

足立区立小学校における  
医療的ケア児支援実施ガイドライン  
第2版

令和7年10月  
足立区教育委員会

## はじめに

医療技術の進歩等に伴い、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な子ども（以下、「医ケア児」という。）が在宅で生活できる可能性が広がってきました。

足立区では令和3年4月より、区立保育園3園で医療的ケア児の受け入れを開始し、これらのお子さんたちが地域の中で同年齢の子どもたちと関わり合いをもちながら過ごせるよう、安心安全の中での土台づくりを行ってきました。日々成長するお子さんたちの姿から、就学後も切れ目なく支援を継続できる仕組みをつくっていかうと、令和3年10月に「医療的ケア児地域支援作業部会」を立ち上げ、本格的に就学前後をつなぐ支援体制の構築を検討しはじめました。同年9月には「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」が公布され、医療的ケア児支援にかかわる体制づくりは国全体の大きな課題となっていました。

医療的ケア児が日常生活を営むためには、日常的な医療的ケアと医療機器による支援が必要であり、安心して必要な支援を受けるためには医療、福祉をはじめとした関係機関が緊密に連携して対応していくことが求められています。

また、保護者の就労支援として教育・保育施設等（以下、「保育所等」という。）で医療的ケアを提供する場合、医ケア児への安全な医療的ケアの実施と、教育・保育時間中における医ケア児の体調変化に対する関係者の見守り・気づき、迅速な対応等が必要です。

足立区では、令和4年度よりモデルケースとして受け入れた区立小学校での実践を検証し、本ガイドラインを策定しました。

令和6年4月

## 目 次

### 第1 基本的事項

|                 |   |
|-----------------|---|
| 1 支援要件.....     | 1 |
| 2 医療的ケアの内容..... | 1 |
| 3 対象.....       | 1 |
| 4 支援体制.....     | 1 |

### 第2 医療的ケア児支援開始までの手続き

|                            |   |
|----------------------------|---|
| 1 区立小学校での医療的ケア支援相談.....    | 1 |
| 2 足立区教育委員会医療的ケア児支援検討会..... | 2 |

### 第3 区立小学校での支援実施について

|                              |   |
|------------------------------|---|
| 1 提出書類について.....              | 3 |
| 2 医療的ケアの実施者について.....         | 3 |
| 3 実施する医療的ケアについて.....         | 3 |
| 4 必要な物品について.....             | 3 |
| 5 安全で円滑な支援を実施するための協力と同意..... | 4 |

## 第1 基本的事項

### 1 支援要件

- (1) 主治医より足立区教育委員会が定める医療的ケア支援が可能であると判断を受けている児童・生徒であること。
- (2) 実施する医療的ケアが日常生活の一部として定着していること。
- (3) 「足立区教育委員会医療的ケア児支援検討会」（以下、「検討会」という。）において適切な医療的ケア児支援についての確認を受けていること。
- (4) 足立区の住民基本台帳に記録又は、公的機関が発行する住民を証する証明書等により区内に居住地があることが確認できること。

### 2 医療的ケアの内容

以下の行為の実施を基本とする。

- (1) 経管栄養（経鼻・胃ろう）
- (2) 導尿
- (3) 痰（たん）吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部）
- (4) 血糖値測定・インスリン注射

### 3 対象

2に記載する医療的ケアを必要とする児童

### 4 支援体制

- (1) 検討会に申請し、足立区教育委員会による適切な医療的ケア実施についての確認を以って区立小学校での支援を可能とする。
- (2) 実施日、実施時間は、原則、対象児童の登校する学校の年間予定として設定されている学校行事を含む月曜日から土曜日の授業日、放課後を除く教育課程に含まれる活動時とする。（日曜祭日閉校日は対象外とする）
- (3) 実施場所は校内及び宿泊を伴わない校外学習時とする。但し、校外学習時は学校、実施者、保護者でその都度協議をする。
- (4) 足立区教育委員会による支援を必要とせず、保護者等が医療的ケアの実施を行うことも可能である。その際、検討会への申請は不要である。

