

加東市立学校等における
医療的ケアの実施手順について
(様式集)
(案)

目 次

(資料 1)	医療的ケアの実施手順
【様式 1】	医療的ケアについて
【様式 2】	医療的ケア依頼書
【様式 3】	医療的ケアに関する主治医意見書・指示書
【様式 4】	医療的ケア実施通知書
【様式 5】	医療的ケア実施同意書
【様式 6】	医療的ケアを要する幼児児童生徒に関する保健調査
【様式 7 参考様式】	医療的ケア実施記録
【様式 8 参考様式】	医療的ケア個別マニュアル
【様式 9 参考様式】	緊急時対応マニュアル
【様式 10】	医療的ケアに係るヒヤリハット及びアクシデント報告書

(資料1)

医療的ケアの実施手順

- ①校 園 長 保護者から医療的ケアの実施希望があった場合、又は医療的ケアが必要と思われる場合、その保護者に対して医療的ケアについて校園長が説明を行い、「【様式1】医療的ケアについて」、「【様式2】医療的ケア依頼書」、「【様式3】医療的ケアに関する主治医意見書・指示書」を配付する。
- ↓
- ②保 護 者 学校等の説明を聞いた上で内容に同意し、医療的ケアの実施を希望する保護者は、【様式2】、【様式3】を学校等に提出する。
- ↓
- ③校 園 長 保護者から【様式2】、【様式3】を受理し、教育委員会に提出する。（【様式2, 3】の写しを学校等で保管する。）また、学校等での実施体制を検討の上、「【様式8 参考様式】医療的ケア個別マニュアル」、「【様式9 参考様式】緊急時対応マニュアル」を教育委員会に提出する。
- ↓
- ④教育委員会 関係書類を受理し、運営協議会で協議する。
運営協議会の協議結果を踏まえ、医療的ケア実施の可否を決定し、「【様式4】医療的ケア実施通知書」により校園長を通じて保護者に通知する。
- ↓
- ⑤校 園 長 保護者に【様式4】により通知し、「【様式5】医療的ケア実施同意書」、「【様式6】医療的ケアを要する幼児児童生徒の保健調査」の提出を依頼する。
- ↓
- ⑥保 護 者 【様式4】の記載内容を確認したうえで、【様式5】に必要事項を記入し、【様式6】とともに校園長に提出する。
- ↓
- ⑦校 園 長 【様式5】、【様式6】を教育委員会に提出する。（写しを学校等で保管する。）
- ↓
- ⑧教育委員会 ①保護者、学校等と協議の上、医療的ケアの実施体制、実施内容等を確認し、委託事業所等を検討した上で決定する。
②委託事業所の決定後、保護者、校園長、委託事業所等と実施体制、実施内容について確認する。
- ↓
- ⑨委託事業所 主治医から指示書を受理し、看護師を配置又は派遣し、医療的ケアを実施する。

【様式1】

*学校等 → 保護者

年 月 日

保 護 者 様

加東市立 学校園
校園長

医療的ケアについて

医療的ケアについて実施を希望する場合は、加東市教育委員会及び加東市教育委員会医療的ケア運営協議会で実施可能かどうかを協議するため、次の書類が必要となります。

つきましては、主治医とご相談の上、次の書類を学校等へ提出してください。

提出書類

- 様式2（医療的ケア依頼書）～ 保護者記入
- 様式3（医療的ケアに関する主治医意見書・指示書）～ 主治医記入

医療的ケア依頼書

学年	幼児児童生徒名	性別	年齢	生年月日
年			歳	年 月 日
現住所	〒 加東市	電話番号		(緊急1) - - [本人との関係:]
保護者名				(緊急2) - - [本人との関係:]

※電話番号は、携帯電話など緊急時に連絡を取ることのできる電話番号を記載してください。

※保護者(申請者)以外の方の電話番号の場合は、電話番号欄にその方の名前を記載してください。

学校等に依頼する医療的ケアの内容

依頼する項目に✓をつけ()内の該当する項目に○又は記入して下さい。

<input type="checkbox"/> 痰の吸引(口・鼻・気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻栄養・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> その他()

