

## VI 丸亀市立小・中学校で実施する医療的ケアについて

### 1 実施の要件

- ① 病状や健康状態が安定していること。
- ② 日常的に保護者が自宅で行っている医療的ケアが確立かつ安定していること。
- ③ 病状や医療的ケアに関する情報を保護者と小・中学校で十分に共有できること。
- ④ 学校や看護師が必要に応じて受診同行や面談等で、主治医との連携を図ることができること。
- ⑤ 該当小・中学校での実施体制（人員配置や施設環境）が整えられていること。

### 2 対象児童・生徒

丸亀市立小・中学校に通っている児童・生徒で、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た者です。

### 3 医療的ケアが可能な時間帯

医療的ケアを実施できる時間は、原則9：00～16：00の範囲で必要な時間としますが、必要な医療的ケアの状況によっては16：00を超えても対応できる場合があります。

（宿泊を伴う活動については、実施対象外とします。）

### 4 医療的ケアの対応者

丸亀市（市教育委員会学校教育課所管）では、医療的ケアの実施に関する業務を訪問看護ステーション等に委託します。委託業者は、医療的ケア児支援者を選任し、医療的ケア児支援者が中心となり、保護者、主治医等と連携をとりながら、各施設・学校に専門的な知識を有する訪問看護師等を派遣します。看護師は、医師の指示に基づいて医療的ケアを実施することとし、安全確保のために教職員も教育中の児童・生徒の見守りや医療行為に該当しない範囲での補助等を行います。

看護師に突発的な事象が発生した場合や、やむを得ない場合には、保護者に協力を依頼する場合があります。

※医療的ケア児支援者は、看護師への助言指導や関係機関との連絡調整、緊急対応マニュアル作成等の業務を担うもので、医療的ケア児等コーディネーターの資格を有する者が望ましい。

## VII 申込みの流れと手続

### 1 丸亀市立小・中学校での医療的ケア開始に向けての手続の流れについて

	手続の流れ	内 容
①	利用相談	<p>医療的ケア児の就学に関する相談は、学校教育課で受け付けます。相談を受けた学校教育課は、該当児童が本ガイドラインに基づく医療的ケアの対象者であることを確認します。</p> <p>対象者であると確認できた場合は、医療的ケアを受ける際の申込方法や手続、留意点等について説明します。</p>
②	利用申込み	<p>保護者は、次の書類を在籍する就学前教育・保育施設又は学校を通じて学校教育課に提出し、利用の申込みを行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療的ケア実施申込書（小中用様式1）</li> <li>・医療的ケアに係る調査票（小中用様式2）</li> <li>・医療的ケアに関する主治医意見書（小中用様式3）</li> </ul> <p>※「医療的ケアに関する主治医意見書」については、主治医により作成してもらい、その文書作成に係る経費については、保護者負担とします。</p>
③	連携相談①	<p>学校教育課と保護者、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。</p> <p>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」（小中用様式4）を提出します。</p> <p>連携相談に向けた日程調整は学校教育課が行います。</p>
④	利用調整	<p>連携後、学校教育課が、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。</p>
⑤	主治医指示書提出	<p>保護者は、主治医に「医療的ケア実施に関する指示書」（小中用様式5）の作成を依頼し、就学前教育・保育施設又は学校を通じて学校教育課に提出します。</p> <p>学校教育課は、指示書の内容について、看護師に情報提供し、連携を図ります。</p> <p>※主治医による文書作成に係る経費については、保護者負担とします。</p>
⑥	連携相談②	<p>保護者、看護師、学校及び学校教育課が、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を共通理解します。</p>
⑦	実施通知及び承諾書の提出	<p>学校教育課は、「医療的ケア実施通知書」（小中用様式6）により、医療的ケアの実施を通知し、それを受け保護者は、「医療的ケア実施承諾書」（小中用様式7）を提出します。</p>

