

医療的ケア実施上の手続き

医療的ケア実施上の手続き

はじめに

医療的ケア実施上の手続きは、3 ページ（第1部）及び18 ページ（第2部）にある「4 実施の決定と説明責任」に該当するものである。

1 対応の手順

保護者から口頭の依頼を受け、担任が学部主事（県立中学校・高等学校においては養護教諭）に報告する。学部主事（県立中学校・高等学校においては養護教諭）は校長、医療的ケアコーディネーターに報告する。医療的ケアコーディネーターは校長との面接日（保護者・医療的ケアコーディネーター・養護教諭の参加）の調整をする。

【面接時及び面接後の作業内容（書面による手続きに入る前）】

- ①保護者との面接で、依頼事項について具体的に確認をする。
- ②県のガイドライン及び校内実施要項に基づき、実施の可能性について検討する。
- ③保護者に「実施依頼書」の作成を求める。ただし、医療的ケアガイドライン及び校内実施要項を越えた依頼内容がある場合は、事情を説明し、理解を得る。

2 手続き

様式	書式名	発	あて	備 考
1-1 1-2	実施依頼書 (継続用)	保 護 者	校 長	※継続用は3年程度を目安とすること。
2-1 2-2	指示依頼書 (継続用)	校 長	主 治 医	
3 参 考	指 示 書	主 治 医	校 長	*指示書にある期限を確認すること
4	意 見 書	指導医又は校医	校 長	※必要に応じて作成
5	研修受講指定書	校 長	実施担当教員	※特別支援学校のみ
6	実地研修修了 報告書	校 長	千葉県教育委員会 教育長	※特別支援学校のみ
7-1	実施通知書 (新規用)	校 長	保護者・主治医	※保護者・主治医それぞれに作成する。
8-1	実施承認書 (新規用)	保護者・主治医	校 長	※保護者・主治医それぞれに作成する。
7・8-2	実施通知書 (継続用)	校 長 保護者・主治医	保護者・主治医 校 長	※保護者・主治医それぞれに作成する。
9	医療的ケア実施 報告書	校 長	主治医、指導医、 校医（必要に応じて）	※主治医・指導医それぞれに作成する。

3 文書の保存期間

手続き等で用いた文書については、医療的ケア終了後5年間保管する。

4 その他

研修修了証明書

認定特定行為業務従事者認定証交付申請書

認定特定行為業務従事者認定証

※次年度に設置予定の新設特別支援学校については、原籍校の書類を適用することも可とする。

(様式 1 - 1)

県立中学校・高等学校で使用する場合は、学部記載の必要はありません。

令和 年 月 日

千葉県立

学校長 様

保護者氏名

実施依頼書

下記児童生徒の医療的ケアについて、実施して下さるよう下記のとおり依頼します。

記

1 対象児童生徒

_____ 部 _____ 年 _____ 児童生徒氏名 _____

2 依頼する医療的ケアの内容

3 主治医について

(1) 主治医名

(2) 病院・医院名 (診療科名)

(3) 病院・医院 (住所・電話番号)

4 緊急時搬送医療機関

(1) 医師名 (指定があれば)

(2) 病院・医院名 (診療科名)

(3) 病院・医院 (住所・電話番号)

5 健康状態 投薬等 その他留意点

(様式 1 - 2) ※継続用

令和 年 月 日

千葉県立

学校長 様

保護者氏名

実施依頼書

下記児童生徒の医療的ケアについて、実施して下さるよう下記のとおり依頼します。

記

1 対象児童生徒

部 年 児童生徒氏名

2 依頼する医療的ケアの内容

3 主治医について

(1) 主治医名

(2) 病院・医院名 (診療科名)

(3) 病院・医院 (住所・電話番号)

4 緊急時搬送医療機関

(1) 医師名 (指定があれば)

(2) 病院・医院名 (診療科名)

(3) 病院・医院 (住所・電話番号)