予想される緊急時の対応(保護者記入) 該当する項目に必要な事項を記入して下さい。

依頼する医療的ケア	予想される緊急時の状態(病院受診を必要とする状態) ※過去の緊急事態があれば、それを踏まえて記入願います。	対応・緊急搬送先
		TEL
		TEL

加東市教育委員会 宛

加東市立学校等における医療的ケアの実施を希望するにあたり、提供した個人情報について、加東市発達サポートセンターが保管・集約し、加東市教育委員会医療的ケア運営協議会設置要綱第1条に規定する協議等において情報を共有することに同意します。

また、「加東市立学校等における医療的ケア実施体制ガイドライン」の説明を受け、その内容及び下記の保護者の役割を了承し、上記のとおり医療的ケアの実施を依頼します。

- ① 常に連絡が取れる体制を整え、学校等から連絡があった場合は速やかに対応する。
- ② 医療的ケアの実施に必要な医療機器及び消耗品等を準備し、点検、整備及び管理等を行う。
- ③ 登校時等に、医療的ケア児の健康状態について、学級担任や養護教諭、看護師等に知らせる。
- ④ 定期的に主治医の診察を受け、その結果や指示を学校等に報告する。
- ⑤ 学校等が必要と判断する場合や校内外学習及び宿泊を伴う校内外行事等で看護師等が不在の場合は付き添い、医療的ケアの実施にあたる。
- ⑥ 学校等が医療的ケアの実施において安全に実施できることが確認できるまで、保護者が付き添う。

年 月 日

保護者名 _____

医療的ケアに関する主治医意見書・指示書

幼児児童生徒名		受診状況	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期
診断名 (基礎疾患名)		アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	アレルギー () 症状 () 注意事項等 ()
学校等における 医療的ケア	<input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他()		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		
呼吸状態	呼吸障害 <input type="checkbox"/> 有 (内:) <input type="checkbox"/> 無		
摂食・嚥下 の状況	経口摂取の可否 → <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 誤嚥の有無 → <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 食事形態 → <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他()		
医療的ケア実施 に関する留意点			
学校等の生活で 留意する点	プール 学習	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件付き可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その都度相談を要す	(条件)
	遠足 社会見学	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件付き可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その都度相談を要す	(条件)
	宿泊学習	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件付き可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その都度相談を要す	(条件)
	その他	<input type="checkbox"/> 有(内容:) <input type="checkbox"/> 無	

記入日: 年 月 日

医療機関名:

医師名:

年 月 日

様

加東市教育委員会

医療的ケア実施通知書

年 月 日付で依頼書を提出いただきました医療的ケアについて、下記のとおり実施します。
実施にあたっては、「加東市立学校等における医療的ケア実施体制ガイドライン」を守り、幼児児童生徒が安全で楽しい学校園生活を送ることができますようご協力をお願いします。

記

1 幼児児童生徒名

2 学校・園、学年 学校・園 学年（ ）

3 実施する医療的ケアの内容等

医療的ケアの内容	実施する範囲

4 実施期間 年 月 日 ～ 年 月 日

5 その他

安全に医療的ケアを実施するため、更新が必要な場合は、「医療的ケア依頼書」、「医療的ケアに関する主治医意見書・指示書の提出」をお願いします。

医療的ケア実施同意書

加東市教育委員会 宛

医療的ケア実施通知書に記載された内容で、学校等において医療的ケアが実施されることに同意します。

年 月 日

住 所

幼児児童生徒名

保護者名

医療的ケアを要する幼児児童生徒に関する保健調査

年 月 日

記入者：

幼児児童生徒名 _____ 男・女 _____ 年 月 日生まれ

診断名 _____

1 発症にいたるまでの経過

既往症：

2 健康管理上の情報

主治医：

受診の間隔： 回/

緊急搬送時の医療機関：

アレルギー無・有： 内容—

注意事項—

3 栄養

1日の食事回数 不規則・規則的(時、 時、 時、 時、 時)

