

特別支援学校において医療的ケアに携わる看護師の看護実践力

Practical Ability of Nurses Responsible for Medical Care in Special Needs Schools

道重 文子¹⁾, 竹村 淳子¹⁾, 古株 ひろみ²⁾, 谷口 恵美子³⁾, 泊 祐子¹⁾

Fumiko Michishige¹⁾, Junko Takemura¹⁾, Hiromi Kokabu²⁾, Emiko Taniguchi³⁾
Yuko Tomari¹⁾

キーワード: 特別支援学校, 看護師, 看護実践力

Key words: Special needs schools, nurse, practical ability in nursing

抄録

特別支援学校における医療的ケアに携わる看護師に対する支援モデルを開発するために医療的ケアに関する27項目について4段階リッカート法で回答をもとめる調査をした。回答のあった102名分を分析した。学校に勤務する看護師の看護師経験年数は、平均17.2年であり、勤務以前の障がい児ケアの経験者は1/3であった。自信がない、できない者が多い項目は、「口腔ネラトンチューブの挿入」、「人工呼吸器の取り扱い」、「抗けいれん薬の使用判断」、「腹圧が高く経鼻チューブが口腔へ上がりやすい子どもへの対処」であった。障がい児ケアの経験者の方が、8項目において有意であり、経験を積むことによって、医療的ケアの看護実践力は高まることが示唆された。「口腔ネラトンチューブの挿入」、「人工呼吸器の取り扱い」、「抗けいれん薬の使用判断」に関しては、障がい児ケアの経験の有無による有意差がなく、繰り返しの研修の必要性が示唆された。

Abstract

To develop a support model for nurses responsible for medical care in special needs schools, we conducted a questionnaire survey comprising 27 items relating to medical care, using a four-point Likert scale. The questionnaires, returned from 102 nurses, were analyzed. The respondents had been working in schools as nurses for an average of 17.2 years; one-third of them had had experience in taking care of handicapped children before working in the school. The performance items regarding which many respondents were not confident or unable to perform were “inserting a Nélaton catheter into the mouth,” “handling a ventilator,” “making the decision to use an anticonvulsant” and “taking care of children in whom the nasal tube is likely to rise to the oral cavity because of increased abdominal pressure.” Respondents who had experience in taking care of handicapped children had a significantly higher score

1) 大阪医科大学看護学部 Osaka Medical College Faculty of Nursing 2) 滋賀県立大学人間看護学部
3) 岐阜県立看護大学

in 8 items. This finding suggests that gaining greater experience increases the practical ability of nurses in medical care. No significant differences were noted in terms of “inserting a Nélaton catheter into the mouth,” “handling a ventilator” or “making the decision to use an anticonvulsant,” according to whether the respondents had experience in taking care of handicapped children. This finding suggests the need for repeated training.

I. はじめに

1979 (昭和 54) 年に養護学校の義務制が実施されて以来、ノーマライゼーション理念に基づく在宅生活の広がりや医療技術の進歩、在宅医療の諸政策の推進等もあり、医療的ケアの必要な児童生徒の在宅化が進み、地域の養護学校への就学ニーズが高まってきた。このような状況を踏まえて、文部科学省と厚生労働省は、平成 10 年から医療的ケアに関する教育支援体制を整備し、2004 (平成 16) 年 10 月 20 日 (医政発第 1020008 号)「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて」の通知が厚生労働省医政局長名で出され、医師又は看護職員の資格を有しない教員によるたんの吸引等の実施が条件付きで許容され、非医療関係者の教員が医行為を実施する上で医療関係者による的確な医学管理として「児童生徒等が学校にいる間は看護師が学校に常駐する」ことが示され、以後養護学校に看護師の配置が広がった (山田他, 2007)。

なお、2006 (平成 18) 年 6 月「学校教育法等の一部を改正する法律」により、1947 (昭和 22) 年の「学校教育法」施行以来「特殊教育」として規定されていた盲学校、聾学校、養護学校は、複数の障がい種別に対応した教育を行うため一本化され、特別支援学校に、特殊学級は特別支援学級に改められた。以後、本研究でいう学校とは、特別支援学校を示す。

教員に許容されている標準的な医療的ケアは、「咽頭より手前の範囲での吸引」、「経管栄養開始後の対応」、「本人又は看護師がカテーテルの挿入を行う場合には、尿器や姿勢の保持等の補助を行うこと」の 3 行為と示されているが、3 行為以外の医療的ケアについての指針はなく、学校ごとに対応がおこなわれている。看護師は、主治医・学校医・教員・養護教諭と連携し医療的ケアの対応をしているが、養護教

