

特別支援学校長

作成日 令和 年 月 日

横浜市立特別支援学校(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、看護師の指導の下に行ってください。

対象者	氏名	生年月日		年 月 日	
	住所				性別
	診断名				診察券番号
	現在の健康状態等	ご指示いただく医療的ケアの内容に☑をお願いいたします。			

※ 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。

※ 該当の指示内容に☑(チェック)・下線部に数値等を記入してください。

医療的ケアの内容	※ ミキサー食、半固形栄養剤等(注入内容物 _____)の注入 ☐ 胃ろう・腸ろうによる注入(ボタンの種類 _____ サイズ _____ Fr) 総注入量(_____ mlを注入) ☐ 1回で注入 ☐ (_____)回 注入速度目安(_____ mlを _____ 秒・分 程度で注入) 複数回に分けて注入の場合、注入の間の休憩時間 (_____ 分間)	経鼻経管が抜けかけていないか、判断する際等の確認の指標にさせていただきますので、ご記入くださいますようお願いいたします。
	※ 液体(液体栄養剤、水分)等の注入 ☐ 経鼻経管栄養(サイズ _____ Fr 総長 _____ cm 挿入長 _____ cm) ☐ 胃ろう・腸ろうによる注入(ボタンの種類 _____ サイズ _____ Fr) 総注入量(_____ mlを注入) ☐ 1回で注入 ☐ (_____)回に分けて注入 ☐ 液体栄養剤等(注入内容物 _____) 注入速度目安(_____ mlを _____ 秒・分 程度で注入) 複数回に分けて注入の場合、注入の間の休憩時間 (_____ 分間) ☐ 水分等(注入内容物 _____) 注入速度目安(_____ mlを _____ 秒・分 程度で注入)	
	☐ 経口摂取可 ☐ 注入内容物の変更可	
	備考 注入以外に経口での摂食も可能な場合は、☑していただき、備考欄にご記入くださいますようお願いいたします。 夜間等、ご指示いただいた注入内容物以外に注入物があれば、☑していただき、その際の留意点等があれば、備考欄にご記入くださいますようお願いいたします。	

※注入方法等で補足が必要な場合はこちらに記入してください。
例)複数回に分けて注入する場合、1回の注入量は50ml以下とする。

医療的ケアの内容	喀痰等の吸引	持続吸引、 経鼻咽頭エア ウェイ内の吸 引等がござい ましたら、☑ を お願いいたし ます。		吸引時の挿入長の目安（看護師：原則中咽頭まで 教員：咽頭手前）	吸引時の挿入長の 目安は、看護師が原則 中咽頭まで、教員が咽 頭手前までとなっており ますので、当該児童生 徒の体格等を考慮した 挿入長をご記入くださ いますようお願いいたし ます。
		口腔内 吸引チューブの挿入長 看護師 _____ cm ・ 教員 _____ cm			
		鼻腔内 吸引チューブの挿入長 看護師 _____ cm ・ 教員 _____ cm ☐ 持続吸引 ☐ 経鼻咽頭エアウェイ内 _____ cm			
		※吸引圧の基本は 15～20kPa 最大でも25kPa を超えないこと。			
		※ 気管カニューレ内部 カニューレの種類（_____） 内径 _____ mm 吸引チューブの挿入長 ☐ カニューレ ・ ☐ 人工鼻 の入口から _____ cm ※基本的に清潔な使い捨て手袋（必要に応じてピンセット）を使用する ☐ 滅菌手袋を使用 ☐ 洗浄水は水道水可 ※吸引圧の基本は20～26kPa 吸引時は指定された用具類を使用		原則、気管カニューレ内 の吸引となっておりますの で、カニューレの種類や形状 等を考慮した挿入長をご記 入くださいますようお願いい たします。	
		備考		必要な場合はこちらに記入してください。 使用とする。	
		口腔内、鼻腔内の吸引の場合、原則、陰圧はかけずにチューブを挿入します。気管カニューレ内の吸引の場合は、陰圧をかけてチューブを挿入します。鼻汁が多い時に鼻腔内を吸引するときは陰圧をかけた状態で挿入する等、原則と異なる場合は、備考欄にご記入くださいますようお願いいたします。			
	導尿	☐ 自己導尿の補助・援助 ☐ 導尿（_____）時間毎、または（_____）時 ☐ その他（_____）		自己導尿を除いた、看護師による導尿を 実施する場合はこちらにご記入くださいます ようお願いいたします。	
		気管切開部のケア ☐ ガーゼ交換等 ☐ カニューレバンド・たすき掛けの調整、交換 ☐ その他（_____）			
		胃ろう・腸ろう部のケア ☐ ガーゼ交換等 ☐ その他（_____）			
		経鼻咽頭エアウェイ ☐ 必要時、経鼻咽頭エアウェイの挿入および抜去を行う 注意点等（_____）			
	その他	酸素吸入（_____）ℓ/分 ☐ 常時同じ条件での酸素吸入 ☐ 詳細指示書での指示あり		経鼻咽頭エアウェイの挿入、抜去時の注 意点等ありましたら、ご記入くださいますよう お願いいたします。	
		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 _____）			
		てんかん発作時の対応 ☐ 発作止め与薬（薬剤名 _____ 用量 _____） 使用条件：例）◇◇な状態が、●○分間続いた時			
		てんかん発作時の対応が、対応者によって異なることのないよう、対応が必要な発作か否かが客観的にわかるような、具体的な特徴や身体の様子を、ご記入くださいますようお願いいたします。			

