

茨木市立小学校及び中学校における医療的ケア実施要綱

(目的)

第1 この要綱は、茨木市教育委員会（以下「教育委員会」という。）が実施する医療的ケアについて必要な事項を定めることにより、茨木市立小学校及び中学校（以下「小中学校」という。）において、日常的に医療的ケアを必要とする児童生徒の教育機会の確保及び充実に努めること並びに学校生活における安全を確保することを目的とする。

(定義)

第2 この要綱において「医療的ケア」とは、口腔・鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内の喀痰吸引、経鼻チューブ・胃瘻または腸瘻による経管栄養、導尿その他医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（平成17年7月26日付け医政発第0726005号厚生労働省医政局長通知）において定められた医行為のうち小中学校において当該医行為を行うことに支障がないと主治医が認め、かつ、看護師が主治医から指示・指導を受けた範囲で実施することができるものをいう。

(対象の児童生徒)

第3 医療的ケアの対象となる児童生徒は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 小中学校に在籍していること
- (2) 主治医から指示をされ、保護者が家庭において医療的ケアを実施していること
- (3) 保護者から医療的ケアの実施の依頼があること
主治医が学校生活において医療的ケアを実施することを認め、教育委員会が実施可能と認める児童生徒

(医療介助員の配置)

第4 教育委員会は医療的ケアを実施するため、看護師（以下「医療介助員」という。）を任用することができる。

- 2 教育委員会は、第7の規定により医療的ケアの実施を決定したときは、前項の規定により任用をした医療介助員を、対象となる児童生徒が就学する小中学校（以下「実施校」という。）に配置する。

(児童生徒の状況確認)

第5 教育委員会は、就学相談の申込みにおいて、医療的ケアの実施が必

要となる児童生徒の保護者と医療的ケア及び児童生徒の状況等を確認するため個別の面談を行う。

- 2 前項の面談に係る情報については、保護者の承諾を得て当該児童生徒が就学することとなる実施校と共有する。

(申請)

第6 実施校での医療的ケアの実施を希望する児童生徒の保護者は、医療的ケア実施申請書(様式第1号)及び医療的ケア主治医指示書(様式第2号)については写しを教育委員会に提出しなければならない。

(実施の承認)

第7 教育委員会は、児童生徒の就学について実施校と保護者が十分に相談し、実施校が自校で医療的ケアの実施が十分可能と判断したことを確認したうえで、医療的ケアの実施の可否を決定し、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しなければならない。

(実施に係る書類の提出)

第8 医療的ケア実施の承認を受けた児童生徒(以下「児童生徒」という。)の保護者(以下「保護者」という。)は、医療的ケア主治医指示書(様式第2号)に医療的ケア緊急対応表(様式第4号)を添えて実施校の校長にしなければならない。

- 2 前項の規定により指示書等の提出を受けた校長は、保護者に対し実施校における医療的ケアの実施について十分な説明を行い、茨木市立小中学校における医療的ケアの実施に関する同意書(様式第5号)に保護者の署名をもらわなければならない。初年度においては、教育委員会も保護者に説明を行う。

- 3 教育委員会は、前項の書類が提出されないときは、医療的ケアの実施を保留することができる。

(実施の変更等)

第9 保護者は、主治医の指示により、医療的ケアの実施内容を変更し、又は追加する場合は、速やかに次に掲げる書類を教育委員会に提出しなければならない。

(1) 医療的ケア実施申請書(様式第1号)

(2) 医療的ケア変更・追加指示書(様式第6号)の写し

- 2 前項の場合において第7及び第8の規定を準用する。ただし、軽微な変更又は追加の場合は、この限りではない。

(医療的ケアの継続)

第10 保護者が翌年度も医療的ケアの実施の継続を希望する場合は、実施校の校長に医療的ケア主治医指示書（様式第2号）を提出しなければならない。

2 前項の規定により医療的ケア主治医指示書の提出をうけた校長は、第8の2と同様、同意書に保護者の署名をもらわなければならない。

（医療的ケアの終了）

第11 保護者は医療的ケアの実施を終了するときは、医療的ケア終了届（様式第7号）を実施校の校長に提出しなければならない。

（医療的ケアの実施）

第12 実施校は、医療的ケアの実施に当たっては、医療的ケア主治医指示書（様式第2号）に基づいて児童生徒状態把握票（様式第8号）及び個別実施手順書（様式第9号）を作成しなければならない。