諭には看護師免許を有する者もいるため、連携がとりやすいと思われる。しかし、医療的ケア実施に対する養護教諭の考えを調査した結果では、「関わってもよい」と「関わるべきでない」との意見に分かれ、養護教諭の教育的背景によって考えが多様であることが報告されている (榎本他, 2009)。配置された学校における養護教諭の考え方や技能により学校において看護師に求める医療的ケアの内容に違いがあることが推測される。

このような状況下にもかかわらず、ますますこどもが重症化し、医療的ケアが複雑となり、高度化する機器の取り扱いや専門的技術さらに緊急時の対応が学校における看護師に要求されていると思われる。しかし、新しく学校に勤務する看護師が、学校における看護のあり方について研修等受ける機会がなく、看護師個人の努力に任されているなど職務遂行に關しての困難さが明らかにされている (山田他, 2010)。

そこで、学校において医療的ケアを担当する看護師の位置づけ、責任範囲を明確にし、受け入れ体制の整備など看護師が異業種場で活動しやすい基盤づくりを検討し、障がい児看護に対する専門性を高める支援モデルを作成することが必要と考え、内容を考察するための基礎資料を得ることを目的に医療的ケアを担う看護師を対象に調査を行った。

そのうち本研究では、医療的ケアに関する看護実践力について報告する。

II. 目的

学校において医療的ケアに携わる看護師の看護実践力を明らかにする。

III. 用語の定義

医療的ケア：重度重複障がい児が生きていくため

に、日常的に必要とするたんの吸引や鼻などから管を通して栄養剤を注入する経管栄養など、在宅で家族が日常的に行っている医療的介助行為を、医師法上の「医行為」と区別して、一定の条件を満たした場合に、学校において担任教員が行ってもよいとされている、咽頭から手前の吸引、挿入されている管への経管栄養の接続、導尿の介助に加え、姿勢の調整、気管カニューレの管理、人工呼吸器の管理、経管栄養チューブの挿入、抗けいれん薬の与薬とした。

看護実践力：重度重複障がい児に対して行われる日常のおよび救急対応に必要な医療的ケアの知識、判断、手段的技能の総合をいう。

IV. 研究方法

1. 対象

近畿、東海地方の特別支援学校に勤務する看護師を対象とした。

2. 調査方法

東海・近畿地方にある特別支援学校のうち、校種が肢体不自由・病弱と明示している113校の学校長宛てに本研究の趣旨及び倫理的配慮についての文書と自記式調査票を郵送し、学校長から看護師に調査票を配布してもらうように依頼し、返送をもって同意が得られたこととした。なお、本研究の共同研究者の一人が研究着手時に所属した大学の倫理審査委員会で審査を受けている。

調査内容は、看護師の属性（年齢、看護師経験年数、学校での経験年数、障がい児看護の経験、雇用形態等）と障がいのある児童生徒への医療的ケアに関する27項目で構成した。医療的ケアに関する項目は、姿勢、呼吸、栄養、排泄、痙攣、導尿に関して日本小児看護学会発行（2008）の特別支援看護学校看護師のためのガイドラインを参考に独自に作成し、「3：一人で判断して自信を持ってできる」「2：少しの助言があればできる」「1：かなりの助言をもらってできる」「0：できない」の4段階リッカート法で回答を求めた。

3. 分析方法

分析は、「StatView5 for WINDOWS」を用いて、一般属性および医療的ケアに関する看護実践力については記述集計を行い、障がい児ケアの経験有無による医療的ケアに対する看護実践力の比較は χ^2 検定を行った（有意水準5%）。

V. 結果

1. 対象者の背景 (表1)

調査票の返送は128通あり、看護実践力に関する項目に記入漏れが見られた26名を除外した102名を

表1 対象者の属性 (n=102)

	人数	(%)
年齢	平均	43.8±9.04歳
20代	3	(2.9)
30代	32	(31.3)
40代	44	(43.1)
50代	12	(11.7)
60代以上	8	(7.8)
未記入	3	(2.9)
看護師経験年数	平均	17.2±9.31年
3年未満	1	(0.9)
3～5年未満	2	(1.9)
5～10年未満	20	(19.6)
10年以上	51	(50.0)
20年以上	10	(9.8)
30年以上	10	(9.8)
未記入	8	(7.8)
学校での看護師経験年数		
1年未満	19	(18.7)
3年未満	27	(26.5)
3～5年未満	23	(22.5)
5年以上	23	(22.5)
未記入	10	(9.8)
小児看護の実務経験		
無	46	(45.1)
有	56	(54.9)
障害児ケアの経験と年数		
無	69	(67.6)
有	33	(32.4)
1年未満	1	(3.1)
3年未満	8	(24.2)
3～5年未満	5	(15.1)
5年以上	8	(24.2)
10年以上	10	(30.3)
未記入	1	(3.1)
雇用形態		
常勤	8	(7.9)
非常勤（パート等）	92	(90.2)
未記入	2	(1.9)

