

### Ⅲ：小・中学校で実施する医療的ケアについて

#### 1. 実施の要件

- ・病状、健康状態及び医療的ケアが安定していること。
- ・医療的ケアを受けることで通常の教育が可能と判断されていること。
- ・病状や医療的ケア等必要な情報について、保護者、小・中学校、看護師、主治医等関係機関が十分に共有し、密に連携を図ることができること。
- ・小・中学校の受入れ体制（人員、設備、環境）が整っていること。

#### 2. 対象施設

善通寺市立の小・中学校

#### 3. 医療的ケアが可能な日時

対応できる日時	週5日（月～金、原則9時～16時の範囲で必要な時間 （土日実施の行事については要相談）
対応できない日時	・土曜日、日曜日、祝日 ・宿泊を伴う活動 ・長期休業の期間

#### 4. 申込手続きの流れ（担当：教育総務課）

手続きの流れ		内 容
①	・利用相談 ・学校見学	医療的ケア児の就学に関しての相談は、教育総務課で受け付けます。その際、本ガイドラインを基に、医療的ケアを受ける場合の申込み方法や手続き、留意点等について説明します。保護者は、入学を希望する学校の見学を行います。見学の際に、医療的ケア児支援者が同行することも可能です。
②	医療的ケア実施申込み	保護者は、次の書類を教育総務課に提出し、医療的ケア実施の申込みを行います。 「医療的ケアに関する主治医意見書」（様式1） 「医療的ケア実施申込書」（様式2） 「医療的ケアに係る調査票」（様式3） 主治医による文書作成にかかる経費については、保護者負担とします。
③	連携相談①	教育総務課と保護者、学校及び看護師が、在籍学校で主治医の意見書等を基に医療的ケア児の全般的な状況について連携を図ります。 また、保護者は医療的ケア実施に向けて内容を確認後、「医療

		的ケアを必要とする児童・生徒の教育に関する確認書兼同意書」(様式4)を提出します。
④	利用調整	連携相談後、教育総務課が、医療的ケア実施に向けて今後の予定などを調整し、保護者、学校、看護師に連絡します。
⑤	主治医指示書作成	保護者は、主治医に「医療的ケア実施に関する指示書」(様式5)の作成を依頼し、教育総務課に提出します。 主治医による文書作成にかかる経費については、保護者負担とします。
⑥	連携相談②	保護者、看護師、学校及び教育総務課が、在籍学校で主治医の指示書を基に、医療的ケア実施に向けて具体的な方法等を共通理解します。
⑦	実施通知 承諾書の提出	教育総務課は、「医療的ケア実施通知書」(様式6)により医療的ケアの実施を通知し、それを受けた保護者は、「医療的ケア実施承諾書兼同意書」(様式7)を提出します。

## 5. 入学後の流れについて

学校生活の開始にあたり、医療的ケア児が安心・安全に過ごせるように、受入れ体制の整備を進めていきます。

医療的ケア児が学校生活に慣れていくためには準備が必要となります。必要に応じて、保護者付添登校などを通じて、医療的ケア児の普段の状態や集団での様子を保護者と教職員等と一緒に確認しながら学校生活の内容を調整し、集団の中で安全に医療的ケアが行える支援体制を整えます。

就学時健康診断	校医(嘱託医)が医療的ケア児の状況を把握し、就学時健康診断を行います。
保護者付添登校	医療的ケア児の個々の状況を見ながら、無理のないペースで学校生活に慣れていくために、必要に応じて保護者付添登校を行います。
学校内調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教職員研修を実施します。</li> <li>・緊急時対応の確認を行います。</li> <li>・医療的ケア児を受け入れるための学校環境の確認を行います。</li> </ul>
看護師への引継ぎ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保護者と看護師による医療的ケアの手技確認を行います。</li> <li>・必要に応じて、保護者付添登校を行い、保護者と看護師で手技の確認等引継ぎを行います。</li> </ul>

医療的ケアの内容が変更となる場合は、主治医の指示書等を新たに作成してもらい、医療的ケアについて再度検討を行います。

## IV：医療的ケア実施関係者の役割と確認事項

### 1. 善通寺市の役割

善通寺市（社会福祉課・子ども課・教育総務課）は、関係機関と連携し、各施設・学校における医療的ケア児の受入れ・支援体制を整備します。

また、医療的ケアを実施している各施設・学校の実施体制や実施状況を適宜把握し、必要に応じて指導・助言等を行います。そのために、次の内容を実施します。

- ・医療的ケア運営協議会と連携し、必要に応じて本ガイドラインの改定等を行うこと。
- ・各施設・学校における医療的ケア実施内容等の記録について、看護師派遣事業者に定期的に提供を求めること。
- ・その他必要に応じて、医療的ケア児個別検討会等のケース会を開催し、課題となっている事項について協議すること。