## 2 医療的ケア実施申込みの際に必要な書類

医療的ケア実施申込みのために、保護者及び主治医が次の文書を作成し、提出する必要があります。

なお、主治医による文書作成等に係る経費については、保護者の負担となります。また、提出された書類などは、小・中学校等と共有されます。

【小中用様式1】	<b>医療的ケア実施申込書</b> 医療的ケアの実施を希望する場合に提出をします。関係機関との情報共有や主治医からの意見聴取に同意を示すものです。
【小中用様式2】	<b>医療的ケアに係る調査票</b> 医療的ケアを受ける児童・生徒について、共通理解を図るものです。
【小中用様式3】	<b>医療的ケアに関する主治医意見書</b> 主治医意見書は児童・生徒の基礎疾患等に係る状況を示し、健康管理を実施する上での情報とするものです。医療的ケアを行えば、学校において通常の教育が可能かどうかの主治医の意見を確認します。
【小中用様式4】	<b>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</b> 医療的ケアを受ける際の確認事項について同意を示すものです。
【小中用様式5】	<b>医療的ケア実施に関する指示書</b> 医療的ケアを行うときの主治医からの指示書です。この指示書を基に医療的ケアを行います。
【小中用様式6】	<b>医療的ケア実施通知書</b> 各施設・学校において医療的ケアを実施することを通知するものです。
【小中用様式7】	<b>医療的ケア実施承諾書</b> 学校内での医療的ケアの実施について、計画、内容等に同意したことを示すものです。

## 3 医療的ケアの内容の変更について

医療的ケア児の発達や心身の状態の変化に伴い、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、医療的ケアの実施について再度検討を行います。

## VIII 医療的ケア実施関係者の役割と確認事項

### 1 学校教育課の役割

学校教育課は、丸亀市立小・中学校において医療的ケアを行うため、看護師派遣事業者に依頼して看護師を確保します。

また、実施体制や実施状況を適宜把握し、円滑な医療的ケアが実施できるように、必要に応じて医療的ケアを実施している学校に対して指導・助言等を行います。そのために、次の内容を実施します。

- ① 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。
- ② 医療的ケア運営協議会の意見を聞きながら、本ガイドラインに沿って着実に医療的ケアが実施できるように、必要に応じてガイドラインの改定等を行うこと。
- ③ その他課題となる事項については、学校において連携相談を開催し、協議すること。

### 2 学校の役割

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、学校における医療的ケアに関する体制整備に努めます。

- ① 学校医と医療的ケア児に関して情報共有を行い、連携を図ること。
- ② 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上で、全教職員での情報共有と医療的ケアの教育的意義の理解、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。
- ③ 校長は、医療的ケアに関する担当職員を校務分掌上位置付け、担当職員は看護師派遣事業者と連携して、環境整備や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。
- ④ 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、教育の進め方などを保護者と確認しておくこと。
- ⑤ 学校外での活動については、学校の年間計画に基づき、医療的ケア実施の有無や安全面等について、保護者、看護師派遣事業者及び学校教育課と協議しておくこと。
- ⑥ 担任は、当該児童・生徒をよく観察し、校長、担当職員や養護教諭、看護師及び保護者と連絡を密にとり、安全確保に努めること。

### 3 看護師派遣事業者の役割

看護師派遣事業者は、丸亀市から委託を受け、学校に看護師を派遣し医療的ケアを行います。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。

- ① 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。
- ② 医療的ケア児支援者及び看護師は、保護者、主治医及び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、緊急的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。
- ③ 派遣した看護師により「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。
- ④ 看護師や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。

- ⑤ 医療的ケアの実施報告書を作成し、定期的に学校教育課に報告すること。
- ⑥ 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。
- ⑦ 医療的ケア児支援者は、学校の職員に対して、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を行うこと。

#### 4 保護者の役割

小・中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。学校内での医療的ケアに関わる全てを看護師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、学校、主治医、看護師及び学校教育課と、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。

- ① 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、看護師及び学校に情報提供を行うこと。
- ② 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の助言を得ること。
- ③ 定期的に医療機関へ受診し、その結果等を学校に報告すること。
- ④ 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。