対象とした。有効回答率は79.6%であった。

回答者の平均年齢は43.8±9.04歳であった。最低23歳、最高は71歳であった。看護職平均経験年数は17.2±9.31年、10年以上20年未満が51名(50.0%)で最も多かった。うち学校での平均経験年数は3.5±2.65年であった。5年以上の経験者は23名(22.5%)であった。看護師として学校において医

療的ケアに携わる以前に小児看護の実務経験者は56名(54.9%)であり、そのうち、障がい児ケアに関わった経験者は30名(53.6%)であった。全体で障がい児ケアに関わった経験者は33名(32.4%)であった(以後、障がい児ケアの経験が有る人は「経験者」、無の人は「未経験者」とする)。雇用形態のうち常勤は8名(7.9%)であった。

表2 医療的ケアに携わる看護師の看護実践力

	一人で判断して自信をもってできる	少しの助言があればできる	かなりの助言をもらってできる	できない
	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
【脳性麻痺の看護】				
1 四肢まひや硬縮等の障がいがある子どものバイタルサイン測定ができる。	68 (66.7)	29 (28.4)	4 (3.9)	1 (1.0)
2 四肢まひや硬縮等の障がいがある子どもの車椅子の移乗などができる。	38 (37.3)	45 (44.1)	9 (8.8)	10 (9.8)
3 四肢まひや硬縮等の障がいがある子どもにとって安楽な体位を選択する。	35 (34.3)	49 (48.0)	2 (2.0)	6 (5.9)
【呼吸】				
4 分泌物が貯留している場所を確認できる。	76 (74.5)	24 (23.5)	1 (1.0)	1 (1.0)
5 吸引に適した体位が選択できる。	66 (64.7)	33 (32.4)	2 (2.0)	1 (1.0)
6 状況によって咳嗽誘発の有無を判断し、口腔・鼻腔吸引することができる。	79 (77.5)	21 (20.6)	1 (1.0)	1 (1.0)
7 経鼻・咽頭エアウェイ内の吸引ができる。	74 (72.5)	16 (15.7)	2 (1.9)	10 (9.8)
8 気管切開部または気管カニューレからの吸引ができる。	84 (83.3)	14 (13.7)	0 (0)	3 (2.9)
9 適切な吸引圧を選択できる。	74 (72.5)	24 (23.5)	1 (1.0)	3 (2.9)
10 吸引物の正常・異常の判断ができる。	86 (84.3)	15 (14.7)	0 (0)	1 (1.0)
11 肺音から子どもの状態を判断し、吸引のタイミングや吸引の効果を確認できる。	64 (62.7)	31 (30.4)	5 (4.9)	2 (2.0)
12 正しく人工呼吸器を扱えることができる。	26 (25.5)	45 (44.1)	16 (15.6)	15 (14.7)
13 アンビューバックによる補助呼吸ができる。	45 (44.1)	38 (37.3)	10 (9.8)	9 (8.8)
14 気管カニューレが抜けた場合の個々に応じた対処ができる。	43 (42.2)	35 (34.3)	8 (7.8)	16 (15.6)
15 酸素ボンベを扱うことができる。	66 (64.7)	23 (22.5)	7 (6.9)	6 (5.9)
16 安楽な呼吸援助方法について職員に指導することができる。	37 (36.3)	41 (40.2)	12 (11.7)	12 (11.7)
【経管栄養】				
17 口腔ネラトンチューブを挿入できる。	40 (39.2)	25 (24.5)	8 (7.8)	29 (28.4)
18 経鼻栄養チューブを挿入し、位置を確認できる。	67 (65.7)	15 (14.7)	9 (8.8)	11 (10.8)
19 胃瘻チューブの異常の有無や抜けたり、漏れた場合の対処ができる。	52 (51.0)	33 (32.4)	9 (8.8)	8 (7.8)
20 胃内容物の正常・異常が判断できる。	71 (69.6)	29 (28.4)	2 (2.0)	0 (0)
21 腹圧が高く経鼻チューブが口腔へ上がりやすい子どもへの対処ができる。	27 (26.5)	40 (39.2)	17 (16.7)	18 (17.6)
22 注入中に経鼻(または経口)チューブが抜けた場合の対処ができる。	55 (53.9)	32 (31.4)	4 (3.9)	11 (10.7)
【けいれん・与薬】				
23 けいれんの観察と医療機関受診の判断ができる。	37 (36.3)	45 (44.1)	13 (12.7)	7 (6.9)
24 抗けいれん薬の使用の判断ができる。	30 (29.4)	47 (46.1)	12 (11.7)	13 (12.7)
25 誤薬を防ぐための対策がとれる。	52 (51.0)	37 (36.3)	5 (4.9)	8 (7.8)
【導尿】				
26 自己導尿の確立に向けて子どもに方法や器具の管理を指導できる。	37 (36.3)	34 (33.3)	8 (7.8)	23 (22.5)
27 子ども自身が実施不可能だった場合、導尿することができる。	78 (76.5)	14 (13.7)	4 (3.9)	6 (5.9)