### 2. 各施設・学校の役割

各施設・学校は、本ガイドラインの内容を踏まえ、医療的ケア児の安全確保に十分留意する必要があります。そのために、次の内容を実施し、各施設・学校内における医療的ケアに関する体制整備に努めます。

- ・各施設・学校の体制及び環境や医療的ケア児の実態を十分に把握したうえで、全教職員での情報共有と医療的ケアの保育・教育的意義の理解、環境整備、緊急時の対応マニュアルの作成等、医療的ケア実施における支援体制を確立しておくこと。
- ・各施設・学校長は、医療的ケアに関する担当教職員2名（管理職1名を含む）を選任し、担当教職員は看護師派遣事業者と連携して、医療的ケア児の保育・教育及び医療的ケアの安全実施のマネジメントなど、医療的ケアの実施をコーディネートすること。
- ・各施設・学校長は、医療的ケア児の発達・発育状況を踏まえて、受入れクラスや生活の流れ、行事への対応、保育・教育の進め方などを保護者と確認しておくこと。
- ・各施設・学校外での活動については、各施設・学校の年間計画に基づき、保護者、各施設・学校長、看護師派遣事業者及び善通寺市で医療的ケア実施の有無や安全面等について協議しておくこと。
- ・担任は、医療的ケア児をよく観察し、各施設・学校長、看護師、保護者等と連絡を密にとり、安全確保に努めること。
- ・各施設・学校長は、看護師派遣事業者が作成する実施報告書により医療的ケアの実施状況等を把握し、実施報告書を定期的に善通寺市に提出すること。
- ・各施設・学校長は、医療的ケア児に関する医療情報等を健康診断票に準じて扱い、当該幼児・児童・生徒が卒業後5年間保存すること。

### 3. 看護師派遣事業者・看護師の役割

善通寺市から委託を受けた看護師派遣事業者は、各施設・学校に看護師を派遣し医療的ケアを実施します。

医療的ケアを実施する場合には、次の事項について遵守するものとします。

- ・看護師派遣事業者は、医療的ケア児支援者を選任すること。(医療的ケア児支援者は、医療的ケア児等支援コーディネーターの資格を有する者が望ましい)
- ・医療的ケア児支援者は、保護者が医療的ケア実施の申込みについて相談や見学を行う際に、支援や助言を行うこと。
- ・医療的ケア児支援者及び看護師は、保護者、主治医及び各施設・学校と連携をとりながら、医療的ケア児の健康状態を適切に把握し、主治医からの「医療的ケア実施に関する指示書」を基に、「医療的ケア実施計画書(手順書、緊急対応マニュアル等の医療的ケアを行う際に必要な書類を含む。)」を作成すること。
- ・看護師は、「医療的ケア実施計画書」に基づく医療的ケアを確実に遂行すること。
- ・看護師は、医療的ケア児の今後の自立を目指して、インスリン注射や導尿等の仕方についての指導を計画的に行うこと。
- ・医療的ケア児支援者は、各施設・学校の教職員等に対して、緊急時の対応や環境整備などについて総合的なアドバイスを行うこと。
- ・看護師派遣事業者は、看護師や各施設・学校からヒヤリハット等の事例の報告を受けるとともに、その内容について他に同様の事例が起こらないよう対応を十分検討し、未然防止に努めること。
- ・看護師派遣事業者は、医療的ケアの実施報告書を作成し、各施設・学校を通して定期的に普通寺市に報告すること。

#### 4. 保護者の役割

各施設・学校における医療的ケアの実施には、保護者の理解と協力が不可欠です。各施設・学校内での医療的ケアに関わる全てを看護師等に任せるということではありません。医療的ケア児の安全・安心確保のためにも、各施設・学校、主治医、看護師、普通寺市がしっかりと連携をとることが必要になります。そこで、保護者においても次のことについて理解しておく必要があります。

- ・家庭における医療的ケアの実施状況や子どもの様子について、看護師、各施設・学校に十分な情報提供を行うこと。
- ・各施設・学校又は看護師派遣事業者から医療的ケア児の様子について相談等があった場合には主治医に伝えて改善策等の助言を得ること。
- ・定期受診をした際には、その結果等を各施設・学校に報告すること。
- ・園外保育、校外学習、遠足などは、医療的ケアの実施が困難な場合があり、その場合は保護者が医療的ケアを行うことがあること。看護師による医療的ケアを実施する場合の看護師にかかる交通費、施設入場料等の経費は、保護者負担とします。
- ・不測の事態における看護師の急な不在により、医療的ケアを行えないことがあること。
- ・常に緊急時の連絡手段を確保し、急な対応にも応じることができること。
- ・医療的ケアの内容の見直しに関わる情報(主治医の意見や健康状態の変化等)は速やかに各施設・学校に連絡すること。

