

砥部町立学校における医療的ケア実施要綱

令和4年3月30日
教育委員会告示第10号

(趣旨)

第1条 この告示は、砥部町立小学校又は中学校の就学に際し、学校において医療行為が必要な児童又は生徒(以下「児童等」という。)に対して行う医療的ケアに関する手続等について定めるものとする。

(定義)

第2条 この告示において、「医療的ケア」とは、児童等に対して主治医の指示で行う次に掲げる医療行為をいう。

- (1) 口腔内、鼻腔内及び気管カニューレ内の喀痰吸引
- (2) 経管栄養
- (3) 導尿
- (4) 酸素吸入
- (5) 前各号に定めるもののほか、主治医の指示の範囲で砥部町教育委員会教育長(以下「教育長」という。)が定めるもの

(医療的ケアの対象者)

第3条 医療的ケアの対象者は、砥部町に住所を有し、かつ、医療的ケアを受けなければ通常の教育を受けることが困難な者とする。

(医療的ケアの従事者)

第4条 医療的ケアの従事者は、看護師資格を持ち医療的ケアに関する知識のある者とする。

2 前項の従事者は、医療的ケアのほか学校、主治医及び保護者と連携して次の業務を行う。

- (1) 児童等の健康状態の把握及び学校長、学級担任及び養護教諭との情報共有
- (2) 医療的ケア実施報告書等の必要な書類の作成及び健康チェック表への記入
- (3) 前2号に定めるもののほか、医療的ケアに必要な業務

(医療的ケアの申請等)

第5条 医療的ケアを希望する児童等の保護者は、医療的ケア実施申請書(様式第1号)に主治医が作成した医療的ケアに関する指示書(様式第2号)を添えて教育長に申請しなければならない。

2 教育長は、前項の規定による申請があった場合は、砥部町特別支援連携協議会において協議のうえ、その結果を医療的ケア実施承認(不承認)通知書(様式第3号)により申請者に通知する。

3 申請者は、前項による承認を受けた場合は、医療的ケア実施承諾書(様式第4号)を教育

長に提出する。

(医療的ケアの実施期間)

第6条 医療的ケアの実施期間は、医療的ケアを開始すべき日から当該日が属する年度の3月31日までとする。

(医療的ケアの変更)

第7条 医療的ケアを受けている児童等の保護者は、第6条第2項の規定により承認された医療的ケアを変更する必要がある場合は、直ちに医療的ケア実施内容変更申請書(様式第5号)に必要な応じて主治医の指示書を添えて教育長に申請しなければならない。

2 前項の規定による申請があった場合は、変更の可否を審査し、その結果を医療的ケア実施変更承認(不承認)通知書(様式第6号)により申請者に通知する。

3 前項の審査については、必要に応じて砥部町特別支援連携協議会の意見を聞くものとする。

(医療的ケアの中止)

第8条 教育長は、次の各号のいずれかに該当する場合は、現に実施している医療的ケアを中止する。

- (1) 第3条に規定する実施要件に該当しなくなった場合
- (2) 虚偽その他不正な手段により医療的ケア実施承認を受けた場合
- (3) 前2号に定めるもののほか、教育長が医療的ケアを中止する必要があると認めた場合

2 教育長は、前項の規定により医療的ケアを中止する場合は、医療的ケア中止決定通知書(様式第7号)により医療的ケアを受けている児童等の保護者に通知する。

(費用負担)

第9条 医療的ケアに必要な費用は、個人が負担すべきものを除き砥部町が負担する。

(保護者の役割)

第10条 医療的ケアを受けている児童等の保護者の役割は、次に定めるところによる。

- (1) 医療的ケアの実施に必要な医療機器、医療用具、消耗品等の個人が負担すべきものの準備
- (2) 前号に規定する機器等のメンテナンス
- (3) 登校前の児童等の健康状態の把握及び健康チェック表への記入
- (4) 学校、主治医等の関係者と連携した緊急時の対応
- (5) 前各号に定めるもののほか、学校長の要請に対する協力

(学校の役割)

第11条 学校の役割は、次に定めるところによる。

- (1) 医療的ケアに従事する看護師その他の関係者との連携及び調整
- (2) 全教職員の医療的ケアに対する教育的意義の理解促進
- (3) 医療的ケア実施計画の策定

