

調布市立小・中学校における
医療的ケアガイドライン

調布市教育委員会
令和8年1月

目 次

1	本ガイドラインの目的	1
2	学校で医療的ケアを実施する意義	1
3	学校で実施できる医療的ケア	1
4	医療的ケアの実施対象	2
5	医療的ケアの実施者	2
6	役割分担	3
7	緊急時（事故発生，災害等）の備え	8
8	実施の流れ	9
◇参考	～保護者との連携について～	10
◇様式集		11

1 本ガイドラインの目的

調布市立小・中学校（以下「学校」という。）に在籍する，日常的に医療的ケアが必要な児童・生徒（以下「医療的ケア児」という。）が，健康で安全な学校生活を送るためには，必要な教育環境を整備し，教育委員会，学校，保護者，医療関係者との信頼と協力のもと，医療的ケアを安全かつ適切に行っていく必要がある。

「調布市立小・中学校における医療的ケアガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）は，学校における医療的ケアに関する基本的な考え方を示すとともに，それぞれの役割を明確にし，医療的ケアの安全かつ適切な実施に資することを目的として策定するものである。

なお，調布市教育委員会は，国や東京都の動向を継続的に注視し，状況の変化に応じて本ガイドラインの内容を適宜改善・改訂していく。

2 学校で医療的ケアを実施する意義

学校で医療的ケアを実施することにより，医療的ケア児が学校等¹で支障なく学習を継続する環境が整い，教育の機会が確保される。また，保護者の離職防止や，家族の心理的・身体的負担の軽減を図ることができる。さらに，教職員が医療的ケア児の状況を把握して健康観察等を行うことで，多様な児童・生徒に対する理解や見識が深まり，全ての児童・生徒が共に健やかな学校生活を送る権利を保障するインクルーシブ教育システムの実現にもつながる。

3 学校で実施できる医療的ケア

本ガイドラインにおける医療的ケアとは，医行為のうち，血糖値測定，導尿，たんの吸引等，日常生活に必要とされる生活援助行為を指す。

学校においては，主治医の指示，学校医又は指導医（以下「指導医等」という。）の指導・助言のもと，看護師が実施できることとする。

¹学校等…調布市立小・中学校に加え，児童・生徒が就学前や放課後等に利用する児童発達支援（事業所），保育所，幼稚園，認定こども園，放課後児童クラブ，放課後等デイサービス等を指す。

医療的ケアの実施については、次に挙げる事項を前提として「調布市立学校医療的ケア運営協議会」にて協議・判断を行うものとする。

- 学校生活と同様の時間帯で、日常的に保護者が行っている医療的ケアであること。
- 医療的ケアについて主治医の詳細な指示書があること。
- 医療的ケアの実施に当たって、指導医等の許可があること。
- 保護者が、学校における医療的ケアの実施体制を理解し、学校との連携・協力を同意していること。
- 実施に当たって、実施者となる看護師のほか、必要な設備、備品、消耗品が備わっており、学校の環境が整っていること。
- 教育委員会及び学校が、安全に医療的ケアを実施できることを確認していること。

なお、医療的ケアの内容により、本人の状況に応じて、医療的ケア（看護師配置）の終了を検討する場合がある。

また、医療的ケアの内容変更や臨時的な対応（例：普段行っていない薬液注入）、その他安全の確保ができない場合は実施できない。行事等、実施環境が普段と異なる場合の対応については、学校と保護者で協議するものとする。