5 健康状態 投薬等 その他留意点

年度	令和 年度	令和 年度	令和 年度	令和 年度	令和 年度	令和 年度
学年						
保護者サイン	(R , ,)	(R , ,)	(R , ,)	(R , ,)	(R , ,)	(R , ,)

(様式 2 - 1)

令和 年 月 日

(主治医名) 様

千葉県立
校長

学校

指示依頼書

このたび、下記の児童生徒の保護者より、別紙写しのとおり医療的ケアの実施について依頼を受けました。

つきましては、このことについて先生の御指導を賜りたく存じます。

御多用のところ誠に恐縮でございますが、別紙様式に御記入下さいますようお願い申し上げます。

記

医療的ケア対象者

学部	学年	児童生徒氏名

(様式 2 - 2) ※継続用

令和 年 月 日

(主治医名) 様

千葉県立
校長

学校

指示依頼書

このたび、下記の児童生徒の保護者より、別紙写しのとおり医療的ケアの実施について依頼を受けました。

つきましては、このことについて先生の御指導を賜りたく存じます。

御多用のところ誠に恐縮でございますが、別紙様式に御記入下さいますようお願い申し上げます。

記

医療的ケア対象者

学部	学年	児童生徒氏名

県立中学校・高等学校で使用する場合は、学部記載の必要はありません。

(様式3)

指示期間は最大6か月（特定行為以外の指示については、最大の指示期間は1年）

千葉県立学校 医療的ケア 指示書

表記の件について貴校に配置される看護師および実施担当教員に対して下記のとおり指示します。

指示期間（令和 年 月 日 ～ 年 月 日）

氏名	生年月日	平成 年 月 日	歳	部 年
----	------	----------	---	-----

1. 看護師および実施担当者に指示する医療的ケアの内容

C O O 7 - 2 に該当する実施行為		その他の実施行為	
①	②	①	②
③	④	③	④
⑤		⑤	⑥

2. 具体的な指示内容

□ 吸引	鼻腔 F cm	口腔 F cm	鼻口腔吸引圧	咽頭奥の吸引：可 □ 否 □
	気管カニューレ内 F cm		気管カニューレ先吸引：可 □ F	気管カニューレからの吸引圧
配慮事項：				
□ 気道	気管カニューレの種類とサイズ：		エアウェイのサイズと長さ：	
□ 酸素	酸素療法 インターフェイス：マスク・鼻カスラ・気管カニューレ・呼吸		流量： L/分	レンタル業者：
□ 呼吸器	人工呼吸器の機種：		換気モード：	インターフェイス：口鼻マスク・鼻マスク・気管カニューレ
□ 吸入	吸入内容：			
□ 経管栄養	経鼻（口腔）胃チューブ： F cm		胃ろうボタン・チューブ： F cm（固定水 cc）	
	経鼻空腸チューブ： F cm		腸ろうチューブ： F	
	注入内容・速度・配慮事項等：		注入ポンプの機種：	
□ 導尿	カテーテル： F cm 実施時刻ないしは時間帯：			
その他の医療的ケアの具体的な内容や配慮事項：				

□ 「医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業」の利用申請に使用することを承諾します。

令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話

医師氏名 印

千葉県立 学校長 様

(参考様式)

県立中学校・高等学校で使用する場合は、学部記載の必要はありません。

千葉県立学校 医療的ケア 指示書

氏名		生年月日	平成 年 月 日	歳	部 年
----	--	------	----------	---	-----

() の具体的内容や配慮事項

() の具体的内容や配慮事項

☐ 「医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業」の利用申請に使用することを承諾します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印

県立中学校・高等学校で使用する場合は、学部記載の必要はありません。

(様式4)

令和 年 月 日

意見書

指導医氏名 ⑩

学部学年		児童生徒氏名	
依頼内容			

指導医の意見

実施することに関して

(様式5)

令和 年 月 日

(職名)

(担当職員) 様

千葉県立
校長

学校

研修受講指定書

先に、保護者から依頼のあった医療的ケアについて検討した結果、下記のとおり、認定特定行為業務従事者の申請に必要な研修(※)受講者として指定します。

※研修は社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第17条における第3号研修

記

対象児童生徒氏名	実地研修の内容
部 年	
部 年	
部 年	
部 年	
部 年	

(様式6)