## 第2 医療的ケア児支援開始までの手続き

### 1 区立小学校での医療的ケア支援相談

- (1) 区立小学校での医療的ケア支援相談は、こども支援センターげんき支援管理

課が所管する。

- (2) 本ガイドラインに基づいて、受け入れの手続きや環境、医療的ケアの実施内容等について保護者に説明を行う。
- (3) 「医療的ケア児面接記録票（学）」様式 1 に基づき、児童の様子、医療的ケアの内容等について聞き取りを行う。
- (4) 検討会申請に必要な書類は以下のとおりである。また、検討会申請及び実施に必要な書類の文書作成料等は保護者の負担とする。
  - ア 「足立区教育委員会医療的ケア児支援検討会申請書(学)」様式 2
  - イ 「診療情報提供書（学）」様式 3
  - ウ 「足立区立小学校での医療的ケア実施に関する同意書」様式 4

## 2 足立区教育委員会医療的ケア児支援検討会

- (1) 足立区教育委員会医療的ケア児支援検討会設置要綱に基づき「検討会」を開催する。検討会では以下に関する検討を行う。
  - ア 医療的ケア児の集団保育及び集団生活における適切な支援に関すること。
  - イ 足立区における保育の利用等に関する条例第 6 条第 2 号の規定に該当しない旨の確認に関すること。
  - ウ 医療的ケアの実施に関すること。
  - エ その他会長が必要と認めた事項に関すること。
- (2) 検討会の構成委員は、以下の委員をもって構成する。なお、会長が必要であると認めるときは、参考人の出席を求め、その意見を聴くことができる。副会長は、委員の中から会長が指名する。
  - ア 会長 支援管理課長
  - イ 委員 教育指導課長
  - ウ 委員 学務課長
  - エ 委員 子ども施設指導・支援課長
  - オ 委員 保育・入園課長
  - カ 委員 私立保育園課長
  - キ 委員 幼稚園・地域保育課長
- (3) 検討会は保護者からの必要な書類の提出を以って、申請を受理する。検討会への申請期間は原則、各検討会の 1 か月前までとする。
- (4) 検討会では申請児の区立小学校での支援について、以下の確認基準に基づいて確認する。
  - ア 主治医による学校生活に関する意見
  - イ 医療的ケアの日常生活援助行為としての定着状況

ウ 健康上における全身状態の安定状況

- (5) 検討会の決定は該当年度内のみ有効とする。
- (6) 検討会で、安全にケアが実施されるためにスクールアシスタントの配置が適当と検討された場合には、その意見をスクールアシスタント判定委員会の資料とすることができる。
- (7) 検討会の結果について、足立区教育委員会は「医療的ケア児支援検討会の結果のお知らせ」により保護者に通知する。
- (8) 小学校での支援の継続及び支援終了を除く支援内容の追加変更等については、あらためて検討会に申請し、小学校での適切な支援について確認する。

### 第3 区立小学校での支援実施について

#### 1 提出書類等について

- (1) 保護者は足立区教育委員会より発行された「医療的ケア指示書（学）」様式5の記入を主治医に依頼し、完成した書類を足立区教育委員会に提出する。
- (2) 保護者は、説明事項・記載事項を承諾の上、「医療的ケア実施承諾書兼依頼書（学）」様式6を足立区教育委員会に提出する。
- (3) 医療的ケアが終了する場合、保護者は主治医に「医療的ケア終了届」様式7の記入を依頼し、完成した書類を足立区教育委員会に提出する。  
足立区教育委員会は「医療的ケア終了届」様式7の受理により、医療的ケアの実施を終了する。