4 医療的ケアの実施対象

学校に在籍する医療的ケア児であり、その保護者からの依頼があった者のうち、主治医の指示があり、指導医等の検診後に教育委員会及び校長が認めた者を対象とする。

5 医療的ケアの実施者

主治医の指示書及び指導医等の指導・助言のもと、看護師が実施することを基本とする。

6 役割分担

教育委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ガイドラインの策定・更新 ・調布市立学校医療的ケア運営協議会の設置・運営 ・医療的ケア指導医の委嘱 ・医療的ケアを実施する看護師の確保 ・医療的ケアの実施に必要な備品等の整備 ・校長及び教職員の役割の明示 ・必要に応じた生活介護を担う支援員の配置 ・医療的ケアに関わる教職員の研修の設定 ・その他、医療的ケアに必要な事項 	
学校	校長 副校長	<ul style="list-style-type: none"> ・学校における医療的ケア実施要領の作成 ・医療的ケア安全委員会の設置・運営 ・校内における医療的ケアの実施管理（看護師のサービス管理を含む） ・児童・生徒及び保護者への説明 ・緊急時の対応 ・指導医等や教育委員会との連携
	教職員 学級担任	<ul style="list-style-type: none"> ・医療的ケアに必要な衛生環境づくり ・緊急時の対応 ・医療的ケア児の健康観察と情報共有 ・医療的ケア実施の際の協力 ・周囲の児童・生徒及び保護者への理解啓発 ・医療的ケアに関する研修の受講
	養護 教諭	<ul style="list-style-type: none"> ・医療的ケア児の健康状態の把握 ・看護師への協力・連携と校内での情報共有 ・主治医・指導医等との連携 ・緊急時に備えた環境整備（緊急時対応フローの作成，主治医・指導医等の医療機関や訪問看護ステーション等の療育機関との連絡・調整等を含む） ・医療的ケア児の保護者への医療的ケアに関する説明や相談 ・ヒヤリハット事例の校内での共有
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・医療的ケア指示書に基づく具体的な実施マニュアルの作成 ・医療的ケア児の健康管理と医療的ケアの実施 ・医療的ケア実施記録の作成・報告 ・医療的ケアに関する校内での指導・助言 ・主治医・指導医等との連携 ・学校及び保護者との連携・情報共有 ・医療器具等の管理 ・緊急時の対応 ・ヒヤリハット事例の蓄積と予防策の構築 	
医療的ケア 児の保護者	<ul style="list-style-type: none"> ・学校での医療的ケアの実施体制の理解と、学校との連携・協力 ・医療的ケアの開始時・変更時や校外活動・宿泊行事等への協力 ・主治医への指示書作成の依頼と定期的な受診 ・指導医等検診への同席 ・医療的ケア児の日々の健康管理と学校への報告，実施記録の作成 ・必要な医療器具等の準備 ・緊急時の連絡手段の確保と引き取り等の対応 	

(1) 教育委員会の役割

教育委員会は、学校における医療的ケアが安全で適切に実施されるよう、医療的ケアの実施に関する体制を整備する。主として次のよう

な措置を講じる。

○ガイドラインの策定・更新

調布市立学校において医療的ケアを安全かつ適切に実施するため、関係者の役割や実施の手續等を明示するガイドラインを策定・更新する。

○調布市立学校医療的ケア運営協議会の設置・運営

ガイドラインに関する検討及び調布市立学校における医療的ケアの総括的な進行管理を行う「調布市立学校医療的ケア運営協議会」を設置する。

○医療的ケア指導医の委嘱（学校医が対応する場合は不要）

○医療的ケアを実施する看護師の確保

○医療的ケアの実施に必要なとなる備品等の整備

○校長及び教職員の役割の明示

○必要に応じた生活介護を担う支援員の配置

○医療的ケアに関わる教職員の研修の設定

○その他，医療的ケアに必要なとなる事項

(2) 学校の役割

① 校長・副校長

校長は，校長及び副校長を中心とした校内体制の整備と校内の教職員や保護者との連携について，必要な措置を行う。主として次のような措置を講じる。

○学校における医療的ケア実施要領の作成

ガイドラインに基づき，医療的ケア児に対して具体的に医療的ケアを実施するに当たっての要領を作成する。作成に当たっては，次に示す医療的ケア安全委員会で検討する。

○医療的ケア安全委員会の設置・運営

主なメンバーとして，校長，副校長，養護教諭，学級担任のほか，必要に応じて教育委員会，看護師，指導医等，保護者などを含め

ることとする。なお、既存の校内委員会と兼用することができる。
また、医療的ケア安全委員会での協議内容は、教育委員会や指導
医等と共有する。

○校内における医療的ケアの実施管理

校内で実施中の医療的ケアについて、日々の実施状況を把握・管
理する（看護師のサービス管理を含む）。

○児童・生徒及び保護者への説明

全校保護者会等において、全校保護者に対して医療的ケアの教
育的意義と安全な実施について理解を求める。

○緊急時の対応

ヒヤリハットや緊急事態が生じたときは、迅速な対応を行い、医
療的ケア安全委員会を開催して今後の対応を協議する。あわせ
て、教育委員会及び指導医等へ報告する。

○指導医等や教育委員会との連携

② 教職員・学級担任

教職員は、医療的ケア児と学校における医療的ケアの教育的意義
を理解し、医療的ケアに必要な衛生環境を整えることに努める。緊
急時には、教職員同士で協力して迅速に対応する。

学級担任は、上記のほか、主として次のような役割を担う。

○医療的ケア児の健康観察と情報共有

医療的ケア児の健康観察に努める。把握した健康状態を養護教
諭、担当看護師と共有し、安全かつ適切に医療的ケアが実施でき
るように支援する。

○医療的ケア実施の際の協力

医療的ケア児に対するケアの際には、必要な補助や支援を行う。

○周囲の児童・生徒及び保護者への理解啓発

○医療的ケアに関する研修の受講

(研修の例) ※研修は教育委員会が適宜設定する。

- 障害のある児童・生徒等の医療上の配慮事項や医療的ケアに関する基礎的知識の習得
- 当該児童・生徒等の医療や看護に関する情報の習得
- 医療的ケアの教育的意義と衛生管理等の安全な実施についての知識の習得
- 日常的な健康観察と看護師との連携についての知識の習得
- 緊急時の対応方法の習得
- その他、必要な研修
(教職員の受け入れ姿勢，看護師との連携・補助，周囲の児童・生徒及び保護者への理解啓発，日常の健康観察の注意事項等)