☐ 人工呼吸器使用時の安全確保 ☐ 詳細指示書での指示あり	
☐ 血糖値測定とその後の指示（詳細指示書での指示あり） ☐ 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	学校は、家庭とは環境が異なります。普段生活する教室や、教室以外でのプール・水遊びに加え、校外での活動となる遠足や宿泊など、様々な環境、状況下での活動や医療的ケアの実施が想定されます。そうした場合には必要な留意事項があれば、ご記入くださいますようお願いいたします。
緊急時の対応	※原則では、保護者対応が救急搬送となります。 気管カニューレ・胃ろう・腸ろうの事故抜去、呼吸悪化時の対応はこちらに記入してください。 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。 ☐ 原則の対応（保護者による対応、救急搬送）を行う ☐ 以下のような対応を行う 緊急時の対応は、原則、保護者による対応か救急搬送になりますが、事前に予期される場合は、学校で対応する場合もございます。また、対応後は「直ちに救急搬送が必要となる場合」と「直ちに救急搬送が必要ではない場合」で分けて検討しています。想定する緊急時の具体的な対応と、対応後、直ちに救急搬送が必要か否かも合わせて、ご記入くださいますようお願いいたします。 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、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。
医療機関所	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。	

本指示書の指示期間

年度	①前期	②後期
令和 年度	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 主治医氏名	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 主治医氏名
令和 年度	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 主治医氏名	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 主治医氏名
令和 年度	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 主治医氏名	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 主治医氏名

指示期間とお名前をご記入ください。
指示期間は6か月ごとに更新してください。

※薬の処方について、こちらに記載してください。(お薬手帳、処方箋の写し可)

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。
※喀痰吸引、経管栄養を含まないケアのみの場合、記入の必要はありません。

特別支援学校 指導看護師

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(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	年	月	日
実地研修する 医療的ケア	☐ 喀痰吸引(口腔) ☐ 喀痰吸引(鼻腔) ☐ 喀痰吸引(気管カニューレ内) 留意点			
	☐ 経管栄養(経鼻) ☐ 経管栄養(胃ろう) ☐ 経管栄養(腸ろう) 留意点			
※必要な上記□欄に、☑(チェック)をご記入願います。				

こちらにも、記入年月日とお名前のご記入をお願いいたします。

医療的ケアガイドラインにつきましては、横浜市ホームページに掲載されています。指示書記入の依頼文掲載の URL、二次元コードをご参照いただきますようお願いいたします。

令和 年 月 日
主治医氏名

※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がありますことを、ご了承ください。

また、学校で実施しているケアの内容等につきましては、「横浜市立特別支援学校(学校看護師配置校)における医療的ケアガイドライン」をご参照ください。