年 月 日

千葉県教育委員会教育長 様

千葉県立
校長

学校

実地研修修了報告書

下記の者が以下の内容のとおり、「認定特定行為業務従事者認定証」交付申請に必要な社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第17条における研修を修了したことを報告します。

記

認定特定行為業務従事者認定証 交付申請者

(氏名)

(生年月日)

実地研修修了日	対象児童生徒氏名	実地研修の内容 (※記号を記入)
令和 年 月 日	部 年	
	部 年	
	部 年	

交付申請者の医療的ケア基本研修（旧担当者研修）受講修了年度

23年度経過措置	基本研修受講年度
*該当する場合○を記入	年度

※「実地研修の内容」欄には、以下の中から該当の番号を記載すること。

記号	実地研修の内容	記号	実地研修の内容
ア	口腔内の喀痰吸引	キ	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下のみ）
イ	口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）	ク	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形のみ）
ウ	鼻腔内の喀痰吸引	ケ	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下及び半固形）
エ	鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）	コ	経鼻経管栄養
オ	気管カニューレ内部の喀痰吸引		
カ	気管カニューレ内部の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者）		

(様式7-1)

※主治医、保護者別に作成

県立中学校・高等学校で使用する場合は、学部記載の必要はありません。

令和 年 月 日

(主治医)

(保護者) 様

千葉県立
校長

学校

実施通知書

先に、依頼のありました医療的ケア実施について、下記のとおり実施することとしましたので、通知します。

記

1 対象児童生徒

部 年 氏名

2 実施する医療的ケアの内容

※特別支援学校については、以下に開始日を記載する。

3 実施期間

令和 年 月 日から令和 年3月31日まで

※認定証の交付日から

4 実施担当職員（職・氏名）

(様式 8 - 1)

県立中学校・高等学校で使用する場合は、学部記載の必要はありません。

令和 年 月 日

千葉県立

学校長 様

(主治医)

(保護者) 氏名 _____

※主治医、保護者別に作成

実施承認書

この度、下記児童生徒の医療的ケアの実施について通知を受け、了承いたしました。

記

学部	学年	児童生徒氏名

(様式 7・8-2)

令和 年 月 日

(主治医)

(保護者) 様

※主治医、保護者別に作成

千葉県立

学校

校長

実施通知書

先に、医療的ケア実施について依頼がありましたことについて、下記のとおり実施することとしましたので御了承ください。

記

対象児童生徒氏名

部	年	
---	---	--

通知日	実施する医療的ケアの内容	実施期間	職名・実施担当者	承認サイン
令和 年 月 日		令和 年 月 日～ 令和 年 3 月 31 日迄		
令和 年 月 日		令和 年 月 日～ 令和 年 3 月 31 日迄		
令和 年 月 日		令和 年 月 日～ 令和 年 3 月 31 日迄		
令和 年 月 日		令和 年 月 日～ 令和 年 3 月 31 日迄		
令和 年 月 日		令和 年 月 日～ 令和 年 3 月 31 日迄		
令和 年 月 日		令和 年 月 日～ 令和 年 3 月 31 日迄		
令和 年 月 日		令和 年 月 日～ 令和 年 3 月 31 日迄		
令和 年 月 日		令和 年 月 日～ 令和 年 3 月 31 日迄		
令和 年 月 日		令和 年 月 日～ 令和 年 3 月 31 日迄		

(様式9)

県立中学校・高等学校で使用する場合は、学部記載の必要はありません。

令和 年 月 日

(主治医・指導医氏名) 様

※主治医、指導医別に作成

千葉県立
校長

学校

医療的ケア実施報告書

1 対象児童生徒

部 年 氏名

2 実施した医療的ケアの内容

3 担当者（職・氏名）

4 児童生徒の様子

※実施頻度、実施を要する状況の様子、実施後の様子等

※必要に応じて、主治医の回答、通信欄を設ける。