#### 2 医療的ケアの実施者について

足立区教育委員会が認める実施者とする。

#### 3 実施する医療的ケアについて

検討会で適切な支援を確認したケアについて、主治医記載の「医療的ケア指示書」様式5に基づく医療的ケアを実施する。

#### 4 必要な物品等について

##### (1) 準備と点検について

医療的ケアに必要な物品は保護者が使用可能な状態を点検し、準備する。

##### (2) 廃棄について

医療的ケア実施で使用した物品は保護者または児童が持ち帰り、家庭で洗浄、消毒、廃棄等する。

5 安全で円滑な支援を実施するための協力と同意

- (1) 区立小学校での支援に際し、確認書、個別手順書を保護者の協力の上作成し同意を得る。
- (2) 緊急時及び災害時の対応について
  - ア 緊急及び災害時については「医療的ケア指示書」様式5及び確認書に定めた内容にそって対応する。
  - イ 保護者は緊急時に備え緊急対応可能な後方支援病院等を事前に在籍校等へ情報共有する。
- (3) 保護者は主治医を含む関係者間の情報共有に同意し、必要に応じて、打ち合わせ等に参加する。
- (4) 安全で円滑な支援実施のため必要となる主治医等依頼の文書作成料及び個人が使用する医療的ケア実施に必要な物品等は保護者負担となる。

## 【 様 式 集】

### 1 相談様式

|      |                      |   |
|------|----------------------|---|
| 様式 1 | 医療的ケア児面接記録票（学） ..... | 1 |
|------|----------------------|---|

### 2 医療的ケア児等支援委員会に必要な申請書類等

|      |                         |   |
|------|-------------------------|---|
| 様式 2 | 医療的ケア児支援検討会申請書（学） ..... | 3 |
|------|-------------------------|---|

|      |                  |   |
|------|------------------|---|
| 様式 3 | 診療情報提供書（学） ..... | 4 |
|------|------------------|---|

|      |                               |   |
|------|-------------------------------|---|
| 様式 4 | 足立区立小学校での医療的ケア実施に関する同意書 ..... | 6 |
|------|-------------------------------|---|

### 3 小学校での支援に必要なとなる確認書類等

|      |                   |   |
|------|-------------------|---|
| 様式 5 | 医療的ケア指示書（学） ..... | 7 |
|------|-------------------|---|

|         |                    |   |
|---------|--------------------|---|
| 様式 5 別紙 | 医療的ケア指示書 参考様式..... | 9 |
|---------|--------------------|---|

|      |                         |    |
|------|-------------------------|----|
| 様式 6 | 医療的ケア実施承諾書兼依頼書（学） ..... | 11 |
|------|-------------------------|----|

|      |                   |    |
|------|-------------------|----|
| 様式 7 | 医療的ケア終了届（学） ..... | 12 |
|------|-------------------|----|



## 医療的ケア児面接記録票（学）

記入日 年 月 日

|             |                               |              |      |                             |                 |              |
|-------------|-------------------------------|--------------|------|-----------------------------|-----------------|--------------|
| 児童氏名        | ふ り が な                       |              | 生年月日 | 平・令 年 月 日<br>( 歳 か月 年生・年長児) |                 |              |
|             |                               |              |      |                             |                 |              |
| 住 所         | 〒                             |              |      | TEL                         |                 |              |
| 保護者氏名       |                               |              |      | 家族構成                        | 父 母 兄弟姉妹<br>( ) |              |
| メール<br>アドレス | お知らせ等の連絡が可能なメールアドレスの記載をしてください |              |      |                             |                 |              |
| ケアの種類       | 必要なケアの内容について具体的に記載してください      |              |      |                             |                 |              |
| 手帳の取得       | 無 ・ 有 ( )                     |              |      |                             |                 |              |
| 就学相談        | 無 ・ 有<br>有の場合 就学支援委員会結果 ( )   |              |      |                             |                 |              |
| 医療<br>について  | 診断名                           |              |      |                             |                 |              |
|             | 主治医                           | ・            | 病院   | 科                           | 先生              | 受診頻度 回／Y・M・W |
|             |                               | ・            | 病院   | 科                           | 先生              | 受診頻度 回／Y・M・W |
|             |                               | ・            | 病院   | 科                           | 先生              | 受診頻度 回／Y・M・W |
|             | 療育施設                          | 通所 無 ・ 有 ( ) |      |                             |                 |              |
|             | 経過                            |              |      |                             |                 |              |