③ 養護教諭

養護教諭は主として次のような役割を担う。

○医療的ケア児の健康状態の把握

看護師と連携し，医療的ケア児の健康観察を行う。

○看護師への協力・連携と校内での情報共有

看護師による医療的ケアの円滑な実施に協力するとともに，医療的ケアの実施状況を校内で共有する。

○主治医・指導医等との連携

医療的ケア児が指導医等（必要に応じて主治医）の診察を受ける際には情報を共有するなど，主治医・指導医等との連携を図る。

○緊急時に備えた環境整備

緊急時の対応に備えた「緊急時対応フロー」の作成や，環境整備（主治医・指導医等の医療機関や訪問看護ステーション等の療育機関との連絡・調整等）を行う。

○医療的ケア児の保護者への医療的ケアに関する説明や相談

○ヒヤリハット事例の校内での共有

(3) 看護師の役割

学校における医療的ケアは、看護師を中心として養護教諭や学級担任等と連携して実施する。具体的には次のような役割を担う。

- 医療的ケア指示書に基づく具体的な実施マニュアルの作成
- 医療的ケア児の健康管理と医療的ケアの実施
- 医療的ケア実施記録の作成・報告
- 医療的ケアに関する校内での指導・助言
- 主治医・指導医等との連携
- 学校及び保護者との連携・情報共有
- 医療器具等の管理
- 緊急時の対応
- ヒヤリハット事例の蓄積と予防策の構築

(4) 医療的ケア児の保護者の役割

医療的ケア児の保護者は、学校における医療的ケアが安全かつ適切に実施できるよう、主治医との連絡・相談を綿密に行い、医療的ケアに必要な全ての情報を学校と共有する。医療的ケアの実施に際しては、医療的ケア児の日々の健康状態を学校と共有し、常に連絡の取れる体制を整えておくことを基本とする。具体的には次のような役割を担う。

- 学校での医療的ケアの実施体制の理解と、学校との連携・協力
- 医療的ケアの開始時・変更時や校外活動・宿泊行事等への協力
- 主治医への指示書作成の依頼と定期的な受診
- 指導医等検診への同席
- 医療的ケア児の日々の健康管理と学校への報告、実施記録の作成
- 必要な医療器具等の準備
- 緊急時の連絡手段の確保と引き取り等の対応

7 緊急時（事故発生，災害等）の備え

医療的ケアを実施する上での万一の事故に備え，起こりうる緊急時の状況とその対処法について，学校はあらかじめ保護者と確認し，実施可能な対応について「緊急時対応フロー」をまとめておく。

