教諭、学校管理者（校長・副校長・教頭）との連携の取りやすさをお答えください。（とりやすいを◎、まあ取りやすいを○、やや取りにくいを△、非常に取りにくいを×）。学校看護師、支援員、コーディネーター教諭は（ ）内に人数もご記入ください。

| | 養護教諭 | 学校 看護師 | 担任教諭 | 管理者 | 学校介助員 (学校介護員) | コーディネーター 教諭 |
|---------------------|------|-----------|------|-----|------------------|----------------|
| 連携の取りやすさ ◎○△×で記入 | | (名) | | | (名) | (名) |

12. 学校への訪問による負担の程度について、あてはまる箇所にチェックしてください。

| 【訪問前の負担の程度】 | ない | あまりない | どちらとも | 少しある | 大いにある |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1)学校の管理者との折衝 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2)担当の子ども及び家族への説明 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3)担任及び学校看護師・養護教諭との打合せ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4)訪問前の準備（物品の用意連絡等） | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5)学校での医療的ケアへの責任を負うこと | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6)その他（ ） | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| 【訪問中の負担の程度】 | ない | あまりない | どちらとも | 少しある | 大いにある |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1)子どもや家族に対する気遣い | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2)担任および学校看護師・養護教諭に対する気遣い | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3)専門性の高い小児へのケア提供 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4)学校での医療的ケアに責任を負うこと | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5)子どもの危険に対応すること | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6)詳細な報告を記述すること | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 7)学校訪問によって本来業務に支障をきたすこと | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 8)その他（ ） | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

13. 学校への訪問による利点についてお伺いします。

| | 利点はない | あまりない | どちらとも | 少しある | 大いにある |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1)子どもの自立を促せた | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2)教員・養護教諭に適切なケアを理解してもらえた | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3)学校看護師がより適切にケアができるようになった | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4)子どもと家族とよりよい関係を気づけた | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5)担任や学校看護師・養護教諭との連携がしやすくなった | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6)その他（ ） | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

14. 貴訪問看護ステーションの看護師が学校に訪問して医療的ケアを実施するにあたっての学校の理解や受け入れ体制、危機管理状況についてお聞きします。

| 学校の理解 | 受入れ体制 | 危機管理体制 (医療的ケア安全委員会の設置等) |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> スムーズに入れた | <input type="checkbox"/> 体制はできていた | <input type="checkbox"/> ある |
| <input type="checkbox"/> 理解を得るのが難しかった | <input type="checkbox"/> 体制を一緒に作った <input type="checkbox"/> 体制はない | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 |

15. 学校での医療ケアを行うに当たり、他訪問看護ステーションと連絡や連携を取ったことはありますか、または、ありましたか。

ある

└─┬─> どのような内容ですか

ない

連携を取れる所がない 連携を取る必要がない

その他

16. 在宅で訪問していたケースですか、あるいは学校のみ訪問のケースですか。

在宅+学校

学校のみ

└─┬─> その際の利用者の情報はどのように収集しましたか

また、その際の指示書はどこから出されておりましたか。

17. 学校看護師配置に伴う助成金を受けていますか。

受けている

受けていない

└─┬─> 補助金を受けた際の良い点や課題、提案はありますか。

*調査1でこれまでの学校への訪問ケース数を問うているため、そのケース数に合わせて、訪問看護ステーション毎に最大3ケースまでとし、質問票を1ケースのものから3ケースのものまでとした。

調査 4 : 「人工呼吸器使用児などが安全に教育を受けるための学外看護師にむけた支援マニュアル」案の確認調査

A. 調査目的

本研究班が作成した「人工呼吸器使用児などが安全に教育を受けるために学外看護師にむけた支援マニュアル」案が実際に使用する訪問看護ステーション看護師に使用可能であるのか、使用するために修正を行った方が良い箇所はあるかなどの確認を目的とした。

