

## 医療的ケア実施までの手順例【新規の場合】

令和5年7月 香川県教育委員会 特別支援教育課

1	<p>医療的ケアの内容の聞き取りと、手続きの説明                  (学校⇄保護者)                  ※実施申請書と実施指示書の様式、主治医への依頼文を保護者に渡す。</p>	
2	<p>実施申請書の提出                  (保護者⇒学校)</p>	様式例①
3	<p>実施指示書の提出                  (保護者⇒学校)                  ※提出後、指示の内容について医療的ケア看護職員と共に確認を行う。</p>	様式例②
4	<p>主治医の下へ伺い、実施指示書の内容について確認                  ※担任、医療的ケア看護職員、養護教諭等が受診に同伴し、保護者と共に指示書の内容の確認を行う。</p>	
5	<p>医療的ケア校内委員会で医療的ケア実施について検討                  ※校長が、医療的ケアの可否を決定する。</p>	
6	<p>実施決定通知書で通知、実施同意書を配付(学校⇒保護者)</p>	様式例③ 様式例④
7	<p>実施同意書の提出                  (保護者⇒学校)</p>	
8	<p>一定期間、保護者が手技について医療的ケア看護職員に説明しながら実施する。</p>	
9	<p>医療的ケア看護職員による医療的ケアの実施へ                  ※年度途中で医療的ケアの内容に変更や追加がある場合は、変更・追加の手続きが必要。</p>	



〇〇立〇〇〇〇学校長 殿

保護者氏名\_\_\_\_\_

## 医療的ケア実施申請書

〇〇立〇〇〇〇学校医療的ケア実施要綱の定めるところにより、医療的ケアの実施について、下記のとおり申請します。

## 記

1 \_\_\_\_\_部 \_\_\_\_\_年 幼児児童生徒氏名\_\_\_\_\_

## 2 医療的ケアの内容と範囲

( ) 経管栄養 ( ) 鼻腔 ( ) 胃ろう ( ) 腸ろう  
条件等 ( )

( ) 喀痰吸引 条件等 ( )

( ) 気管カニューレの管理 条件等 ( )

( ) 導尿

その他のケア ( ) 坐薬 ( ) 胃ろう管理 ( ) 薬剤注入 ( ) 酸素管理  
条件等 ( )

## 3 主治医について

主治医氏名	
医療機関名 (診療科名)	
医療機関住所 TEL	

様式例②

## 医療的ケア 実施指示書

初年度（令和 年度）

部 年 氏名

\_\_\_\_\_

保護者氏名

\_\_\_\_\_

〇〇立〇〇〇〇学校



<input type="checkbox"/> 校外での 医療的ケア実施の 注意事項	
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に)	
記 入 日               :    令和    年    月    日 医療機関名            : (住所・連絡先)  医 師 名               :	

**【医療的ケア実施指示書の変更内容】**

\*指示書の内容について、変更がある場合は下記の表に変更内容を記載してください。

変更 年 月 日	変 更 内 容

令和 年 月 日

様

〇〇立〇〇〇〇学校長

## 医療的ケア実施決定通知書

先にご提出いただきました医療的ケア実施申請書に基づき、検討した結果、下記のとおり医療的ケアを実施することとなりましたので通知します。

### 記

1 \_\_\_\_\_部 \_\_\_\_\_年 幼児児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

2 医療的ケアの内容と範囲

---

---

---

---

3 医療的ケアを実施する学校看護師名

---

※ 医療的ケア看護職員が不在のときなど、保護者の方に医療的ケアを実施していただく場合があることをご了承ください。

※ 毎日の保護者の緊急連絡先及びお子様の健康状態を連絡帳等で学校にお知らせください。

4 学校における医療的ケアの実施期間

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

様式例④

## 医療的ケア実施同意書

医療的ケア実施決定通知書に記載された医療的ケアの実施に同意します。

令和 年 月 日

〇〇立〇〇〇〇学校長 殿

\_\_\_\_\_部 \_\_\_\_\_年 幼児児童生徒氏名\_\_\_\_\_

保護者氏名\_\_\_\_\_