|                                                      |                                                                                  |                                                                                                                                    |                                                                                                              |                                                                                                              |                                                                                                              |                                                      |                                                      |                                                      |                                                      |                                                                                                              |                                                                                  |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 出生の状況                                                | 週 日 ( 月 ) 正常・帝王切開・吸引・鉗子                                                          |                                                                                                                                    |                                                                                                              |                                                                                                              |                                                                                                              |                                                      |                                                      | 仮死                                                   | 無 ・ 有                                                |                                                                                                              |                                                                                  |
|                                                      | 体重 g                                                                             |                                                                                                                                    | 身長 cm                                                                                                        |                                                                                                              | 胸囲 cm                                                                                                        |                                                      | 頭囲 cm                                                |                                                      |                                                      |                                                                                                              |                                                                                  |
|                                                      | 3歳児健診                                                                            |                                                                                                                                    | 健康・要観察 ( )                                                                                                   |                                                                                                              |                                                                                                              |                                                      |                                                      |                                                      |                                                      |                                                                                                              |                                                                                  |
|                                                      | 就学時健康診断                                                                          |                                                                                                                                    |                                                                                                              |                                                                                                              |                                                                                                              |                                                      |                                                      |                                                      |                                                      |                                                                                                              |                                                                                  |
| 予防接種<br>の状況<br><br><div>接種したものを<br/>チェックしてください</div> | B型肝炎                                                                             | ロタウイルス                                                                                                                             | ヒブ                                                                                                           | 小児肺炎球菌                                                                                                       | 三種混合<br>四種混合<br>ポリオ                                                                                          | BCG                                                  | MR                                                   | 水痘                                                   | おたふく                                                 | 日本脳炎                                                                                                         | HPV                                                                              |
|                                                      | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 既往歴<br><br><div>かかったことのある病気を<br/>○で囲んでください</div>     | 麻疹                                                                               | 風疹                                                                                                                                 | 水痘                                                                                                           | おたふくかぜ                                                                                                       | 百日咳                                                                                                          |                                                      |                                                      |                                                      |                                                      |                                                                                                              |                                                                                  |

|               |                                                                                                |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 現在について        |                                                                                                |
| 現在の医療的ケアの実施状況 | 1日 回実施<br>ケアにかかる時間 1回 分<br>実施時間<br><br>ケア時の姿勢<br><br>ケアに関し児童・生徒自身 自分でできること<br><br>ケア時、配慮していること |
| その他           | 何かあればご記入ください                                                                                   |

\* この面接記録票は医療的ケア児検討会に申請しない場合には所管で破棄させていただきます。

面接者 \_\_\_\_\_

## 足立区教育委員会医療的ケア児支援検討会申請書（学）

下記の医療的ケアについて、「足立区教育委員会医療的ケア児の区立小学校での支援実施ガイドライン」に定める提出書類を添えて、検討会に申し込みます。

### 1 医療的ケアの実施を申込む児童

|         |   |                |  |          |             |
|---------|---|----------------|--|----------|-------------|
| ふりがな    |   |                |  | 生年<br>月日 | 平・令 年 月 日 歳 |
| 申請児童氏名  |   |                |  |          |             |
| 現住所     | 〒 |                |  |          |             |
| 連絡先電話番号 |   | 連絡先メール<br>アドレス |  |          |             |

### 2 足立区立小学校で実施を希望する医療的ケアの内容及び方法

| 医療的ケアの内容 | 足立区立小学校で実施を希望する回数・時間・現在の指示内容等 |
|----------|-------------------------------|
|          |                               |