- (4) 医療的ケアマニュアル、健康チェック表等の必要な書類の作成
 - (5) ヒヤリハット等の事例の集積、事故予防対策及び緊急時の役割分担
 - (6) 前各号に定めるもののほか、円滑な医療的ケアの促進
- (医療的ケア校内委員会)

第12条 学校長は、医療的ケアを安全かつ適正に実施するため、学校に医療的ケア校内委員会を設置し、次に定める事項を協議する。

- (1) 医療的ケアの実施計画、実施体制及び実施内容
 - (2) 医療機関、消防署等の関係機関との連携支援体制
 - (3) 前2号に定めるもののほか、学校長が必要と認める事項
- 2 医療的ケア校内委員会の委員は、学校長、教頭、学級担任、養護教諭及び学校長が必要と認める者で構成する。
- 3 学校長は、医療的ケア校内委員会の委員長を務め、同委員会の総合調整を行う。
- (緊急時の対応)

第13条 教育長は、児童等の異常に速やかに対処するため緊急時マニュアルを策定し、医療的ケアに関わる全ての者に周知しなければならない。

(医療的ケア実施報告)

第14条 学校長は、毎月医療的ケア実績報告書(様式第8号)を作成し、翌月10日までに教育長に報告しなければならない。

(守秘義務)

第15条 医療的ケアに関わる全ての者は、職務上知り得た個人情報及び秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も、同様とする。

(その他)

第16条 この告示に定めるもののほか、医療的ケアの実施に関し必要な事項は、教育長が定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、令和4年4月1日から施行する。
- (必要な準備)
- 2 教育長は、この告示の施行前においても、医療的ケアの実施に関し必要な手続きを行うことができる。

年 月 日

砥部町教育委員会教育長 様

申請者 住所
(保護者) 氏名

年度医療的ケア実施申請書

砥部町立学校における医療的ケア実施要綱第 6 条第 1 項の規定により、医療的ケアの実施を申請します。

1 児童等

(1) 住所

(2) 氏名

(3) 生年月日 年 月 日生

(4) 学年 年生

2 在籍学校名 砥部町立 学校

3 医療的ケアの内容

☐喀痰吸引 ☐経管栄養 ☐導尿 ☐酸素吸入
☐その他 ()

4 実施希望期間 年 月 日 から 年 月 日まで

5 緊急連絡先

順位	氏名 (児童又は生徒との続柄)	住所	電話

6 添付書類 医療的ケアに関する指示書(様式第 2 号)

様式第2号（第5条関係）

年度医療的ケアに関する指示書

医療的ケアを次のとおり実施者に指示します。

学校・学年		児童等氏名	性別	生年月日・年齢
学校	年			年 月 日 生 歳
病状等				
経 管 栄 養	☐ 胃ろう 種類（ ） サイズ（ ）Fr （ ）cm ☐ 腸ろう 種類（ ） サイズ（ ）Fr （ ）cm ☐ 経鼻経管栄養 サイズ（ ）Fr （ ）cm	・注入物 ☐ 栄養剤・ ☐ ペースト食・ ☐ 水分・ ☐ 薬剤 ・中間注入物（ ） 1回（ ）ml （ ）分 （イルリガートル・シリンジ・どちらでも） ・昼の注入物（ ） 1回（ ）ml （ ）分 （イルリガートル・シリンジ・どちらでも） 昼の薬剤名 ☐ 薬の説明書（病院発行）の通りとする。 ☐ その他（ ） ・注入時の注意事項 ・胃残確認 ☐ 必要（ ☐ 全量引く・ ☐ 少量で確認する） ☐ 不必要 胃残がある場合の対応 （ ）		
	エア抜きへの対応			
	胃ろう・腸ろうボタン除去時の対応			
	胃チューブ除去時の対応			
吸 引	☐ 口腔内 ☐ 鼻腔内 ☐ 気管内 カニユーレの種類 （ ） サイズ（ ） カフ（ ）cc 咽頭気管分離術（有・無）	・挿入可能なカテーテルの長さの目安 口腔（ ）cm（看護師への指示：必要な場合のみ） 鼻腔（ ）cm（看護師への指示：必要な場合のみ） カニユーレの入り口より（ ）cm（看護師への指示） ・吸引時の注意事項		