2 医療介助員は、児童生徒の主治医から医療的ケアの実習や指導を受けなければならない。

3 校長は、実施校での医療的ケアの実施について医療的ケア実施内容（様式第10号）を作成し、教育委員会に提出しなければならない。

4 医療介助員は、医療的ケアの実施対象の児童生徒の状態、対応等を医療的ケア看護記録票（様式第11号）に記録しておかなければならない。

（校外学習）

第13 校外学習において、人工呼吸器の装着等が必要な高度医療的ケア児童生徒の保護者は、行程表等を用いて主治医に参加の可否について確認をとること。

2 泊を伴う行事において、児童生徒の保護者は、宿泊行事における医療的ケア指示書（様式第2号の2）を実施校の校長に提出しなければならない。

（緊急時の対応）

第14 緊急時は、医療的ケア主治医指示書（様式第2号）及び医療的ケア緊急対応表（様式第4号）により対応するものとする。

2 実施校において医療的ケアに関与する者は、医療的ケアの実施時に事故が生じた場合児童生徒の生命及び健康を最優先し、適切かつ迅速に対応しなければならない。

3 校長は、前項の場合において事故報告書（様式第12号）を作成し、速やかに教育委員会に報告しなければならない。

（指導医）

第15 教育委員会は、安心かつ安全な医療的ケアを実施するため、医療的

ケアに知見のある医師を指導医として委託する。

(費用負担)

第16 児童生徒の保護者は、次に掲げる費用を負担するものとする。

(1) 主治医指示書等に係る文書費用

(2) 主治医のカンファレンス等及び医療介助員等に対する指導に係る費用

(3) 医療的ケアに必要な器具及び消耗品に係る費用

(書類等の保管)

第17 実施校は、医療的ケアの実施に関する書類等について、児童生徒が卒業するまで保管しなければならない。ただし、医療的ケア主治医指示書については児童生徒の卒業時に教育委員会に提出し、教育委員会において児童生徒の卒業後5年間保管することとする。

(委任)

第18 この要綱の実施について必要な事項は、教育委員会が別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から実施する。

(あて先) 茨木市教育委員会教育長

医療的ケア実施申請書

- 1 対象者名 _____
- 2 生年月日 _____
- 3 病名 _____

記

医療的ケアの内容 ※ 実施を希望する項目に☑を付け、該当する項目に○印又は記入をしてください。

<input type="checkbox"/> 経管栄養	(経 鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう)
<input type="checkbox"/> 吸 引	(口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内)
<input type="checkbox"/> 酸素療法	(持 続 ・ 体調の変化による)
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器管理	
<input type="checkbox"/> 吸 入	(定 時 ・ 体調の変化による)
<input type="checkbox"/> 導 尿	(一部介助 ・ 全介助)
<input type="checkbox"/> 人工肛門の管理	
<input type="checkbox"/> 血糖値測定及びインスリン注射	
<input type="checkbox"/> その他	(_____)

予測される緊急時の対応

医 療 的 ケ ア	予測される緊急時の状態	対応・緊急搬送先
経 管 栄 養		
吸 引		
酸 素 療 法		
吸 入		
導 尿		
人 工 肛 門 管 理		
血 糖 値 測 定 及 び インスリン注射		
そ の 他		

学校等の生活において、上記の医療的ケアの実施を申請します。

(原本は教育委員会で保管し、写しを学校へ渡します。)

なお、児童生徒の健康状態の急変等の連絡が学校からあった場合は、速やかに迎えに行く等の適切な対応をいたします。

記 入 日 : 令和 年 月 日

保 護 者 名 :

様式第2号

医療的ケア主治医指示書

(宛先) 茨木市立

学校長

記入日 : 年 月 日

医療機関名 :

住所 :

電話番号 :

主治医名 : 印

(自署の場合印は不要です)