B. 調査方法

全国 1000 箇所の訪問看護ステーションに「人工呼吸器使用児などが安全に教育を受けるために学外看護師が支援するためのマニュアル」案を発送し、意見を求めた。

C. 調査結果

1000 箇所発送したうち、23 箇所が宛先不明で返送され、メールでの回答含め 370 通回収し、マニュアルに関する意見および感想・要望などをまとめた。

1. マニュアル修正案に関する意見

ページごとにまとめ、マニュアル作成班に渡した。

2. マニュアルの感想

本マニュアルに関しては、詳しく丁寧に作成されている、分かりやすく書かれていて、大変参考になった、勉強させてもらったという意見が多かった。

3. マニュアルへの要望

- ・チェックリストは有効活用でケアに生かされる
- ・学校看護師の役割や心構え、知っておくべき教育現場の現状などがあれば尚助かる。
- ・災害の時の対応

・呼吸器使用児の居宅訪問を行っているが、その児が安全に教育（学校で）を受けられるイメージがつかめない。

・現場で適応になる法律や慣例的な事例が記載されていると、現場でも重宝される一冊になる

・経験豊富な看護師と頭でっかちな看護師・初任看護師のギャップを埋める観察・記録の工夫があるといい。

・観察事項・記録様式の工夫があると医師への報告や家族への指導も役立つと思う。

4. 今後への期待・要望

・制度の中での活動には限度があるが制度の狭間にある領域での課題に対応できるよう努力したい。

・呼吸器使用児が受けられる教育の場が特別支援学校であったり訪問教育であったり決められてしまうのは残念。そのための環境を作っていくのに、看護師不足というのは困った問題かと思った。学校看護師や特定行為を指導できる看護師が増やせたら可能なのではと思った。

・地域によって医療や看護の提供には格差があると思うが、障害のある本人やご家族の為にも、必要な教育環境などの改革に最善の努力を望む。

・当市もまだ医療ケア児を公立幼稚園など通学させる方向になく、例もなく、他市県の例をもっていっても、なかなか財政や制度の関係で実施までもっていけない現状（取り合ってくれない状態）。このマニュアルが完成しだい。推し進めていける手だと思った。

・マニュアルが仕上がり、安全教育がいきわたり、呼吸器使用児の受け入れが、さらに広がる事が心より願っている。

・個々による対応の差は生じると思うが、特に事例は状況や問題、などを把握しやすく、児とその家族を中心とした体制作りがなされている過程を読み取ることができた。

D. 考察

マニュアルを読むことによって、勉強になったとの回答が多く、マニュアル作成のために意見を求めたが、副次的に訪問看護ステーション管理者の考える機会や学びを深める場となったと考える。

また、医療的ケアを必要とする子どもへの支援を多くの訪問看護ステーションで必要と考えられながら、実施できておらず、今後取り組んでいきたいと考えている現状が認められた。その際に本マニュアルの活用を希望しているところも多く、今後マニュアルの提供方法について検討していく必要があると考える。

E. 結論

1000 箇所発送したうち、23 箇所が宛先不明で返送され、メールでの回答含め 370 通回収した。

1. マニュアルを読むことによって、勉強になったとの回答が多かった。
2. 医療的ケアを必要とする子どもへの支援を多くの訪問看護ステーションで必要と考えられながら、実施できておらず、今後取り組んでいきたいと考えている現状が認められた。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

| 著者氏名 | 論文タイトル名 | 書籍全体の編集者名 | 書籍名 | 出版社名 | 出版地 | 出版年 | ページ |
|----------------------------------|---|----------------|-------------------------------------|-------------------|-----|------|---------|
| 田村正徳、 金井雅代 (3(4)谷口 由紀子) | NICUから在宅に 移行する子どもた ち | 末光茂、大 塚晃=監修 | 医療的ケア児 等支援者養成 研修テキスト | 中央法規 出版 | 東京 | 2017 | 208-220 |
| 田村正徳 | 医療的ケア児等 コーディネーター 養成研修テキスト | 監修：田村 正徳 | 医療的ケア児 等コーディネ ーター養成研 修テキスト | 中央法規 出版 | 東京 | 2017 | - |
| 田村正徳 | 総論 I 小児在宅医 療人工呼吸療法マ ニュアルが必要と される背景 | | 小児在宅人工 呼吸療法マニ ュアル第1版 | 日本呼吸 療法医学 会 | 大阪 | 2017 | 1-9 |