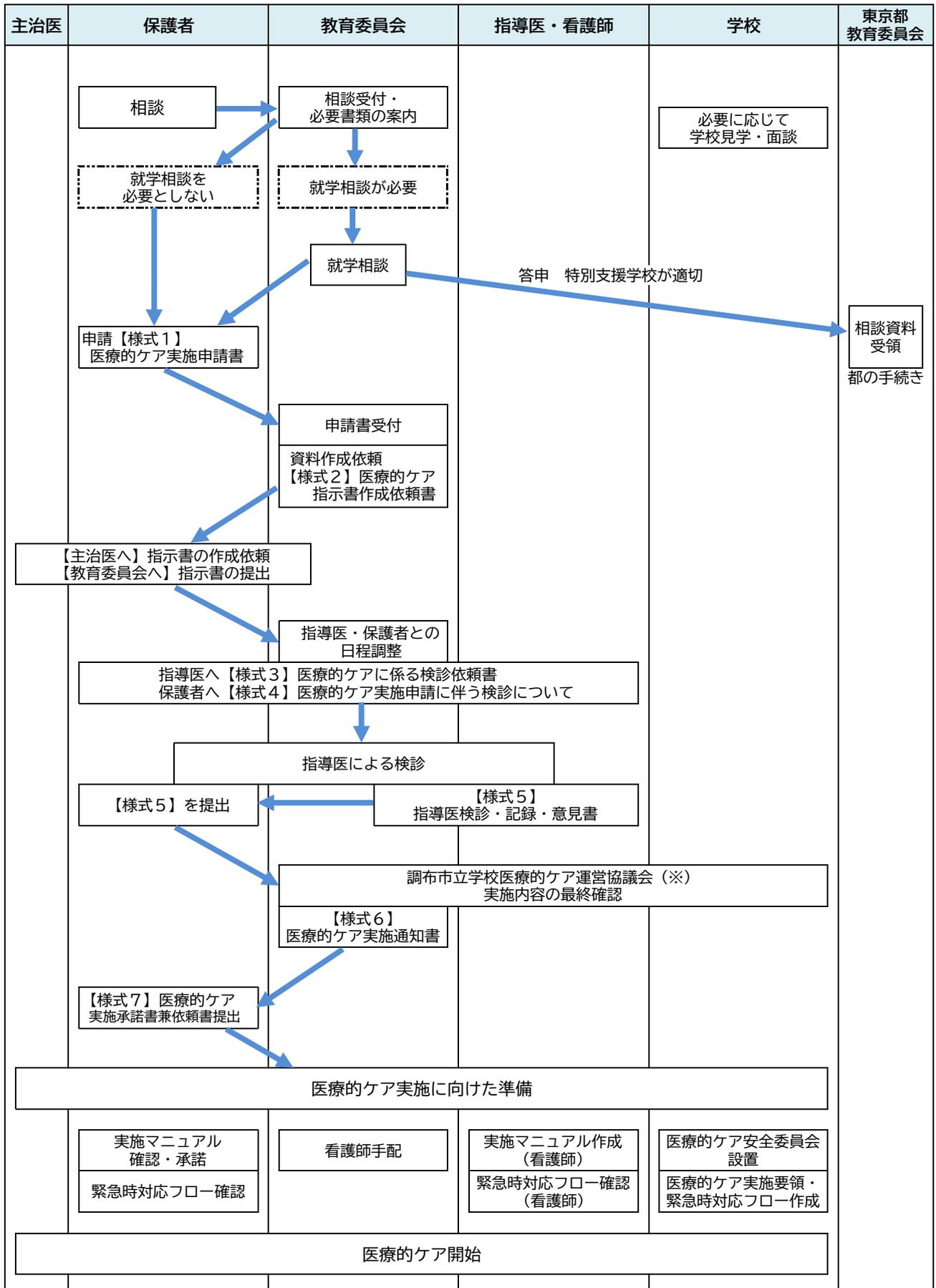
また，災害時に備え，医療的ケアの実施に必要な医療物資や非常食等の確保及び停電時の対応について，学校はあらかじめ保護者と確認・協議しておく。ただし，災害時には医療的ケア児への万全な対応が難しくなることから，できる限り速やかに保護者へ引き渡す。

（確認事項の例）

- 緊急時の応急処置の内容・方法（主治医の指示）
- 緊急連絡先，搬送先
- 緊急時に必要な消耗品の備蓄
- 校内での連携体制 など

学校は，指導医等，保護者，主治医などと連携して対応に当たる。

8 実施の流れ



※調布市立学校医療的ケア運営協議会は、必要に応じて適宜開催するものとする。

〈参考〉～保護者との連携について～

(東京都教育委員会「都立学校における医療的ケア実施指針(改訂)」より引用)

医療的ケアの安全かつ適切な実施のため、各学校は保護者との密接な連絡体制が求められることから、各学校単位で医療的ケアに関する説明会を実施し、医療的ケアの趣旨と各学校の医療的ケア実施要領の理解促進に努める。また、健康・安全管理の観点から、保護者の付添いを求める際には、その必要性について丁寧に説明し、保護者の理解と連携・協力を得て、安全な事業の推進に努める。

さらに、学校生活の状況を主治医に伝える必要がある場合には、主治医訪問等の主治医との連絡の機会を設定することも有効である。その場合には、保護者の了承を得るとともに、保護者と連携を図っていくことが重要である。保護者には、学校内で医療的ケアが安全かつ適切に実施できるよう、主治医との連絡・相談を綿密に行うとともに、必要な情報を学校と共有して学校で医療的ケアを実施するための準備等が円滑に進むよう協力を求める。また、実施に際しても、対象の医療的ケア児の健康状態について連絡や相談を学校に対して適切に行うことが求められる。

医療的ケアの実施を申請するに当たり、保護者には学校における医療的ケアについて資料等を活用して十分に説明し、理解を得ることが大切である。具体的には、学校における学校看護師、教員及び学校介護職員等の対応と医療機関の対応との違いや、医療的ケアの実施には、対象児童・生徒等の体調の安定が条件となること、併せて主治医から学校で医療的ケアを実施する際の期待できるメリットとリスクの説明を受けて、保護者が医療的ケアの実施を申請することなどについて、了解していることが重要である。さらに、学校に申請する医療的ケアの内容については、別表「実施対象とすることができる医療的ケアの実施項目・内容及び標準的な実施区分」の範囲の中で、家庭で継続的に実施していることが前提であることについて、十分に理解を求める。