医療的ケアについて、下記のとおり指示いたします。

※ 令和 年度中有効

児童生徒名		生年月日	年 月 日
診断名			

該当の指示内容に☑ (チェック) ・数値等を記入してください。

医療的ケアの内容		<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 血糖測定及びインスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の管理 <input type="checkbox"/> その他 (
具体的指示内容	経管栄養	種類	<input type="checkbox"/> 経鼻 カテーテルサイズ Fr <input type="checkbox"/> 胃瘻 カテーテルサイズ Fr <input type="checkbox"/> バンパー型 <input type="checkbox"/> バルーン型 (水の量 ml) <input type="checkbox"/> ボタン型 <input type="checkbox"/> チューブ型 <input type="checkbox"/> 腸瘻 カテーテルサイズ Fr		
		注入内容 <input type="checkbox"/> 栄養剤 <input type="checkbox"/> 食事	食事 (量・時間)	mlを 分・時間かけて	
			栄養剤名		
			実施時間/量/速度	: / ml 分・時間かけて : / ml 分・時間かけて	
		<input type="checkbox"/> 水分注入	時間 / 量	胃 残	胃残量 ml未満で予定量注入 胃残量 ml以上の時 () 胃残の色や性状に異常 ()
				注入内容 ()	
				(: / ml) (: / ml) (: / ml) または 分・時間毎に ml	
		<input type="checkbox"/> 薬品注入	薬品名		
			溶解液		
			注入時間		
その他指示・注意事項 (異常・緊急時の対応)		※予定外抜去時の対応等 (経鼻カテーテルの再挿入は実施しません)			

具体的指示内容	排泄介助	<input type="checkbox"/> 導尿	カテーテルサイズ	Fr	挿入の長さ	cm	
			時間				
		<input type="checkbox"/> 人工肛門					
		その他指示・注意事項（異常・緊急時の対応）					
	インスリン注射	<input type="checkbox"/> 血糖測定	時間				
		<input type="checkbox"/> インスリン注射	薬品名				
			投与量				
		その他指示・注意事項（異常・緊急時の対応）	※低血糖時の対応・給食の摂取量の制限等				
	酸素療法	<input type="checkbox"/> 常時使用	流量	ℓ/分			
		<input type="checkbox"/> 体調変化時	仕様の目安	SP02	%以下	開始流量：	ℓ/分
		その他指示・注意事項（異常・緊急時の対応）					
	吸入	薬品名（1回量）					
		<input type="checkbox"/> 定時	時間				
		<input type="checkbox"/> 体調変化時	投与の目安				
		その他指示・注意事項（異常・緊急時の対応）					
	吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内	吸引圧	kpa			
		<input type="checkbox"/> 鼻腔内	吸引圧	kpa	挿入の長さ	cm	
		<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内	カニューレのサイズ	Fr	挿入の長さ	cm	
			吸引圧	kpa	カフ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（カフエア	cc)
		<input type="checkbox"/> 喉頭気管分離術	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
その他指示・注意事項（異常・緊急時の対応）							

具体的指示内容	人工呼吸器	自発呼吸	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	離脱	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 (時間) <input type="checkbox"/> 移乗・更衣時可			
		使用機種		換気様式	<input type="checkbox"/> 従量式 <input type="checkbox"/> 従圧式			
		呼吸モード	<input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> SIMV <input type="checkbox"/> A/C <input type="checkbox"/> BIPAP <input type="checkbox"/> その他 ()					
		加温・加湿器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (オート機能 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)					
		酸素流量	ℓ/分					
		呼吸器メーカー担当者	メーカー					
			担当者					
		平常時のバイタル	体温：	～	℃	呼吸数：	～	回/分
			脈拍数：	～	回/分	SP02：	～	%
		緊急対応	アラームがなった場合	<input type="checkbox"/> 保護者に連絡をし、救急搬送する <input type="checkbox"/> バイタルが安定していれば () 分経過観察をする <input type="checkbox"/> 業者に連絡をして確認する				
			バイタルに異常が見られた場合	<input type="checkbox"/> すぐ、救急車を呼ぶ <input type="checkbox"/> () 分間様子を見て改善されなければ救急搬送する				
		その他指示・注意事項 (異常・緊急時の対応)	※バギングや救急搬送が必要な状態等					
		カフアシスト	使用が必要な状態					
			使用方法 (1回あたり)	() カフを1クールとして () セット				
使用間隔・回数								
モード								
その他指示・注意事項 (異常・緊急時の対応)								