※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。

- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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）は速やかに学校に連絡すること。
- ⑧ 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。

## Ⅸ 様式集

【小中用様式1】 医療的ケア実施申込書

【小中用様式2】 医療的ケアに係る調査票

【小中用様式3】 医療的ケアに関する主治医意見書

【小中用様式4】 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

【小中用様式5】 医療的ケア実施に関する指示書

【小中用様式6】 医療的ケア実施通知書

【小中用様式7】 医療的ケア実施承諾書

丸亀市教育委員会教育長 宛

年 月 日

申込者（保護者）住所  
氏名

## 医療的ケア実施申込書

次のとおり丸亀市立小・中学校での医療的ケアの実施について申し込みます。

なお、受入れの検討を行う際、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、主治医や発達相談所等から児童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・生徒名		男 女	生年 月日	年 月 日	年 齢	歳
電 話 番 号 (携帯電話番号)		学校名・ 学年・組		学校 年 組		

## ○実施を申し込む医療的ケアの内容

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

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

## ○かかりつけ医師

病院名		主治医（名前）	
-----	--	---------	--

## ○予想される緊急時の対応

予想される緊急時の状態	具体的な対応（緊急搬送先を含む。）

○青い鳥教室の利用希望 あり・なし



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		
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	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 ( )		
			種 類 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <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 ( )		
			注入力・回数 ( )		
<input type="checkbox"/> I V H	トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
	交換頻度 (1回/ )				
血糖値測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時 間 ( 時, 時, 時)			
インスリン剤	<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	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/時間)		
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)	単・多	( ) 胎	
	体 重	( ) グラム	身長	( ) cm	
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				

丸亀市教育委員会教育長 宛

年 月 日

## 医療的ケアに関する主治医意見書

次のとおり下記児童に係る医療的ケアに関する意見を申し述べます。

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	教育中は、他の児童・生徒との接触の機会が多くあるため、一般的には感染症を防ぐのは難しい環境にあります。 <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"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理					
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 そ の 他 <input type="checkbox"/> （内容 _____）					

(裏面へ続く)

排尿状態	排尿障害 <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	
	緊急搬送の目安	
園・小中学校・高等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"/> 中等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		

## 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当たり、次の確認事項を御理解いただいた上で、各項目の確認欄に☑し、御署名をお願いします。

	確認事項	確認欄
1	「医療的ケアガイドライン」をよく読み、理解しました。また、「Ⅷ 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	やむを得ない事情により医療的ケアを行う看護師等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	学校での感染症が一定以上発症した場合の登校判断は、保護者等の責任で行います。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	医療的ケア児の症状に急変が生じ、緊急事態と各学校が判断した場合は、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"/>
6	医療的ケア児の病態の変化等により、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、学校に速やかに相談することを了承します。	<input type="checkbox"/>
7	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"/>
8	医療的ケア児の状況について、教育を実施する上で必要な範囲で、他の児童・生徒や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"/>
9	1～8のほか、各学校との間で取り決めた事項を順守します。	<input type="checkbox"/>

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。

(署名欄)

年 月 日

保護者（申請者） 氏名			
申込児童・生徒 氏名	生年月日	年	月 日

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)	

児童・生徒名		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				
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/				
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	流量 ( %/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) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12				
経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <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) ( )				
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				

(裏面に続く)



年 月 日

(保護者名) 様

丸亀市教育委員会教育長

医療的ケア実施通知書

申込みがありました医療的ケアについて、下記のとおり実施するので通知します。

記

1 児童・生徒名

ふりがな 氏名		生年 月日	年 月 日	年齢	歳
------------	--	----------	-------	----	---

2 学校名

学校	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基に、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、常に連絡が取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ご連絡ください。
- (2) 登校時、児童の健康状態について、担任や看護師等に連絡し、当日の医療的ケアの内容について確認し合ってください。
- (3) 医療的ケアの実施に必要な用具、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。

(小中用様式7)

丸亀市教育委員会教育長 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

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。