\*申請する医療的ケアについて、足立区教育委員会より主治医へ直接お問い合わせする場合があります

記入日 年 月 日

保護者氏名

(自署でない場合は、氏名の隣に押印してください)

(提出先) 足立区教育委員会

令和 年 月 日

## 診療情報提供書 (学)

足立区立小学校での集団生活が可能であり、足立区教育委員会による医療的ケア実施が可能と判断できるため、下記の患者について診療情報を提供します。

下記の情報について、必要に応じ当該校嘱託医への情報共有について同意します。

|                  |                                                                                                                      |         |                   |  |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|--|
| 児童氏名             | 男女                                                                                                                   | 経過観察    | あり【頻度 回／】<br>なし   |  |
| 生年月日             | 平・令 年 月 日 生                                                                                                          | 合併疾患の有無 | あり【病名】<br>なし      |  |
| 診断名              |                                                                                                                      | 手術歴     | あり【病名】<br>なし【年月日】 |  |
| 検査所見             |                                                                                                                      |         | 与薬等               |  |
| 必要な医療的ケアと現在の指示内容 |                                                                                                                      |         |                   |  |
| 今後の治療方針          |                                                                                                                      |         |                   |  |
| 緊急時の連絡先等         | 相談可 相談不可                                                                                                             |         |                   |  |
| 学校での注意事項／配慮事項    |                                                                                                                      |         |                   |  |
| 給食               | <input type="checkbox"/> 制限なし<br><input type="checkbox"/> その他                                                        |         | プール               |  |
| 校外学習             | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 都度相談<br><input type="checkbox"/> 条件付 |         | 遠足                |  |
| 宿泊行事             | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 都度相談<br><input type="checkbox"/> 条件付 |         | その他               |  |

\*以下も必ずご記載をお願いいたします

ケア自立に関する方針についてお知らせください。(現在の状況と自立の目安についてご記載ください)

1 実施の医療的ケアについて

☐ 完全に第三者が実施している(保護者、看護職員等)

☐ 見守りのもと一部、自分で出来ている

児童が実施している部分

☐ 物品の準備ができる

☐ 医療行為の部分ができる(導尿時のカテーテル挿入や血糖測定、インスリン注射等)

☐ 見守り、声掛け等があれば準備から片付けまでできる

2 第三者の支援が必要とされる医療行為について

☐ 医療行為は自身での実施が難しいため全部または一部、看護師による支援が必要

☐ 医療行為は自身で出来ているが見守り等の支援が必要(看護師以外の学校職員等の見守り)