	その他の医療的ケア指示		
その他指示	与薬	薬品名	
		用法・用量	※お薬情報写し添付可（頓用については使用方法及び注意点をご記入ください）
	配慮事項	学校生活で配慮や注意すべき事項	※学習活動の参加（姿勢・運動制限、体育や水泳指導時等）について具体的にご記入ください。
		平常時のバイタル	体温： ～ ℃ 呼吸数： ～ 回/分 脈拍数： ～ 回/分 SP02： ～ %
		緊急時の指示	禁忌薬： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） 薬品名： <校医・連携医療機関への伝達事項>
実習・指導	年 月 日に看護師（ ）（ ）（ ）に実施		

宿泊行事における医療的ケア指示書

(あて先) 茨木市立

学校長

令和 年 月 日

医療機関名：

住 所：

電 話 番 号：

主 治 医：

印

(自署の場合印は不要です)

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自然宿泊体験学習 | <input type="checkbox"/> 1泊2日修学旅行 | <input type="checkbox"/> 2泊3日修学旅行 |
| <input type="checkbox"/> 飛行機搭乗可 | <input type="checkbox"/> 新幹線乗車可 | <input type="checkbox"/> バス乗車可 |
| 上記宿泊行事の参加について <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 と判断します。 | | |
| 不可の理由： | | |

参加するにあたり下記のとおり、学校外で必要となる医療的ケアや対応等について指示します。

児童生徒名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日

病 名： _____

宿泊行事に必要な医療的ケア

1. 人工呼吸器管理（離脱可能な行為や時間 夜間対応、注意事項等についてご記入ください。） <p style="text-align: right;">※入浴は控え、清拭とします</p>
2. 吸引
3. 吸入
4. 酸素吸入

裏面もご確認ください。

5. 経管栄養

6. 排泄

7. 与薬（外用薬含む。用法・用量、頓用については詳細をご記入ください。食べ合わせに注意が必要な食品等）

8. その他（起こりやすい状態、注意すべきこと、救急搬送の目安等）

宿泊行事中の留意点

就寝中の留意点

急変時の対応（発熱を含むバイタルに異常がある時等）

(教育委員会→保護者)

様式第3号

茨 教 学 第 号
令和 年 月 日

様

茨木市教育委員会教育長



医療的ケア実施承認（不承認）通知書

令和 年 月 日付けで申請のありました医療的ケアの実施について、
次のとおり承認（不承認）としましたので通知します。

児童生徒名		
生年月日	年 月 日	
承認	実施学校名	
	実施する医療的ケアの内容	
	開始日	令和 年 月 日
不承認	不承認の理由	

※終了届が提出されるまで有効とします。

様式第4号

医療的ケア緊急対応表

令和 年 月 日

児童生徒名 _____

疾患名				
緊急対応が必要な状態				
緊急時の搬送先	医療機関名： 科 名： 電 話： 担 当 医：			
主治医	医療機関名： 科 名： 電 話： 担 当 医：			
緊急連絡先 (連絡が付きやすい順に記入)		名前	続柄	電話
	①			
	②			
③				
健康保険証番号				

※アレルギー：無 有 ()