保護者の申請から医療的ケアを実施できるまでの準備期間中は、学校では医療的ケアを実施することができないため、保護者による医療的ケアの実施が必要である。すでに医療的ケアを継続して実施している医療的ケア児であっても新たな内容の医療的ケアを実施する場合は、準備期間が必要である。いずれの場合も、効率的かつ適切に準備を進めることが重要である。

様式集

書類作成者 (内容)	様式	様式名	備考
保護者	様式 1	医療的ケア実施申請書	保護者 → 教育委員会
教育委員会 (主治医への 指示書依頼)	様式 2	医療的ケア指示書作成依頼書	教育委員会 → (保護者経由) → 主治医
主治医 (指示書作成)	任意様式	医療的ケア指示書 (任意様式)	主治医 → 教育委員会 ※年度末(3/31)まで有効
教育委員会 (指導医への 検診依頼)	様式 3	医療的ケアに係る検診依頼書	教育委員会 → 指導医
教育委員会 (検診の通知)	様式 4	医療的ケア実施申請に伴う検診について (お知らせ)	教育委員会 → 保護者
指導医 (検診記録)	様式 5	指導医検診記録・意見書	指導医 → (保護者経由) → 教育委員会
教育委員会 (実施の通知)	様式 6	医療的ケア実施通知書	教育委員会 → 保護者
保護者 (承諾書兼依頼書)	様式 7	医療的ケア実施承諾書兼依頼書	保護者 → 教育委員会(校長)
教育委員会	様式 8	医療的ケア実施終了通知書	教育委員会 → 保護者
学校	参考 様式	調布市立〇〇学校医療的ケア実施要領(案)	実施校作成
		医療的ケア指示書(任意様式) 都立学校における医療的ケア実施指針(改訂)から引用	

様式1 「医療的ケア実施申請書」(保護者→教育委員会)

令和 年 月 日

調布市教育委員会 宛

申込者(利用者の保護者)
住 所
電 話
利用者との続柄

医療的ケア実施申請書

標記の件について、調布市立学校医療的ケア実施要領に基づき、下記のとおり申請します。

記

1 医療的ケアを受けようとする者の氏名・生年月日
氏名
生年月日

2 医療的ケアの項目 及び 内容

3 病院又は診療所の名称及び主治医の氏名
病院又は診療所の名称

診療科

主治医名

連絡先(電話)

※ 医療的ケアの安全な実施のため、教育委員会及び学校が直接主治医と連絡を取り、指示を仰ぐことを了承いたします。

4 その他配慮すべき健康上の事項(アレルギー・てんかんなど)

様式2 「医療的ケア指示書作成依頼書」(教育委員会→(保護者)→主治医)

第 号
令和 年 月 日

科
殿

調布市教育委員会

医療的ケア指示書の作成依頼

日頃から調布市の教育に深く御理解と御配慮を賜り、心より御礼申しあげます。

本校では、児童・生徒が安全に安心して学校生活を送ることができるよう、調布市教育委員会の定めるガイドラインに基づき、医療的ケア実施のための諸条件の整備に取り組んでいるところです。