例) 実施の声かけ、準備物の確認、実施の確認 等

☐ 自立が出来ているため支援は不要

3 今後の自立の方針をご記載ください

\*診療情報提供書の内容について足立区教育委員会より直接お問い合わせさせていただく場合があります

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

電話番号

医師氏名

印

## 足立区立小学校での医療的ケア実施に関する同意書

- 1 足立区立小学校での医療的ケア支援は一人一人に合わせて児童生徒自身が自ら疾患や身体の状態を把握し、適切な対処方法を身に付ける事を目標に支援を行う。主治医の指示のもと、自立に向けて児童生徒自身が実施できる部分については看護師の見守りのもと、児童が実施する。児童が医療行為を問題なく実施できるようになった場合は看護師による支援を終了とする。
- 2 足立区立小学校での医療的ケアの実施は、月曜日から土曜日の授業日及び学校行事に参加する日で、学校の教育活動時間とする。実施場所は校内及び宿泊を伴わない校外学習場所とする。（校外での実施はその都度、保護者・学校・実施者で協議する）
- 3 保護者は医療的ケアの実施に必要な「医療的ケア指示書」「医療的ケア実施承諾書兼依頼書」を足立区教育委員会に提出する。その他、医療機器取り扱い説明書等は必要に応じて提出すること。
- 4 保護者は、医療的ケアに必要な医療機関に対する診療報酬・文書代を負担し、器具、消耗品を用意すること。また実施に必要な用具、消耗品の点検、補充を行い、使用後の物品については、家庭に持ち帰り、洗浄、消毒、処分等を行うこと。
- 5 やむを得ない事情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、保護者等が医療的ケアを実施すること。
- 6 保護者はいつでも学校と連絡が取れるようにすること。また校内で過ごすことが困難と判断された場合は、連絡により迎えにくること。
- 7 子どもの症状が急激に悪化した等の緊急時には、校内の緊急時体制により対応するが、保護者との連絡が取れない場合は容体により保護者に連絡するより早く医療機関に搬送を行い、受診・治療が行われる場合があること。
- 8 小学校での医療的ケアの実施について、年度単位で検討会に申請し、適切な支援の実施について検討を図ること。なお、提出された診療情報提供書の内容について足立区教育委員会より主治医へ直接問い合わせする場合があること。
- 9 医療的ケアの内容の変更があった場合は、保護者はあらためて医療的ケア指示書を提出すること。また必要時、検討会で適切な支援について検討され、支援体制が整備されるまでの期間は、保護者の責任において医療的ケアを実施すること。また区が規定する以外の医療的ケアが必要となった場合は、教育委員会による医療的ケアの実施はできない。
- 10 医療的ケア実施上また安全管理上で必要な個人情報について、学校、委託事業者、足立区教育委員会、緊急対応時の医療機関等と共有すること。
- 11 保護者は医療的ケアの安全実施の確保のため、学校、関係機関へ協力すること。足立区教育委員会は医療的ケア児支援に関する理解促進のため、必要に応じ保護者に協力依頼することがある。

私は、足立区医療的ケア児支援検討会の申請にあたり、その実施内容について説明を受け、足立区教育委員会による足立区立小学校での医療的ケアの実施に同意し、申請します。

年        月        日        保護者氏名 \_\_\_\_\_

児童氏名 \_\_\_\_\_  
（自署でない場合は、保護者氏名の隣に押印してください）

## 医療的ケア指示書 (学)

標記の件について、下記のとおり指示いたします。

指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

|              |  |      |            |
|--------------|--|------|------------|
| 足立区          |  | 小学校  |            |
| ふりがな<br>児童氏名 |  | 生年月日 | H・R 年 月 日生 |
| 主たる<br>疾患名   |  |      |            |

※該当の指示内容に☑(チェック)し、( ) 内等に数値等の記入をお願いします。

|                                        |                                    |                                  |                                  |
|----------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻)      | <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) | <input type="checkbox"/> 口腔内の痰吸引 | <input type="checkbox"/> 鼻腔内の痰吸引 |
| <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の痰吸引 | <input type="checkbox"/> 導尿        | <input type="checkbox"/> 血糖測定    | <input type="checkbox"/> インスリン注射 |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )       |                                    |                                  |                                  |

具体的な実施内容・方法、留意事項等

\* 具体的な実施内容・方法、留意事項については別紙に記載例を参考に児童に合わせて作成したものを医師に依頼する(足立区教育委員会が作成する)

緊急に保護者に連絡が必要な場合・至急受診が必要な場合についてご記載ください

災害時に特に配慮が必要な内容についてご記載ください

令和      年      月      日

医療機関名

住所

電話番号

主治医

印



## 医療的ケア指示書内「具体的な実施内容・方法、留意事項等」記載例

\*様式5 医療的ケア指示書について、記載を主治医に依頼する（足立区教育委員会→保護者→主治医）

\*医療的ケア指示書の依頼時に下記の記載例を参照し、あらかじめ指示を受ける（受けたい）事項を記載する

\*下記は記載例であるため、児童に合わせて項目を加除修正し記載する

## 具体的な実施内容・方法、留意事項等の記載例

## 【たんの吸引の記載例】

鼻、口からの吸引

- ☐ 吸引カテーテルのサイズ( )Fr. 吸引圧( )mmHg ( )Kpa 以下
- ☐ 鼻からの挿入の長さ( )cm 口からの挿入の長さ( )cm
- ☐ 吸引の頻度