様式第5号

(あて先) 茨木市立

学校長

茨木市立小中学校における医療的ケアの実施に関する同意書

- 1 茨木市立小中学校における医療的ケア（以下「医療的ケア」という。）について、次の事項を承諾しています。
 - (1) 医療的ケアを必要とする児童生徒（以下「児童生徒」という。）の健康維持及び安心安全な教育活動を目的として、学校において行う行為であること。
 - (2) 医療的ケアは、疾病等の治療を目的とせず、日常生活を営む上で必要な医療的行為であって、学校において看護師（以下「医療介助員」という。）が当該行為を行うことに支障がないと主治医が認め、かつ、指示・指導を受けた指示書の範囲内で実施することができるものであること。
 - (3) 実施は、学校の登校日とすること（ただし、行事等において変更されることがある）。
- 2 児童生徒の健康維持と安心安全な教育活動のために次の事項を守ります。
 - (1) 医療的ケアに必要な機器、消耗品等について準備し、点検及び整備をすること。
 - (2) 発熱、嘔吐、下痢、けいれん等体調不良の異変があった場合、連絡が取れるようにすること。
 - (3) 医療的ケアの実施が困難、または、学校での学習が難しいと校長が判断したときは迎えに来ること。
 - (4) 医療的ケアの実施を終了するときは、終了届を学校に提出すること。
 - (5) 泊を伴う行事において、学校以外で必要となる医療的ケアがある場合は、別途主治医の指示書を提出すること。主治医の意見を求めた後、追加された医療的ケア及びその手技、必要となる生活介助について教職員や付き添い看護師等に説明を行うこと。また、安心安全な教育活動を優先した詳細な行程の作成に参加すること。
 - (6) 医療機関を受診した場合の費用を負担すること。
- 3 児童生徒の健康維持と安心安全な教育活動のために次の事項を協力します。
 - (1) 行事等への参加については、健康状態を考慮しながら学校と協議すること。
 - (2) 保護者は登校前に児童生徒の健康観察や検温を行い、状態によっては無理な登校を控える等、児童生徒の体調に十分配慮した対応を行うこと。また、いつもと違う様子がある場合は、担任または医療介助員に伝えること。
 - (3) 校長が主治医との面談を求めた場合には、主治医に対してその旨を伝え、面談に協力すること。
- 4 学校及び教育委員会は、医療的ケアの実施に必要な範囲内で児童生徒の情報を共有し、主治医等に情報提供及び問い合わせを行うことがあります。
- 5 学校は、医療介助員の不在、実施体制が整わないとき、その他の事情により、医療的ケアの実施ができる状態にない、または、困難と校長が判断したときは、保護者の付き添いや登校を見合わせていただく等、児童生徒の体調に十分配慮した対応を行います。

以上に掲げる全ての事項について、同意します。

令和 年 月 日

住 所：

保護者名：

(保護者→主治医→保護者→学校)

様式第6号

令和 年 月 日

(あて先) 茨木市立 学校長

医療的ケア変更・追加指示書

(<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 追加) ※ どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。	
学 校 名	茨木市立 学校
児 童 生 徒 名	
生 年 月 日	
保 護 者 名	
[変更又は追加の内容]	
[実習・指導]	
実 施 日	
医 療 介 助 員 名	

令和 年 月 日

主 治 医 ⑩

(自署の場合印は不要)

令和 年 月 日

(届出先) 茨木市立

学校長

医 療 的 ケ ア 終 了 届

次のとおり、茨木市立 学校における医療的ケアの実施を必要としなくなりましたので、届け出ます。

学 校 名	茨木市立 学校
生 徒 児 童 名	
生 年 月 日	年 月 日
保 護 者 名	
終 了 日	年 月 日
理 由	

作成者

児童生徒状態把握票 (令和 年 月 日現在)

児童生徒名：
生年月日： 年 月 日

<学校で実施する医療的ケア>

<診断名>

項目	普段の状態	医療的ケアが必要な状態	緊急対応が必要な状態
バイタルサイン	体温： ℃ (夏季： ℃ 冬季 ℃) 心拍数： ～ /分前後 呼吸数： ～ /分前後 SP02： ～ %前後 排尿： 回/日 排便： 回/ 日		
その他注意事項			
その他			

医療的ケア個別実施手順書

(記入日：令和 年 月 日)

児童生徒名	
ケア内容	
必要物品	
実施時間	
実施場所	
手順	
注意事項	

確認日： 令和 年 月 日

保護者： _____

作成者	校長

様式第10号

医療的ケア実施内容

学校名： 学校 年生 児童生徒名：

時間	1日の流れ	医療的ケア
8:00		
9:00		
10:00		
11:00		
12:00		
13:00		
14:00		
15:00		
16:00		
17:00		
本児に対する医療的ケア内容		

作成者	

作成日：令和 年 月 日

医療的ケア 看護記録票

日付	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
処置時間・ 内容及び 特記事項						
記入者						
日付	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
処置時間・ 内容及び 特記事項						
記入者						

医療的ケア事故発生報告書

報告者		報告日	
医療的ケア内容			

医療的ケア児			
名前		生年月日	
発生状況			
場所			
日時			
状況（時系列）			
対応状況			
実施した対応			
保護者への説明 反応			
搬送先			
医療機関の対応 指示			
事故状況			
原因と対策			
予防策			

校長	担任