表3 医療的ケアに携わる看護師の障害児のケア経験別にみた看護実践力

	経験	一人で判断して自信をもってできる		少しの助言があればできる		かなりの助言をもらってできる		できない		P値
		有 (n=33)	無 (n=69)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	
【脳性麻痺の看護】										
1 四肢まひや硬縮等の障がいがある子どものバイタルサイン測定ができる。	有	27	(81.8)	6	(18.2)	0	(0)	0	(0)	0.117
	無	47	(68.1)	23	(33.3)	4	(5.7)	1	(1.4)	
2 四肢まひや硬縮等の障がいがある子どもの車椅子の移乗などができる。	有	21	(63.6)	10	(30.3)	0	(0)	2	(6.1)	0.001
	無	17	(24.6)	35	(50.7)	9	(13.0)	8	(11.6)	
3 四肢まひや硬縮等の障がいがある子どもにとって安楽な体位を選択する。	有	21	(63.6)	11	(33.3)	0	(0)	1	(3.1)	<0.001
	無	14	(20.3)	38	(55.1)	12	(17.4)	5	(7.2)	
【呼吸】										
4 分泌物が貯留している場所を確認できる。	有	29	(87.9)	4	(12.1)	0	(0)	0	(0)	0.185
	無	47	(68.1)	20	(29.0)	1	(1.4)	1	(1.4)	
5 吸引に適した体位が選択できる。	有	27	(81.8)	6	(18.2)	0	(0)	0	(0)	0.083
	無	39	(56.5)	27	(39.1)	2	(2.8)	1	(1.4)	
6 状況によって咳嗽誘発の有無を判断し、口腔・鼻腔吸引することができ	有	29	(87.9)	4	(12.1)	0	(0)	0	(0)	0.165
	無	50	(72.5)	17	(24.6)	1	(1.4)	1	(1.4)	
7 経鼻・咽頭エアウェイ内の吸引ができ	有	30	(90.9)	2	(6.1)	0	(0)	1	(3.1)	0.38
	無	44	(63.8)	14	(20.3)	2	(2.8)	9	(13.1)	
8 気管切開部または気管カニューレからの吸引ができる。	有	32	(96.9)	1	(3.1)	0	(0)	0	(0)	0.371
	無	53	(76.8)	13	(18.8)	0	(0)	3	(4.3)	
9 適切な吸引圧を選択できる。	有	31	(93.9)	2	(6.1)	0	(0)	0	(0)	0.011
	無	43	(62.3)	22	(31.9)	1	(1.4)	3	(4.3)	
10 吸引物の正常・異常の判断ができる。	有	31	(93.9)	2	(6.1)	0	(0)	0	(0)	0.174
	無	55	(79.7)	13	(18.8)	0	(0)	1	(1.4)	
11 肺音から子どもの状態を判断し、吸引のタイミングや吸引の効果を確認でき	有	24	(72.7)	8	(24.2)	1	(3.1)	0	(0)	0.442
	無	40	(57.9)	23	(33.3)	4	(5.7)	2	(2.8)	
12 正しく人工呼吸器を扱えることができる。	有	11	(33.3)	17	(51.5)	3	(9.1)	2	(6.1)	0.115
	無	15	(21.7)	28	(40.6)	13	(18.8)	13	(18.8)	
13 アンビューバックによる補助呼吸ができ	有	21	(63.6)	10	(30.3)	1	(3)	1	(3.1)	0.029
	無	24	(84.7)	28	(40.6)	9	(13.0)	8	(11.6)	