気管カニューレからの吸引

- ☐ 吸引カテーテルのサイズ( )Fr. 吸引圧( )mmHg ( )Kpa 以下
- ☐ カニューレ入り口からの挿入の長さ( )cm
- ☐ 吸引の頻度 ☐ 喘鳴毎 ☐ ( )分毎 ☐ その他( )
- ☐ 気管切開の状態 ☐ 単純気管切開 ☐ 喉頭気管分離 ☐ その他( )
- ☐ 肉芽について ☐ 無し ☐ 有り( )
- ☐ カニューレについて  
種類( )内径( )mm 入口から先端までの長さ( )cm
- ☐ カニューレ抜去時、気管切開部・気管内出血時の対応、その他注意事項等

## 【経管栄養の記載例】

- ☐ 経鼻経管 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ その他( )
- ☐ 鼻腔留置チューブ サイズ( )Fr. 挿入長さ( )cm
- ☐ 胃ろう チューブ・ボタンの種類( )  
サイズ( )Fr. ( )cm 挿入 バルンの水の量( )ml
- 栄養剤注入 実施時間 ( )時 ( )時 1回の注入時間 ( )分～ ( )分  
注入内容 ( )
- 胃残の確認 ☐ 注入前の胃残の確認は不要 ☐ 必要  
☐ 胃残量が( )ml 以下の時はそのまま定量を注入  
☐ 胃残量が( )ml 以上の時は( )  
☐ 胃残の性状に異常がある場合の対応\*対応が必要な性状と対応をご指示ください  
( )
- 注入時の体勢 ( )  
\*特に指定がない場合はその旨をご記載ください
- ☐ 水分注入 実施時間 ( )時 ( )時  
内容( ) 1回量( ) 注入速度( )
- ☐ 胃ろう部からの脱気 ☐ 不要 ☐ 必要(☐ 注入前 ☐ 注入後 ☐ その他)  
☐ シリンジ使用( )  
☐ 蓋の開放( )  
☐ その他( )
- ☐ チューブ抜去時の対応・その他注意事項（保育園では抜去時の再挿入は原則、行いません）

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>【導尿の記載例】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 回数・時間 1日 ( ) 回実施 ・ ( ) 時間毎実施</p> <p><input type="checkbox"/> 保育園で実施する時間 ( ) 時 ( ) 時 ( ) 時</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 指示時間から ( ) 分は前後可能 <b>*活動等により前後可能な場合はご指示をお願いします</b></p> <p>カテーテルの種類 ( ) サイズ ( ) Fr</p> <p>尿道に挿入する長さ ( ) cm 用手圧迫 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可</p> <p>注意事項等</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <p><b>【血糖測定等の記載例】</b></p> <p>投与方法</p> <p><input type="checkbox"/> インスリン注射 ( ) <input type="checkbox"/> インスリンポンプ (機種名 )</p> <p><input type="checkbox"/> インスリン (製剤名) (投与時間) (単位量)</p> <p style="padding-left: 40px;">( ) ( ) ( 単位)</p> <p style="padding-left: 40px;">( ) ( ) ( 単位)</p> <p style="padding-left: 40px;">( ) ( ) ( 単位)</p> <p style="padding-left: 40px;">*血糖値により要調整の場合はスケールをご指示ください</p> <p>実施時間</p> <p><input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 条件による血糖測定 ( )</p> <p>使用器具</p> <p><input type="checkbox"/> 血糖測定器・穿刺器具 ( )</p> <p>低血糖・高血糖時の対応</p> <p><input type="checkbox"/> 低血糖時の対応 <input type="checkbox"/> 血糖値 ( ) mg/dl 以下の対応</p> <p style="padding-left: 40px;">( )</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 症状で低血糖が疑われる場合の対応</p> <p style="padding-left: 40px;">症状 ( )</p> <p style="padding-left: 40px;">対応 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 高血糖時の対応 <input type="checkbox"/> 特に必要なし <input type="checkbox"/> 必要 ( )</p> <p>その他</p> <p><input type="checkbox"/> 感染症検査の実施 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p style="padding-left: 40px;">検査日： 年 月 日 B型肝炎 ( ) HIV ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 活動に対する配慮等</p> |  |
| <p><b>【中心静脈栄養】</b></p> <p>輸液ポンプの種類 ( )</p> <p>輸液内容・輸液流量 ( ) ( ) ml/h</p> <p style="padding-left: 40px;">*指示以外の流量の変更には、原則対応できません</p> <p>実施時間 <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> ( ) 時から ( ) 時</p> <p>ヘパリンロック 製剤名 ( ) ヘパリン ( ) 単位/ml 1回注入量 ( ) ml</p> <p style="padding-left: 40px;">留意点 ( )</p> <p>カテーテル抜去時の対応</p> <p>その他、配慮等 (アラームやポンプの故障への対応等を含む)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <p><b>【酸素療法】</b></p> <p>方法 <input type="checkbox"/> 経鼻カニューレ <input type="checkbox"/> 酸素マスク <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>時間・量 <input type="checkbox"/> 常時 ( ) l/分</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 必要時 ( ) l/分 必要な場合 ( )</p> <p style="padding-left: 40px;">*保育園では指示以外の状態に応じた流量の変更には対応できません</p> <p>使用する機材 ( )</p> <p>注意事項等</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |

## 医療的ケア実施承諾書 兼 依頼書 (学)

足立区教育委員会による医療的ケアの実施について説明を受け、医療的ケアの実施者及び内容・範囲について下記のとおり承諾しましたので、依頼します。

### 記

- 1 医療的ケア申請 児童・生徒

足立区 保育園・小学校 氏名

- 2 実施者 足立区教育委員会で認める実施者

- 3 医療的ケアの内容 (実施を依頼する医療的ケアの内容を記載してください)

- 4 期間 令和 年 月 日 ～ 年度末まで

- 5 緊急時の連絡先

① (続柄) 電話  
② (続柄) 電話  
③ (続柄) 電話

- 6 医療機関 MEIS (医療的ケア児等医療情報共有システム) の登録 有・無

主治医

医療機関名 :

電話番号 :

担当医師名 :

患者 ID :

受診可能なかかりつけ病院 (主治医以外)

医療機関名 :

電話番号 :

担当医師名 :

患者 ID :

その他関係する医療機関

医療機関名 :

電話番号 :

担当医師名 :

患者 ID :

医療機関名 :

電話番号 :

担当医師名 :

患者 ID :

- 7 その他、連絡事項

記載日令和 年 月 日 保護者氏名

(自署でない場合は、保護者氏名の隣に押印してください)

(提出先) 足立区教育委員会

## 医療的ケア終了届 (学)

主治医の判断により、足立区教育委員会による足立区立小学校における医療的ケア児支援実施の必要がなくなりましたので、医療的ケアを終了することを届けます。

|      |      |     |
|------|------|-----|
| 学校名  | 足立区立 | 小学校 |
| 児童氏名 |      |     |

令和 年 月 日

保護者氏名

(自署でない場合は、氏名の隣に押印してください)

以下、主治医記載

上記児童について、足立区教育委員会による医療的ケアの実施が不要と判断しました。

不要と判断した理由

特筆すべき事項

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

電話番号

医師氏名

印

## 足立区立小学校における医療的ケア児支援実施ガイドライン

発 行 日：令和6年 4月 初版発行  
令和7年 10月 第2版発行  
発 行：足立区教育委員会教育指導部  
編 集：こども支援センターげんき 支援管理課  
〒121-0816  
東京都足立区梅島3-28-8  
03-5681-0140（電話）  
03-3852-2864（FAX）  
kodomo-sienkanri@city.adachi.tokyo.jp（Eメール）