つきましては、当該児童・生徒の主治医のお立場から、この件に関して「医療的ケア指示書」を作成いただき、御指示をお願いいたします。

なお、本依頼書に基づき作成していただく「医療的ケア指示書」につきましては、医療保険適用外となりますので、よろしくお取り計らいのほどお願いいたします。

記

1 医療的ケアを受けようとする者

氏名

生年月日

住所

2 申請された医療的ケアの内容

参考様式

医療的ケア指示書の例（主治医→教育委員会）※様式は任意

（「都立学校における医療的ケア実施指針（改訂）」から引用）

医療的ケア指示書			
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）			
事業者		学校	
対象者	氏名	生年月日	平成 年 月 日 歳
	主たる疾患名		
※該当の指示内容に☑（チェック）・数値等を記入してください。			
実施行為の種類	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引
	<input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻胃管）	<input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養	<input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養
具体的指示内容	<input type="checkbox"/> 鼻、口からの吸引	吸引カテーテルのサイズ()Fr. 吸引圧()kPa程度まで 鼻からの挿入の長さ()cm 口からの挿入の長さ()cm 注意点など[]	
	<input type="checkbox"/> ※持続吸引について	吸引カテーテルのサイズ()Fr. 吸引圧()kPa 部位 (<input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 口) 挿入の長さ()cm 注意点など[]	
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレからの吸引（または気管内吸引）	吸引カテーテルのサイズ()Fr. カニューレ入口からの挿入の長さ()cm 吸引圧 カニューレ内()kPa程度まで カニューレ先端より奥()kPa程度まで 注意点など[]	
	<input type="checkbox"/> 経鼻エアウェイからの吸引	吸引カテーテルのサイズ()Fr. 吸引圧()kPa程度まで エアウェイからの吸引カテーテル挿入長さ()cm 注意点など[]	
	種類 <input type="checkbox"/> 鼻腔留置チューブ	サイズ()Fr. 挿入長さ()cm	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
具体的指示内容	<input type="checkbox"/> 栄養剤注入	実施時間 (:) (:) 内容 () 1回量()ml 注入時間()分程度 <input type="checkbox"/> 胃残量が()ml未満の時は そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が()ml以上()ml未満の時() <input type="checkbox"/> 胃残量が()ml以上の時() <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合は() <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 ()	
	<input type="checkbox"/> 水分注入	実施時間 (:) (:) 内容 () 1回量()ml 注入時間()分程度 <input type="checkbox"/> 胃残量が()ml未満の時は そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が()ml以上()ml未満の時() <input type="checkbox"/> 胃残量が()ml以上の時() <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合は() <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 ()	
	<input type="checkbox"/> 薬剤注入	実施時間 (:) 注意点など[]	
	<input type="checkbox"/> 胃からの脱気	脱気のタイミング <input type="checkbox"/> 注入前 <input type="checkbox"/> 注入中 <input type="checkbox"/> 注入後 <input type="checkbox"/> その他 (:) (:) 注意点など[]	
		令和 年 月 日	
医療機関名		医師名	

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。

児童・生徒氏名()

実施行為の種類		<input type="checkbox"/> 気管切開部の衛生管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう部の衛生管理 <input type="checkbox"/> 経鼻エアウェイの管理 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 薬液吸入 <input type="checkbox"/> 日常的酸素管理 <input type="checkbox"/> 呼吸補助装置の管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の作動状況の確認及び緊急時の連絡等 <input type="checkbox"/> 血糖値測定とその後の処理																																		
具体的指示内容	衛生管理	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 肉芽について <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (所見: 最終検査 年 月) <input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (所見: 最終検査 年 月) <input type="checkbox"/> カニューレの種類 ()内径()mm 入口から先端までの長さ()cm カニューレ除去時や、気管切開部・気管内出血への対応など []																																		
	部 胃ろう・腸ろうの衛生管理	<input type="checkbox"/> ①ポタン・チューブの種類 ()サイズ ()Fr. ()cm 挿入 バルンの水の量 () ml Yガーゼ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ①ポタン・チューブの種類 ()サイズ ()Fr. ()cm 挿入 バルンの水の量 () ml Yガーゼ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 チューブ除去時の対応など []																																		
	エアウェイ	<input type="checkbox"/> 挿入・抜去 挿入長さ ()cm エアウェイの種類 ()内径 ()mm 注意点など []	<input type="checkbox"/> 管理 注意点など []																																	
	導尿	<input type="checkbox"/> 実施時間 (:) (:) (:) カテーテルの種類 () サイズ()Fr. 尿道に挿入する長さ()cm 用手圧迫 (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) — その場合の圧迫の強さの程度 <input type="checkbox"/> 強 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 弱) 注意点など []																																		
	薬液吸入	<input type="checkbox"/> 定時の 実施時間 (:) (:) 吸入薬内容/量 ()を()ml ()を()ml 注意点など []																																		
	酸素管理	<input type="checkbox"/> 経路 <input type="checkbox"/> 気管切開部 <input type="checkbox"/> 鼻カヌラ <input type="checkbox"/> マスク 酸素流量 ()L/分 SPO2 ()%以下の場合 ()L/分 SPO2 ()%以下の場合 ()L/分 注意点など []																																		
	人工呼吸器の作動状況の確認及び緊急時の連絡等	<input type="checkbox"/> 自発呼吸 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 普段の装着時間 <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 定時 (:)~(:) <table border="1"> <tr> <td>使用機種</td> <td>呼吸圧</td> <td>cmH2O</td> </tr> <tr> <td>換気様式</td> <td>PEEP</td> <td>cmH2O</td> </tr> <tr> <td>呼吸モード</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> IMV <input type="checkbox"/> SIMV <input type="checkbox"/> ASSIST <input type="checkbox"/> BiPAP(<input type="checkbox"/> Sモード <input type="checkbox"/> S/Tモード <input type="checkbox"/> Tモード) <input type="checkbox"/> その他() </td> </tr> <tr> <td>トリガー感度</td> <td>最高気道内圧</td> <td>cmH2O</td> </tr> <tr> <td>O2流量・FiO2</td> <td>最低気道内圧</td> <td>cmH2O</td> </tr> <tr> <td>吸気流量</td> <td>最大分時換気量</td> <td>L/分</td> </tr> <tr> <td>吸気時間</td> <td>最小分時換気量</td> <td>L/分</td> </tr> <tr> <td>吸気呼吸比</td> <td>吸気圧低下アラーム</td> <td>cmH2O</td> </tr> <tr> <td>呼吸回数</td> <td>酸素併用</td> <td><input type="checkbox"/> 有()L/分 <input type="checkbox"/> 無</td> </tr> <tr> <td>吸気圧</td> <td>加温・加湿器</td> <td><input type="checkbox"/> 有()°C()ダイヤル) <input type="checkbox"/> 無</td> </tr> <tr> <td>1回換気量</td> <td>オート機能</td> <td><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</td> </tr> </table> 本人の状態及び呼吸器の作動状況についての注意点、起こりやすいトラブルと対処方法 []		使用機種	呼吸圧	cmH2O	換気様式	PEEP	cmH2O	呼吸モード	<input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> IMV <input type="checkbox"/> SIMV <input type="checkbox"/> ASSIST <input type="checkbox"/> BiPAP(<input type="checkbox"/> Sモード <input type="checkbox"/> S/Tモード <input type="checkbox"/> Tモード) <input type="checkbox"/> その他()		トリガー感度	最高気道内圧	cmH2O	O2流量・FiO2	最低気道内圧	cmH2O	吸気流量	最大分時換気量	L/分	吸気時間	最小分時換気量	L/分	吸気呼吸比	吸気圧低下アラーム	cmH2O	呼吸回数	酸素併用	<input type="checkbox"/> 有()L/分 <input type="checkbox"/> 無	吸気圧	加温・加湿器	<input type="checkbox"/> 有()°C()ダイヤル) <input type="checkbox"/> 無	1回換気量	オート機能	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	使用機種	呼吸圧	cmH2O																																	
	換気様式	PEEP	cmH2O																																	
	呼吸モード	<input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> IMV <input type="checkbox"/> SIMV <input type="checkbox"/> ASSIST <input type="checkbox"/> BiPAP(<input type="checkbox"/> Sモード <input type="checkbox"/> S/Tモード <input type="checkbox"/> Tモード) <input type="checkbox"/> その他()																																		
トリガー感度	最高気道内圧	cmH2O																																		
O2流量・FiO2	最低気道内圧	cmH2O																																		
吸気流量	最大分時換気量	L/分																																		
吸気時間	最小分時換気量	L/分																																		
吸気呼吸比	吸気圧低下アラーム	cmH2O																																		
呼吸回数	酸素併用	<input type="checkbox"/> 有()L/分 <input type="checkbox"/> 無																																		
吸気圧	加温・加湿器	<input type="checkbox"/> 有()°C()ダイヤル) <input type="checkbox"/> 無																																		
1回換気量	オート機能	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																		
測定等	<input type="checkbox"/> 血糖値 測定時間 (:) (:) 対処方法 詳細は別添にて指示																																			
<input type="checkbox"/> 別紙あり																																				