14 気管カニューレが抜けた場合の個々に応じた対処ができる。	有	20	(60.6)	11	(33.3)	0	(0)	2	(6.1)	0.013
	無	23	(33.3)	24	(34.8)	8	(11.6)	14	(20.3)	
15 酸素ボンベを扱うことができる。	有	29	(87.8)	4	(12.1)	0	(0)	0	(0)	0.005
	無	37	(53.6)	19	(27.5)	7	(10.1)	6	(8.6)	
16 安楽な呼吸援助方法について職員に指導することができる。	有	19	(57.5)	20	(30.3)	3	(9.1)	1	(3.1)	0.132
	無	18	(26.1)	31	(44.9)	9	(13.0)	11	(15.9)	
【経管栄養】										
17 口腔ネラトンチューブを挿入できる。	有	14	(42.4)	9	(27.3)	2	(6.1)	8	(24.2)	0.854
	無	26	(37.6)	16	(23.2)	6	(8.6)	21	(30.4)	
18 経鼻栄養チューブを挿入し、位置を確認できる。	有	27	(81.8)	4	(12.1)	0	(0)	2	(6.1)	0.058
	無	40	(57.9)	11	(15.9)	9	(13.0)	9	(13.0)	
19 胃瘻チューブの異常の有無や抜けたら、漏れた場合の対処ができる。	有	19	(57.5)	10	(30.3)	2	(6.1)	2	(6.1)	0.769
	無	33	(47.8)	23	(33.3)	7	(10.1)	6	(8.6)	
20 胃内容物の正常・異常が判断できる。	有	28	(84.8)	5	(15.2)	0	(0)	0	(0)	0.060
	無	43	(62.3)	24	(34.8)	2	(2.8)	0	(0)	
21 腹圧が高く経鼻チューブが口腔へ上がりやすい子どもへの対処ができる。	有	15	(45.4)	11	(33.3)	3	(9.1)	4	(12.1)	0.022
	無	12	(17.3)	29	(42.1)	14	(20.3)	14	(20.3)	
22 注入中に経鼻（または経口）チューブが抜けた場合の対処ができる。	有	24	(72.7)	7	(21.2)	0	(0)	2	(6.1)	0.052
	無	31	(44.9)	25	(36.2)	4	(5.7)	9	(13.1)	
【けいれん・与薬】										
23 けいれんの観察と医療機関受診の判断ができる。	有	19	(57.5)	13	(39.4)	0	(0)	1	(3.1)	0.003
	無	18	(26.1)	32	(46.4)	13	(18.8)	6	(8.6)	
24 抗けいれん薬の使用の判断ができる。	有	15	(45.4)	14	(42.4)	2	(6.1)	2	(6.1)	0.058
	無	15	(21.7)	33	(47.8)	10	(14.5)	11	(15.9)	
25 誤薬を防ぐための対策がとれる。	有	23	(69.6)	8	(24.2)	1	(3.1)	1	(3.1)	0.069
	無	29	(42.1)	29	(42.1)	4	(5.7)	7	(10.1)	
【導尿】										
26 自己導尿の確立に向けて子どもに方法や器具の管理を指導できる。	有	19	(57.5)	7	(21.2)	1	(3.1)	6	(18.2)	0.017
	無	18	(26.1)	27	(39.1)	7	(10.1)	17	(24.6)	
27 子ども自身が実施不可能だった場合、導尿することができる。	有	30	(90.9)	3	(9.1)	0	(0)	0	(0)	0.076
	無	48	(69.5)	11	(15.9)	4	(5.7)	6	(8.6)	