雑誌

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|---|--|------------------------------------|---------|-----------|------|
| Hosono S, Tam ura M, Isayama T, et al. | Neonatal cardiopulm onary resuscitation p roject in Japan | Pediatrics In ternational | 61 | 634-640 | 2019 |
| H.Kirpalani, S J.Ratcliffe, M.K eszler, M.Tamura a, et al. | Effect of Sustained I nflations vs Intermit tent Positive Pressur e Ventilation on Bro nchopulmonary Dyspl asia or Death Among Extremely Preterm Infants. The SAIL Randomized Clinical Tria | JAMA | 321(12) | 1165-1175 | 2019 |
| Morita M, Tana ka K, Matsumu ra S, Tamura M, Namba F. | Perinatal factors ass ociated with bubbly/c ystic appearance in bronchopulmonary dy splasia: A nationwid e, population-based c ohort study in Japa n. | J Matern Fe tal Neonatal Med | 18 | 1-6 | 2019 |

| | | | | | |
|--|--|---------------------------|---------|-----------|------|
| T Miyazawa, K Itabashi, M Tamura, et al. | Unsupervised breastfeeding was related to sudden unexpected postnatal collapse during early skin to skin contact in cerebral palsy cases | Acta Paediatrica | | 1-8 | 2019 |
| 田村正徳、船戸正久 | 田村正徳、船戸正久.人工呼吸器のような高度医療ケア児の学校における看護ケアをどうするか？ | 日本重症心身障害児学会雑誌 | 45(1) | 17-76 | 2020 |
| 田村正徳、川前金幸 | 在宅人工呼吸患者の危機管理 | 日本周産期・新生児医学会雑誌 | 55(5) | 1392-1393 | 2019 |
| 田村正徳 | 小児在宅医療 | 周産期医学 | 50(4) | 720-723 | 2020 |
| 田村正徳 | 医療的ケア児とは | 作業療法ジャーナル | 53(5) | 436-440 | 2019 |
| 田村正徳 | NICU から始まる在宅医療 | 在宅新療 | 4(4) | 310-314 | 2019 |
| 森脇浩一, 奈倉道明, 田村正徳 | 気管切開をしている在宅医療児の地域中核病 | 日本小児科学会雑誌. | 123(10) | 1565-1570 | 2019 |
| 沢口恵, 山路野百合, 大田えりか, 田村正徳 | 訪問看護を利用している小児の利用者数と医療的ケアの実態. | 日本在宅ケア学会誌 | 23(1) | 47-53 | 2019 |
| 田村正徳 | 先天性横隔膜ヘルニアの呼吸・循環管理 | 小児看護 | 41(12) | 1519-1526 | 2018 |
| 田村正徳 | 新生児の呼吸管理 | 第23回3学会合同呼吸療法認定士認定講習会テキスト | 23 | 399-431 | 2018 |
| 田村正徳 | 新生児領域／特集：小児診療ガイドラインの読み解き方(各論：小児関連学会(分野)のガイドラインへの取り組み) | 小児内科 | 50(5) | 798-803 | 2018 |

| | | | | | |
|---|--|------------------------|--------|-----------|------|
| 田村正徳 | 日本医師会小児在宅ケア検討委員会における討論状況について | 「2017年度在宅医療推進のための会」報告書 | | 147-150 | 2018 |
| 田村正徳 | 地域包括ケアシステムにおける子どもと家族への支援の取り組み | 保健の科学 | 60(1) | 32-35 | 2018 |
| 田村正徳、仁志田博司、福原里恵 | 重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療スタッフの話し合いのガイドラインー作成の経緯と課題を含めての紹介ー | 小児外科 | 49(8) | 841-844 | 2017 |
| 川瀬昭彦、岩田欧介、近藤裕一、岩井正憲、深淵浩、高橋大二郎、前出喜信、平川英司、落合正行、高柳俊光、久野正、七種護、大木茂、田村正憲、楠田聡、和田和子 | 熊本地震からの教訓：大規模総合周産期母子医療センターの機能改善と入院児の緊急避難 | 日本小児科学会雑誌 | 121(6) | 1067-1074 | 2017 |
| 委員長：福原里恵、委員：饗場智、網塚貴介、飯田浩一、大城誠、加部一彦、久保実、白石淳、田村正徳、飛驒麻里子、船戸正久、和田和子、和田浩 | 重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療スタッフの話し合いのガイドライン（話し合いのGL）をもっと活用しやすくなるように多職種で話し合おう！ーどうして話し合いのGLをうまく活用することができないのか？ー | 日本新生児成育医学会雑誌 | 29(2) | 52-54 | 2017 |
| 田村正徳 | 過去の大規模災害からまなぶことー新生児医療 | 周産期医学 | 47(3) | 337-340 | 2017 |
| 田村正徳 | 熊本震災に対する学会支援活動の末端に関わって | 赤ちゃん成育ネットワーク会報 | (19) | 21-28 | 2017 |