医療的ケア指示書

令和 年 月 日

標記の件について、下記のとおり指示します。

指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

学校名		学校		
対象者	氏名	生年月日	平成 年 月 日	(歳)
	主たる疾患名			
具体的指示内容	<input type="checkbox"/> 医療的ケアの実施内容			
	<input type="checkbox"/> 実施上の留意事項			
	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり			

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

様式3 「医療的ケアに係る検診依頼書」(教育委員会→指導医)

第 号
令和 年 月 日

調布市立学校における医療的ケア
指導医 様

調布市教育委員会

医療的ケアに係る検診依頼書

標記の件について、下記のとおり検診を依頼します。

記

1 医療的ケアを受けようとする者

氏名

生年月日

住所

2 申請された医療的ケアの内容

3 検診日時

令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分

4 場所

様式4 「医療的ケア実施申請に伴う検診について」(教育委員会→保護者)

第 号
令和 年 月 日

保護者氏名 様

調布市教育委員会

医療的ケア実施申請に伴う検診について (お知らせ)

標記の件について、指導医 医師の検診を下記のとおり実施します。

記

1 医療的ケアを受けようとする者
氏名

2 申請された医療的ケアの内容

3 検診日時
令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分

4 場所

5 用意するもの

様式5 「指導医検診記録・意見書」(指導医→(保護者)→教育委員会)

令和 年 月 日

調布市教育委員会 宛

調布市立学校における医療的ケア
指導医

指導医検診記録・意見書

1 医療的ケアを受けようとする者

氏名

生年月日

住所

2 検診日

令和 年 月 日 ()

3 保護者から申請された医療的ケアの内容

4 指示(該当する項目に☑)