内容—

介助の無・有(全介助・部分介助)： 内容—

注意事項—

咀嚼・嚥下困難等の無・有： 内容—

歯牙・口腔の異常の無・有： 内容—

4 排泄

排尿方法：自然排尿・徒手圧迫・導尿

介助の無・有： 内容—

注意事項—

排便方法： 自然排便・浣腸あるいは摘便・人工肛門

介助の無・有： 内容—

注意事項—

5 活動・運動

項目	レベル	留意事項
手洗い		
歯みがき		
更衣		
体位変換		
移動		

【機能レベルの分類】

- 1 自分で活動をやり始め、終わることができる
- 2 最小限の介助が必要
- 3 中等度の介助、監督教育が必要
- 4 他者と器械・器具による助けが必要
- 5 ケア提供者に全面的依存

移動の手段:独歩・杖歩行・歩行器歩行・車椅子使用・ベッドにて移動

()

酸素吸入の使用の有・無 : 内容—
注意事項—

6 睡眠・休息

酸素吸入の使用の有・無 : 内容—
注意事項—

午睡時間 : 時 ~ 時 時間 不眠の対応 :

7 認知・感覚・意思疎通

視覚の障害 無・有 : 内容—
注意事項—

聴覚の障害 無・有 : 内容—
注意事項—

知覚の障害 無・有 : 内容—
注意事項—

嗅覚の障害 無・有 : 内容—
注意事項—

言語の障害 無・有 : 内容—
注意事項—

8 本人像

本人の性格・くせなど

[]

家庭での様子(特記事項)

[]

通学、通園することで、不安に思うこと

[]

学校等に要望すること

[]

9 その他

10 必要物品について

個人で用意する、個人のケアに必要な物品

[]

年 月 日()

加東市立 _____

	校 園 長	教 頭 / 副 園 長	養 護 教 諭	担 任	
確 認 印					

医療的ケア実施記録

(年・ 歳児)(組) 幼児児童生徒名()

実施日	時間	実施内容 (詳細は指示書の通り)	幼児児童生徒の様子		看護師等 確認印	校 園 長 確認印
/	時 分 から 時 分		著変なし			
/	時 分 から 時 分		著変なし			
/	時 分 から 時 分		著変なし			
/	時 分 から 時 分		著変なし			
/	時 分 から 時 分		著変なし			
/	時 分 から 時 分		著変なし			
/	時 分 から 時 分		著変なし			
/	時 分 から 時 分		著変なし			
/	時 分 から 時 分		著変なし			
/	時 分 から 時 分		著変なし			

特記事項

医療的ケア個別マニュアル

()年()組 幼児児童生徒名()

依頼書に基づいた吸引 個別マニュアル

カテーテルの消毒液の種類 (ジアミトール0.25CC 水250CC)
 鼻腔内吸引時のカテーテルの号数 (8 Fr)
 鼻腔内吸引時のカテーテル挿入の長さ (20cm)
 吸引器の種類と吸引器の吸圧 (Q tum 20KPa)
 手順について・・・鼻汁・唾液の吸引。鼻汁がたまっている時はしっかり奥まで入れて吸引する。
 カテーテルを消毒剤で拭き、吸引。吸引後、消毒剤で拭き終了。
 *看護師の手順・留意点は、以下の表の通りとする。