	気管カニューレ抜去時の対応	・ 1 サイズ小さい予備のカニューレ（有・無） ・ 看護師の再挿入 ☐可・☐不可 ※看護師再挿入後は、速やかに医療機関を受診します。 ・ 挿入時の注意事項 挿入が困難な場合の対応 ☐主治医受診・☐医療機関受診 挿入困難時の注意事項 () ・ 看護師再挿入不可の理由と抜去時の対応 ()
	気管切開部の衛生管理	
吸入	☐ 定時 ☐ 必要時	・ 時間、頻度等 () ・ 吸入 薬剤 () を () ml 生理食塩水を () ml ・ 注意事項
酸素療法	☐ 定時 ☐ 必要時	・ 使用の目安 () 場合は流量 () /分 () 場合は流量 () /分 ・ 火災発生時の対応 ☐ 酸素を使用したまま避難する ☐ 酸素を中断して避難する 中断可能な時間の目安 () ・ 注意事項
人工呼吸器の管理	自発呼吸(有・無)	☐ 常時
	種類 ()	・ 外してもよい時間の目安 ()
	☐ 定時 ☐ 必要時	☐ 必要時… ☐ SP02 () %以下の場合 ☐ 本人の訴え時 ☐ その他 ()
	設定確認	☐ 設定は「人工呼吸器の使用同意書」のとおりとする。 (同意書がない場合は「人工呼吸器設置・点検報告書」) ・ 書類の提出がない場合は設定を記入 ()
		☐ その他設定の確認が必要な状況

カ フ ア シ ス ト の 使 用	種類 ()	・ 設定 呼吸圧・時間 () 一時休止時間 () 吸気圧・時間 () オシレーションの有無 () ・ 使用方法 1 カフサイクル () 回を () セット実施	
	☐ 定時 ☐ 必要時 ☐ 随時	・ 使用の目安 () ・ 注意事項	
導 尿	カテーテル () Fr ☐ 定時 ☐ 必要時	・ 時間、頻度等 () ・ 注意事項	
学校生活上の注意事項・配慮事項等			
予想される緊急時の状況及び対応		状態・頻度	
		対 応	
		緊急搬送の目安	
		緊急時の連絡先	
その他特記事項			

記入日： 年 月 日

医療機関名 _____

所在地・連絡先 _____

主治医氏名 _____

(主治医氏名は、署名又は記名押印)

様式第3号（第5条関係）

年 月 日

様

砥部町教育委員会教育長 印

年度医療的ケア実施承認（不承認）通知書

年 月 日付けで実施申請がありました医療的ケアについては、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1 承認

児童等氏名		生年月日	年 月 日
在籍校			
医療的ケアの開始年月日	年 月 日		
医療的ケアの内容			
特記事項			

2 不承認

理 由	
-----	--

（保護者の方へ）

- 1 児童等の当日の健康状態を、児童等が通う小中学校に報告してください。
- 2 医療的ケアに必要な医療機器、医療用具等を準備してください。

様式第4号（第5条関係）

年 月 日

砥部町教育委員会教育長 様

申請者 住 所

(保護者) 氏 名

(申請者氏名は、署名又は記名押印)

年度医療的ケア実施承諾書

年 月 日付けで承認通知がありました医療的ケアについて承諾
いたします。

様式第 5 号（第 7 条関係）

年 月 日

砥部町教育委員会教育長 様

申請者 住所
(保護者) 氏名

年度医療的ケア実施内容変更申請書

年 月 日付けで承認された医療的ケアの実施内容の変更を申請
します。

記

1 児童等

氏名 (生年月日 年 月 日)

2 変更等の内容

変更前	変更後

3 変更等の理由

※必要に応じて医療的ケアに関する指示書を添付すること。

様式第 6 号（第 7 条関係）

年 月 日

様

砥部町教育委員会教育長 

年度医療的ケア実施内容変更承認（不承認）通知書

年 月 日付けで実施内容変更申請がありました医療的ケアについては、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1. 承認

内 容	
-----	--

2. 不承認

理 由	
-----	--

様式第 7 号（第 8 条関係）

年 月 日

様

砥部町教育委員会教育長 印

年度医療的ケア中止決定通知書

医療的ケアの実施について、下記のとおり中止することとしましたので通知します。

記

児童等氏名		生年月日	年 月 日
中止年月日			
理 由			

年 月 日

砥部町教育委員会教育長 様

砥部町立 学校 校長

年度医療的ケア実績報告書（ 月分）

次のとおり医療的ケアの実施を報告いたします。

[illegible]