2. 医療的ケアに携わる看護師の看護実践力 (表2)

「できない」と回答した者が最も多かったのは、「口腔ネラトンチューブが挿入できる」29名 (28.4%) であり、次が「自己導尿の確立に向けて子どもに方法や器具の管理を指導できる」23名 (22.5%) であった。「できない」が「0%」であった項目は、「胃内容物の正常・異常が判断できる」であった。

「一人で判断して自信をもってできる」と回答した者が最も多かったのは、「吸引物の正常・異常が判断できる」であり86名 (84.3%) であり、次が「気管切開部または気管カニューレからの吸引ができる」84名 (83.3%) であった。最も少なかったのは「正しく人工呼吸器が扱えることができる」であり26名 (25.5%) であった。「一人で判断して自信をもってできる」と回答した者が30%以下であったその他の項目は、「腹圧が高く経鼻チューブが口腔へ上がりやすい子どもへの対処ができる」27名 (26.5%)、「抗けいれん薬の使用の判断ができる」30名 (29.4%) であった。

3. 医療的ケアに携わる看護師の障がい児のケア経験別にみた看護実践力 (表3)

障がい児のケア経験者と未経験者で医療的ケアに有意差がみられた項目は、「四肢まひや硬縮等の障がいがある子どもの車椅子の移乗などができる」、「四肢まひや硬縮等の障がいがある子どもにとって安楽な体位を選択する」、「適切な吸引圧を選択できる」、「アンビューバックによる補助呼吸ができる」、「気管カニューレが抜けた場合の個々に応じた対処ができる」、「酸素ポンペを扱うことができる」、「腹圧が高く経鼻チューブが口腔へ上がりやすい子どもへの対処ができる」、「けいれんの観察と医療機関受診の判断ができる」、「自己導尿の確立に向けて子どもに方法や器具の管理を指導できる」の8項目であり、全項目の約1/3であった。

経験の有無に関わらず、「できない」と回答した者が最も多かった項目は、「口腔ネラトンチューブが挿入できる」であり、経験者は8名 (24.2%)、未経験者では21名 (30.4%) であり、有意差はなかった。

「一人で判断して自信をもってできる」と回答した者がもっとも少なかった項目は、経験者は「正しく人工呼吸器が扱えることができる」11名 (33.3%) であり、未経験者では「腹圧が高く経鼻チューブが口腔へ上がりやすい子どもへの対処ができる」であり12名 (17.4%) であった。

経験者の90%以上が「一人で判断して自信をもってできる」と回答した項目は、「経鼻・咽頭エアウェイ内の吸引ができる」、「子ども自身が実施不可能だった場合、導尿することができる」、「適切な吸引圧を選択できる」、「吸引物の正常・異常の判断ができる」、「気管切開部または気管カニューレからの吸引ができる」の5項目であった。未経験者では、「アンビューバックによる補助呼吸ができる」4名 (84.8%) が最高であり、80%以上はこの1項目であった。

「一人で判断して自信をもってできる」と70%以上の者が回答した項目は、経験者では14項目に対して、未経験者では4項目であった。

VI. 考察

1. 医療的ケアに携わる看護師の特徴

看護師の平均年齢は、 43.8 ± 9.04 歳であったが、60歳代以上が8名おり最高は71歳であった。一般の自治体病院に勤務する看護師の平均年齢が36.0歳 (厚生労働省、2005) に比べて高く、看護師としての平均経験年数は17.2年であったが、学校での看護師経験年数は3年未満が46名 (45.2%) であった。また、学校で勤務するまでに小児看護の実務経験者は56名 (54.9%) と半数以上が経験していたが、障がい児のケア経験者は33名 (32.4%) と約1/3であり、学校で勤務するまで半数が、小児看護および障がい児ケアの実務経験を持たずに勤務していた。学校における看護師の雇用に関しては、非常勤が多く、本調査においても9割が非常勤で30歳代40歳代の看護師が多かった。

学校に勤務するようになった理由についての調査を行っていないが、30歳代40歳代は子育ての時期とも重なり、学校での勤務は比較的勤務時間が短く、日勤のみの勤務であることから拘束時間が短かく、非常勤という雇用形態の不利よりも勤務時間が影響

しているのではないと推測された。また、小児看護や障がい児ケアの経験がないにもかかわらず、これまでの実務経験を生かし、学校においての障がい児を対象とした看護実践を行おうとしているのは、経験に基づいた障がい児看護の専門性を発展させるよりも、看護の経験をいかし、ライフステージのなかで生活を維持しながら看護師としての活動を継続しようとしていると推察される。また、60歳代以上が8名いたが、これらの人々のうち半数の4名は、重心病棟や肢体不自由児療育センターでの勤務経験を持ち、障害児ケアに10年以上携わっていた。病院での豊富な経験から、定年退職後に学校での勤務を依頼された人もいと推察される。

学校での看護師経験年数は半数近くが3年未満であったのは、学校に看護師が配置されるようになったのが2004(平成16)年に「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて」の通知が出されて以降であったためと思われるが人員が変動していることも伺える。学校に勤務する看護師は雇用形態が不安定であり、教職員や養護教諭等の非医療職との協働や役割認知において医療的ケア以外の健康支援については教育という観点で捉えられ看護師の関与をそれほど必要とされないこと、看護師の主たる役割としては医療的ケアの実施、ケアに関する問題・緊急時の判断と対応、助言・情報提供などで、医療的ケアの管理、健康支援全般の調整と緊急時の判断・対応は養護教諭の役割とされ(丸山他、2006)、看護職としてのアイデンティティが充足されないことや役割認知されないことも離職の原因として考えられる。障がい児ケアにおける看護の専門性を確立していくためには、今後、志望動機や離職原因を明らかにすることも必要と考える。

