

特別支援学校長

本指示書の有効期限

新規 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

継続 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

横浜市立特別支援学校（看護師配置校）医療的ケア等指示書

次の児童生徒について、本書の有効期限内で、貴校における医療的ケアの実施をお願いします。

看護師に対する指示事項は以下の通りです。なお、教員が喀痰吸引等を行う場合は、看護師の指示の下に行ってください。

対象者	氏名	生年月日	平成 年 月 日
	住所	性別	
	診断名	診察券番号	
	現在の健康状態、 薬の処方等	(薬の処方を、別紙に記載または添付してください)	

※ 次に指示した内容について、学校の実状を考慮して、実施の可否を判断してください。

医療的ケアの内容	経管栄養	<p>※ 液体栄養剤の注入。水分補給も含まれます。</p> <p><input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 (挿入長 cm 総長 cm 直径 Fr)</p> <p><input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろうによる経管栄養</p> <p><input type="checkbox"/> 注入速度目安 (ml を 分程度で注入)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>注入内容物 ()</p>
	医療的ケアの内容	<p>※ 半固形栄養剤等の注入</p> <p>半固形栄養剤注入やミキサー食のショット注入の必要性 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろうによる注入</p> <p><input type="checkbox"/> 総注入量 (ml を注入) …1回で注入・ 回に分けて注入</p> <p><input type="checkbox"/> 注入速度目安 (ml を 秒 分 程度で注入)</p> <p><input type="checkbox"/> 複数回に分けて注入の場合、注入の間の休憩時間 (分間)</p> <p>注入内容物 ()</p>
備考	<p><input type="checkbox"/> チューブ洗浄後の空気注入 (ml を注入)</p> <p><input type="checkbox"/> 経口摂取</p>	

医療的ケアの内容

喀痰等の吸引

口腔内 (看護師：原則中咽頭まで 教員：咽頭手前)
 看護師 cm ・ 教員 cm

鼻腔内
 看護師 cm ・ 教員 cm
 ※吸引圧の基本は 15~20kPa。最大でも 25kPa を超えないこと。

気管カニューレ内 cm ※基本的に滅菌手袋 (またはピンセット) を使用する
 (カニューレのサイズ 直径 Fr. 総長 cm)
 ・ 滅菌以外の手袋を 【使用可とする】・【使用不可とする】
 ・ 吸引カテーテルを再使用する場合は ※どちらかに○を
 【薬液に浸漬する】・【消毒後、乾燥した容器に入れる】
 ※吸引圧は 20~26kPa、吸引時は指定された用具類を使用する。

経鼻咽頭エアウェイ内 cm

持続吸引

その他 ()

備考

※必要な場合は、陰圧をかけるタイミングをこの欄に記載する。
 例) 一痰が固く、押し込んでしまう可能性がある時には、あらかじめ陰圧をかけた状態で挿入する。

導尿

自己導尿の補助・援助 導尿 () 時間毎
 その他 ()

その他

1 気管切開部のケア ガーゼ交換等 その他 ()

2 胃ろう・腸ろう部のケア ガーゼ交換等 その他 ()

3 酸素吸入 () ㄱ/分 常時同じ条件での酸素吸入 添付文書での指示あり

4 吸入 定時の吸入 () 時間毎、または () 時
 ※薬剤は一定量 (薬剤名) 用量 ()

5 てんかん発作時の対応 発作止め与薬 (薬剤名) 用量 ()
 ※坐薬等の対応は、家庭等で使用した実績があり、安全が確認された薬に限ります。
 [使用条件：例) ◇◇な状態が、●○分間続いた時]

6 人工呼吸器使用時の安全確保 添付文書での指示あり

7 その他

人工呼吸器使用時の見守りや安全確保のため、別紙にてご指示いただきますようお願いいたします。(項目等につきましては、添付資料をご使用いただくか、同様の内容をご指示いただけますと幸いです。)

プール・水遊び・遠足・宿泊学習等学校生活における留意事項		
医療的ケアの内容	緊急時の対応	※原則では、保護者対応か救急搬送となります。 学校では実施困難な応急処置については、記載内容についてご相談をお願いすることがあります。

医療機関所在地

医療機関名

電話番号

保護者の了承がある場合に、学校、および教育委員会からの直接の連絡に対し、安全な医療的ケア実施についての確認をしたり、指示や助言をしたりします。

	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
新規	主治医氏名 印	臨床指導医 確認欄 印	学校医 確認欄 印
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
継続	主治医氏名 印	臨床指導医 確認欄	学校医 確認欄 印

※ 指示書にご記入いただいても、すぐに学校で対応できない内容を、ご了承ください。

薬の処方について（書類の添付可）

昨今、医療的ケアの内容の個別化が進む中で、ケアの複雑化や高度化の傾向が見られます。そのため、安全で安心なケアの実施の必要上、学校や教育委員会が、主治医の方にご意見をいただく機会が増えています。よりスムーズな連絡や連携のため、保護者と『学校、および教育委員会が主治医と直接連絡を取り、安全な医療的ケア実施についての確認をしたり、指示や助言をいただいたりすることを了承します。』ということを前提に確認させていただいております。

必要な際に、学校や教育委員会が主治医の方に直接連絡を差し上げることがありますので、ご承知おきいただくとともに、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

横浜市立特別支援学校 医療的ケア実地研修指示書

次の児童生徒について、指導看護師による、貴校教職員への医療的ケアの実地研修実施を指示します。また、具体的な内容は当該児童生徒の「横浜市立特別支援学校（看護師配置校）医療的ケア等指示書」を参考にしてください。

対象者氏名	生年月日	平成	年	月	日
実地研修する 医療的ケア	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引（口腔） <input type="checkbox"/> 喀痰吸引（鼻腔） <input type="checkbox"/> 喀痰吸引（気管カニューレ内） 留意点				
	<input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻） <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう） <input type="checkbox"/> 経管栄養（腸ろう） 留意点				
※必要な上記□欄に、✓をご記入願います。					

令和 年 月 日

主治医氏名

印

従来、医療的ケアを教員が実施できるようになるためには、認定証を取得するための、実地研修を行う必要があります。この実習を行う際にも、医療的ケアの実施を伴いますので「実地研修の際に行われる医療的ケア」についても、指示書を明確にいただく必要があります。また、これは制度上、『特定の児童生徒に対し、特定の教職員』で個別に行う必要がある内容ですので、お子さんごとに必要な指示となります。

基本的に手技の内容は指示書に準じますので、「留意点」は、看護師が教員に対して実施する引継ぎや研修の際に、特に注意を要する事項があれば記載していただけますと幸いです。