- ・ 医療的ケアに必要な医療器具等の準備を行うこと。医療的ケアに必要な医療器具等の準備にかかる経費は保護者負担とします。

## 医療的ケアに関する主治医意見書

医療機関名		所在地	
電話番号		医師氏名 (署名又は記名押印)	

ふりがな 児童・生徒名	男 女	生年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
診断名				受診状況	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期
小・中学校における 集団生活の可否	<input type="checkbox"/> 小・中学校での集団生活は可能 <input type="checkbox"/> 小・中学校での集団生活は不可 <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )				
必要な 医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔、胃ろう、腸ろう) <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> たん吸引(口腔、鼻腔、気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器による呼吸管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理 <input type="checkbox"/> 導尿				
服薬状況 (処方箋添付可)	<input type="checkbox"/> 有(内容 ) <input type="checkbox"/> 無				
呼吸状況	呼吸障害 <input type="checkbox"/> 有(内容 ) <input type="checkbox"/> 無				
摂食・嚥下の 状況	経口摂取 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部不可 <input type="checkbox"/> 不可 誤嚥の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 食形態 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト状 <input type="checkbox"/> その他(内容 ) その他 <input type="checkbox"/> (内容 )				

(裏面へ続く)

排泄の状況	排尿・排便障害 <input type="checkbox"/> 有（内容 <input type="checkbox"/> 無	
発作の状況	けいれん発作 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 （内容 ） 発作時の対応 <input type="checkbox"/> その場で様子を見る <input type="checkbox"/> その場で座薬を挿入する <input type="checkbox"/> 救急搬送する <input type="checkbox"/> その他（内容 ）	
予想される 緊急時の状況 及び対応	状況・頻度	
	対 応	
	救急搬送の目安	
小・中学校で の生活上の配 慮及び活動の 制限	活動中に特別な配慮を <input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 部分的に必要とする <input type="checkbox"/> 常に必要とする （内容 ） 活動の制限 <input type="checkbox"/> 基本的生活は可能だが、運動は不可 <input type="checkbox"/> 軽い運動には参加可 <input type="checkbox"/> 中程度の運動には参加可 <input type="checkbox"/> 体育など、強い運動にも参加可	
その他		

年 月 日

申込者（保護者）住所  
氏名

### 医療的ケア実施申込書

次の医療的ケアについて、（ 小学校 ・ 中学校 ）での実施を申し込みます。

なお、受入れにあたり、関係機関での必要書類の複写等を行い情報共有が行われること、また、主治医等から児童・生徒の意見聴取を行うことについて同意します。

ふりがな 児童・生徒氏名		男 女	生年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
児童・生徒の住 所				電話番号 (携帯電話番号)		
学校名			学年			

#### ○実施を申し込む医療的ケアの内容（保護者記入）

必要な医療的ケアの項目に✓をつけ、（ ）内の該当する項目に○をしてください。

必要な 医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養（ 鼻腔経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ） <input type="checkbox"/> たん吸引（ 口 ・ 鼻 ・ 気管カニューレ内 ） <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理 <input type="checkbox"/> 導尿 ・ 自己導尿（ 一部要介助 ・ 完全要介助 ） <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器による呼吸管理
--------------	---

#### ○主治医

医療機関名		主治医氏名	
-------	--	-------	--

#### ○予想される緊急時の対応（保護者記入）

予想される緊急時の状態	対応・救急搬送先（主治医）



食事	方法 内容	<input type="checkbox"/> 経口	状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 内容 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	種類 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
			製品名 ( ) カテーテルサイズ ( Fr )
			注入内容 ( )
			注入量・回数 ( )
			トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	交換頻度 (1回/ )		
<input type="checkbox"/> 中心 静脈栄養	薬剤名 ( )		
血糖値 測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時間 ( 時・ 時・ 時)	
インスリン 投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時間 ( 時・ 時・ 時)	
呼吸 管理	気管 切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	呼吸器機種 ( )
			カニューレ製品名 ( )
			交換頻度 (1回/ )
			トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	回数 ( 回/日) 部位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 カテーテルサイズ ( Fr )
出産時の状況	妊娠期間	( 週 日)	
	体重	( ) g	
	身長	( ) cm	
	単・多	( ) 胎	
治療歴	これまでの治療の経緯について (手術をしている場合は、手術歴も記入する)		
その他	集団生活を送る上で配慮が必要な点、他の児童・生徒及びその保護者への周知について		