	手順	留意点
必要 物品	吸引器・接続管・吸引カテーテル・吸引カテーテル保管容器 吸引カテーテル洗浄容器・ごみ袋 その他(アルコール綿・吸入器、グロムヘキシン液・ボスミン液、シリンジ・替えの充電器)	
1	吸引の必要性について、状況の確認をする。 吸引の環境を整える。 手順書や連絡帳で吸引指示・状況を確認する。	呼吸状態・顔色の観察もよく確認する。 ※本人の訴えにより、実施する。または、SpO ₂ が94以下になれば吸引をする。
2	手指を消毒液で消毒する。	
3	必要物品を準備する。	
4	本人の希望により吸引を行う。 呼吸の状態を確認し、姿勢を整える。	
5	アルコール綿を出し、容器のふたも開けておく。	
6	吸引カテーテルを清潔に取り出し接続管につなぐ。	カテーテルの先端が物に触れない。
7	吸引器の電源を入れる。 カテーテルの根本を閉塞し、吸引圧の確認をする。	電源はカテーテルを持つ反対の手で触る。 吸引圧は20KPa程度にする。
8	カテーテルに水を通し、その後、水をきり、アルコール綿で拭く。	カテーテル内外の滑りをよくする。
9	吸引を始める声かけをする。	
10	吸引カテーテルを決められた長さまで挿入し、挿入できたらこよりをよるように左右に回転し、引き抜きながら吸引する。 (挿入長さ:20cmまで)	挿入は、決められた長さで行う。
11	カテーテルの外側についた汚物をティッシュまたはアルコール綿でふき取る。	水の汚染を最小限にし、細菌繁殖を防ぐ。 吸引物によるカテーテル内の閉塞を防ぐ。
12	水を吸ってカテーテル内腔を洗浄する。	
13	1回で吸引しきれなかった場合は9～12を繰り返す。	1回の吸引時間は10秒を1回
14	カテーテルを接続管から外し、保存容器に戻す。	
15	接続管の内容物を流し、接続管をきれいにしてから、接続管入れに戻し、吸引器の電源を切る。	しっかり、内容物を吸引ビンに流す。
16	容器のふたを閉め、使用した物品を片付ける。	
17	・本人に吸引が終わったことを告げ、痰が取れたかを確認する。 ・本人の顔色・呼吸状態を確認する。 ・吸引物の量・色・性状を確認する。	吸引後の状態観察を行えているか。 顔色はどうか。嘔吐はしないか。出血はないか。 (異常があれば保護者に報告する。)
18	終了後の観察をし、本人に終わりを告げる。	吸引物が吸引ビンの50%になる前に破棄する。
19	手指を消毒液で消毒する。	
20	医療的ケア実施記録に記録する。 ヒヤリハットがあれば報告する。	

*保護者の確認

年 月 日 保護者名_____

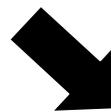
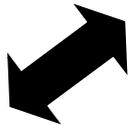
緊急時対応マニュアル

()年()組 幼児児童生徒名()

事故が発生した場合

学級担任

- ①管理職、養護教諭、看護師等への連絡
- ②保護者への連絡
～搬送先病院名、保護者付き添い等を確認
- ③緊急対応のための補助



校園長・教頭/副園長

- ①事故全容の把握
 - ・事故の内容
 - ・現在の状態
 - ・応急手当の状況
- ②搬送車判断・手配
 - ・救急車・タクシー
- ③事後体制・対応の確立

※不在の場合は、〇〇が対応する

養護教諭・看護師等

- ①緊急対応
- ②主治医への連絡
 - ・搬送先病院の受け入れ確認
 - ・手当、処置の指示を仰ぐ

緊急連絡先

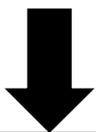
【自宅】
[TEL:]

【緊急1】
[名前:]
[本人との関係:]
[携帯:]

【緊急2】
[名前:]
[本人との関係:]
[携帯:]

【緊急3】
[名前:]
[本人との関係:]
[携帯:]

【その他】(勤務先等)
[勤務先名:]
[TEL:]

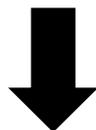


事故報告

教育委員会

発達サポートセンター

TEL 0795-27-8100



主治医

病院名

医師名

TEL

医療的ケアに係るヒヤリハット及びアクシデント報告書

校 園 名

校 園 長

印

学年	幼児児童生徒名	年齢		
発生日時	年 月 日	時 分	場所	
ヒヤリハット及びアクシデント発生時の状況及び経過、対応				
原因・背景としてとらえること				
今後の対応（防止策）				