2. 学校に勤務する看護師に修得が必要とされる医療的ケア

平成22年度文部科学省医療的ケア実施状況報告書(2010)によると、平成22年度は、7,306名の幼児児童生徒が、延べ18,411件の医療的ケアを必要としており、平成21年度に比べ782件増加し、一人で複数のケアを必要とする幼児児童生徒が多い状況、

行為別では、たんの吸引等呼吸器関係が66.8%、経管栄養等栄養関係が25.9%、導尿が2.4%、その他が4.9%であり、このうち鼻腔に留置されている管からの栄養注入など教員に許容されている行為は41.0%であったことが報告されている。また、看護師のみが実施している行為を実施率が高い順に上げると、口腔・鼻腔内吸引(咽頭より奥の気道)10.6%、気管切開部(気管カニューレより)からの吸引10.2%、気管切開部の衛生管理9.5%、ネブライザー等による薬液(気管支拡張剤等)吸入9.2%、酸素療法5.5%、人工呼吸器の使用が4.1%、導尿2.3%、経鼻咽頭エアウェイの装着0.8%、経鼻咽頭エアウェイ内吸引0.7%、経管栄養(口腔ネラトン法)0.5%、I V H中心静脈栄養0.2%であった。

今回の調査結果で「できない」と回答した者が最も多かった項目は、「口腔ネラトンチューブが挿入できる」で29名(28.4%)であった。「口腔ネラトン法」は、医療的ケア実施状況報告書においても「I V H中心静脈栄養」について実施率が低く、学校で経験する機会が少ないことを示している。

その他、「一人で判断して自信をもってできる」と回答した者が30%以下であった項目は、「正しく人工呼吸器が扱えることができる」、「腹圧が高く経鼻チューブが口腔へ上がりやすい子どもへの対処ができる」、「抗けいれん薬の使用の判断ができる」の3項目であり、これらの項目は、「できない」と回答した者も10%以上であった。実施状況報告書の結果において人工呼吸器の使用は4.1%と少ないが、人工呼吸器の取り扱いや抗けいれん薬の使用判断は、生命の維持に直接関係するケアであり、救急対応のケアとしても必要である。

医療的ケア実施状況報告書(2010)において京都府から医療的ケアを実施する上の課題として「看護師の配置により教育内容の充実が図れた一方で、学校環境下では受け止めにくい難しい内容(口腔ネラトンなど)を保護者から求められるケースもある。医師が常駐していない学校環境下での医療的行為は、看護師の経験や技量、または考え方など個々の事項と、関係者間の意思疎通など学校全体の事項とがある。」と報告している。

しかし、学校における看護師は、常駐する医療職として、障がい児が安全且つ安心して学校生活を送ることができるよう如何なる時にも対応ができる専門的知識や技術をもっていることが必要であり、経験がなく技量が不足していることを理由にケアの提供を避けることがないように、必要な研修を受け、自己研鑽し、看護専門職としての役割を遂行しうる義務があると考えます。

3. 看護実践力と臨床経験

病院に勤務する看護師では、医療の質改革や高度医療の一端を担う看護の役割機能の拡大から、看護師の資質の向上のためにクリニカルラダーを用いて看護実践能力の育成が行われているところが多い(服部他、2002)(和泉他、2010)。

看護実践能力と表記しているが、「実践能力」や「臨床実践能力」「看護実践力」と表記されていることもあり、看護実践能力が具体的にどのような能力を指すのか、共通認識して活用できるようなレベルで明確にされておらず、看護実践能力の共通認識を図るのは難しい段階である(神原他、2008)。また、看護実践能力を構成する共通要素としては、「リーダーシップ、メンバーシップ」、「看護過程展開能力」、「対人関係能力・コミュニケーション能力」、「看護技術力」、「教育」、「看護倫理感」、「看護研究」、「専門職性」などであり(神原他、2008)、看護技術力に加え、対人関係や管理力等も含む幅広い知識や技術、態度を内包している。従って、本研究では、学校に勤務する看護師は、非医療職である教職員や養護教諭と連携・協働しているが、「医療的ケアの実施」や「ケアに関する問題・緊急時の判断」等の直接ケアの実践を期待されているため、本研究では看護実践能力よりも直接ケアの実践を反映していると思われる「看護実践力」という用語を用いて、重度重複障がい児に対して行われる日常のおよび救急対応に必要な医療的ケアの知識、判断、手段的技能の総合と定義した。

看護師の実践能力は、経験年数が上がるに連れて主観的評価が高まること(増原他、2007)、経験を重ねるとともに高まる能力もあれば基礎教育終了時点

である程度獲得されていると考えられる能力があること(南家他、2005)、看護実践現場で育成されていること(内藤他、2005)、経験からだけで測ることができないこと(土佐、2002)が明らかにされている。また、経験年数を重ねると看護実践能力のうち「クリティカルケア」について高まることが報告されている(増原2007)。