## 医療的ケアを必要とする児童・生徒の教育に関する確認書兼同意書

学校における医療的ケア実施の申込みにあたり、次の確認事項をご理解いただいたうえで、各項目の確認欄に☑し、ご署名をお願いします。

	確 認 事 項	確 認 欄
1	「普通寺市医療的ケア実施ガイドライン」をよく読み、理解しました。また、「Ⅳ 医療的ケア実施関係者の役割と確認事項」の内容を理解し、全て了承します。	<input type="checkbox"/>
2	不測の事態により医療的ケアを行う看護師が勤務できない場合には、保護者が付き添います。	<input type="checkbox"/>
3	学校での感染症が発症した場合の登校判断は、保護者の責任で行います。また、学校の判断で登校を控えていただく場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
4	学校が必要と認める場合、保護者等の費用負担で主治医等を受診することを了承します。	<input type="checkbox"/>
5	常に緊急時の連絡手段を確保し、急な対応にも応じることを了承します。	<input type="checkbox"/>
6	医療的ケア児の状況に急変が生じ、緊急事態と学校が判断した場合、その他必要な場合には、保護者等へ連絡する前に救急車を要請し、受診又は治療が行われることがあります。なお、それに伴い生じた費用は保護者等の負担になることを了承します。	<input type="checkbox"/>
7	医療的ケア児の病態の変化等により、市が規定する医療的ケアの内容以外の医療的ケアが必要になった場合は、学校へ速やかに相談することを了承します。	<input type="checkbox"/>
8	学校の人員、設備環境等の状況により、学校での医療的ケアの実施ができなくなる場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
9	医療的ケア児の状況について、囑託医と情報共有するほか、教育を実施するうえで必要な範囲で、他の児童・生徒及びその保護者との間で共有する場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
10	1～9のほか、学校との間で取り決めた事項を遵守します。	<input type="checkbox"/>

普通寺市長 宛

以上の医療的ケアを必要とする児童・生徒の教育に関する内容を確認し、同意します。

年 月 日

(署名欄)

保護者（申請者） 氏 名			
申込児童・生徒 氏 名		生年月日	年 月 日 生

善通寺市長 宛

年 月 日

## 医療的ケア実施に関する指示書

医療機関名		所在地	
電話番号		医師氏名 (署名又は記名押印)	

ふりがな 児童・生徒 氏名	男 女	生年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
医療的ケアの 内容	実施方法	指示内容及び配慮事項			
経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう 製品名 ( ) 注入内容 ( ) 注入量・回数 ( ) カテーテルサイズ ( Fr )			
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	流量 ( ㍉/分 ) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内			
吸引	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回数 約 回/日 部位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 カテーテルサイズ ( Fr )			
気管切開	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カニューレ製品名 ( ) 交換頻度 1回/			
導尿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カテーテル製品名 ( ) カテーテルサイズ ( Fr ) 回数 約 回/日			

(裏面へ続く)



※善通寺市→保護者

年 月 日

(保護者名) 様

善通寺市長

## 医療的ケア実施通知書

申込みのありました医療的ケアについて、下記のとおり実施することとしますので、通知します。

### 記

#### 1. 児童・生徒名

児童・生徒名		男 女	生年 月日	年 月 日	年 齢	歳
--------	--	--------	----------	-------	--------	---

#### 2. 学校名

学校名		学年	
-----	--	----	--

#### 3. 実施する医療的ケアの内容

医療的ケアの項目	実施する内容

#### 4. 緊急時の対応

- (1) 緊急事態発生時は、主治医の指示内容をもとに、連携する病院に連絡を行い、必要な措置を講じます。同時に保護者等に連絡します。
- (2) 保護者は、常に連絡がとれる体制を整え対応をお願いします。

#### 5. 留意事項

- (1) 定期的に主治医の診察を受け、結果や指示を学校に連絡してください。
- (2) 登校時、児童・生徒の健康状態について、担任や看護師等に連絡し、当日実施する医療的ケアの内容について確認し合ってください。
- (3) 医療的ケアに必要な児童・生徒が使用する用具、消耗品の点検・補充をお願いします。
- (4) 使用後の物品については、家庭に持ち帰り処分をお願いします。
- (5) 災害時に備え、内服薬等は必要数を毎日ご持参ください。

善通寺市長 宛

年 月 日

(学 校 名) \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_

(児 童 ・ 生 徒 名) \_\_\_\_\_

(生 年 月 日) \_\_\_\_\_

(保 護 者 名) \_\_\_\_\_

### 医療的ケア実施承諾書兼同意書

実施通知書及び医療的ケア実施ガイドラインの内容について十分な説明を受け、承諾いたしました。

つきましては、実施通知書等に定められた内容に沿って、医療的ケアを実施いただきますよう依頼いたします。

なお、医療的ケア児が受診する際に、教職員又は看護師等が同行し、学校における実施状況を主治医に報告し、必要な指示を受けることにも同意します。