本研究における看護実践力では、障がい児ケアの経験者のほうが有意に高かった。特に、今回の調査内容は、医療的ケアに関することであり、看護実践能力の「クリティカルケア」に該当する項目が多く、増原らの結果と同様に、経験によって医療的ケアに関する看護実践力は高まるといえる。なお、今回の調査結果は学校に勤務するまでの経験の有無による比較であり、学校での勤務経験により修得された内容や経験年数による影響も考えられたが、対象数が少なく分析できなかった。

自信がない、できない者が多い項目のうち「腹圧が高く経鼻チューブが口腔へ上がりやすい子どもへの対処ができる」を除く、「口腔ネトラトンチューブの挿入」、「人工呼吸器の取り扱い」、「抗けいれん薬の使用判断」の3項目に関しては、障がい児ケアの経験の有無による有意差がなく、障がい児ケアの経験によっても修得が困難な項目であり、繰り返しの研修の必要性が示唆された。

障がい児ケアの未経験の看護師にとっては、学校での医療的ケアに自信がないことが多いため、指導体制の整備が必要である。学校における看護師の看護実践力は、経験によって育成され修得することが期待できるため、看護師の実践力を高めるためには経験型の研修内容を企画することが必要と考える。

VII. 結論

学校における医療的ケアに携わる看護師に対する支援モデルを開発するために医療的ケアに関する27項目について調査し、回答のあった102名分を分析し以下の結果を得た。

1. 学校に勤務する看護師の看護師経験年数は、平均17.2年で、中堅看護師であるが、障がい児ケアの経験があったのは1/3であった。

2. 自信がない、できない者が多い項目は、「口腔ネラトンチューブの挿入」、「人工呼吸器の取り扱い」、「抗けいれん薬の使用判断」、「腹圧が高く経鼻チューブが口腔へ上がりやすい子どもへの対処」であった。
3. 障がい児ケアの経験の有無では、経験者の方が、8項目において有意であり、経験を積むことによって、医療的ケアの看護実践力は高まることが示唆された。
4. 「口腔ネラトンチューブの挿入」、「人工呼吸器の取り扱い」、「抗けいれん薬の使用判断」に関しては、障がい児ケアの経験の有無による有意差がなく、障がい児ケアの経験によっても修得が困難な項目であり、繰り返しの研修の必要性が示唆された。

(文部科学省科研費(課題番号 22592558)の助成を受けた)

謝辞

本研究へのご協力をいただきました特別支援学校の看護師の皆様と回答への許可をいただきました学校長にお礼申し上げます。

文献

服部美穂, 井阪綾乃, 高橋澄子他(2002): 看護実践能力の自己及び管理者評価, 日本看護学会論文集, 第33回看護管理, 8-90.
和泉美枝, 小松光代, 西村布佐子他(2010): A大学附属病院における看護臨床能力の実態と今後の課

題, 京府医大看護紀要, 20, 11-19.

厚生労働省(2005): 平成15年度主要公的医療機関の状況

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/kouteiki/15mokuji.html>

南家貴美代, 宇佐美しおり, 有松操他(2005): 看護ケアの質と看護実践能力との関連, 熊本大学医学部保健学科紀要, 1, 39-46.

文部科学省(2010): 平成22年度医療的ケア実施状況報告書

http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1306726.htm

増原清子, 内田宏美, 樽井恵美子他(2007): 臨床看護師の看護実践能力と社会的スキルの発達, 鳥取大学医学部紀要, 30, 51-57.

内藤理英, 佐藤紀子, 出口昌子他(2005): 看護師の臨床実践能力の獲得状況 病床規模による比較から, 日本看護学会論文集: 看護管理, 35, 280-282.

岡部伊織(2003): 学校での医療的ケア(日常的・応急手当て)に関する全国調査・第1報から, 健康教室, 54(1), 6-7.

土佐千栄子, 出口昌子, 上野貴子他(2002): 経験3年目以上の看護婦・看護師の臨床実践能力の特徴(第1報), 日本看護管理学会誌, 5(2), 55-63.

山田初美, 野坂久美子, 津島ひろ江(2007): 養護学校における医療的ケアの必要な児童生徒と看護師配置の動向, 川崎福祉学会誌, 17(1), 195-201.

山田初美, 津島ひろ江(2010): A特別支援学校(肢体不自由)における看護師の業務内容と業務量, 日本小児看護学会誌, 19(1), 73-79.