保護者から申請された医療的ケアを学校で実施することは可能であり、
以下のとおり指示する。

【指示内容】

保護者から申請された医療的ケアは、学校では実施できません。

【理由】

様式6 「医療的ケア実施通知書」(教育委員会→保護者)

第 号
令和 年 月 日

保護者氏名 様

調布市教育委員会

医療的ケア実施通知書

標記の件について、指導医検診の結果を踏まえ、以下のとおりとしますのでお知らせします。

記

1 医療的ケアを受けようとする者
氏名

2 申請された医療的ケアの内容

3 結果

医療的ケアの実施対象者といたします。
実施予定校 学校

今回は実施できません。
理由

様式7「医療的ケア実施承諾書兼依頼書」(保護者→教育委員会)

令和 年 月 日

調布市教育委員会 様
調布市立 学校長 様

保護者氏名

医療的ケア実施承諾書兼依頼書

医療的ケアの実施者及び内容・範囲についてお知らせいただきました件について、調布市立学校における医療的ケアガイドラインに則り、下記のとおり承諾し、実施を依頼します。

なお、緊急時の連絡先及び搬送医療機関は下記のとおりです。

記

- 1 医療的ケアを受けようとする者
氏名
- 2 医療的ケアの項目 及び 内容
- 3 期間 令和 年 月 日から年度末まで
- 4 緊急時の連絡先及び搬送医療機関
 - (1) 緊急時の連絡先
氏名 (続柄) 電話
 - (2) 搬送医療機関 ※どちらか
 学校指定の医療機関
 かかりつけ等の医療機関
かかりつけ医名称 電話
- 5 その他, 連絡事項

様式8 「医療的ケア実施終了通知書」(教育委員会→保護者)

令和 年 月 日

様

調布市教育委員会

医療的ケア実施終了通知書

学校で実施している医療的ケアについて、下記の理由により終了することとしましたので通知します。

記

- 1 利用者氏名
- 2 実施している医療的ケアの内容、範囲
- 3 医療的ケア終了の理由

調布市立〇〇学校医療的ケア実施要領（案）

1 実施の目的

この実施要領は、「調布市立小・中学校における医療的ケアガイドライン」を踏まえ、本校において医療的ケアを安全かつ適切に実施することを目的とする。

2 医療的ケア安全委員会の設置

本校において安全に医療的ケアを実施するために、医療的ケア安全委員会（以下「委員会」という。）を設置する。委員会は、校長、副校長、養護教諭及び学級担任、また、必要に応じて学校医又は指導医（以下「指導医等」という。）、看護師等によって構成するものとし、既存の校内委員会を当てることもできる。この設置・運営に当たっては、指導医等に指導を求めることができる。

委員会では、医療的ケア実施に係る計画、実施者の研修、実施等について協議し、本校における医療的ケア実施の安全確保について校長に助言を行う。

3 医療的ケアの実施

学校管理下において医療的ケアを行う必要が生じ、校長が適切であると判断した場合に、児童・生徒等の状態が安定していることや、校内において安全に実施できる体制が確保できていることを前提に実施する。

看護師は、「医療的ケア指示書」に基づき、「医療的ケア実施マニュアル」を作成する。このマニュアルは、看護師が日々の医療的ケアを実施する際の手順を示すものであり、様式・内容については看護師に一任する。また、日々の医療的ケアの実施記録として「医療的ケア実施状況報告書」を作成する。

学校は、「医療的ケア指示書」及び看護師が作成した「医療的ケア実施マニュアル」、「医療的ケア実施状況報告書」を確認し、看護師による医療的ケアの実施に協力する。また、緊急時の対応方法を記載した「緊急時対応フロー」を作成する。

4 保護者の責務

- (1) 当日の児童・生徒等の健康状態が安定していることを確認し、「健康チェックカード」で学校に知らせる。心身の健康に関する情報は、すべて学校と共有する。
- (2) 必要な医療的機材等の準備を行う。
- (3) 緊急連絡先を事前に学校に知らせ、常に連絡が取れる体制を整え、必要なときは来校し、学校と連携する。
- (4) 登校後の健康状態に異常が認められた場合、学校からの連絡を受け、保護者は対応について学校と相談し、必要な対応を行う。
- (5) 定期的に主治医の診察を受け、適切な指示を得るとともに、特定行為に変更があった場合は、速やかに学校に報告する。
- (6) 当日の児童・生徒の状態や医療的ケアを取り巻く学校環境により、安全な実施が困難であると校長が判断した場合は、その判断に従う。

5 その他

本実施要領に記載のない事項については、「調布市立小・中学校における医療的ケアガイドライン」のとおりとする。

附則

上記内容について検討事項が生じた場合には、速やかに委員会を開催し、検討する。

本実施要領は令和〇年〇月〇日から施行する。

調布市立小・中学校における医療的ケアガイドライン

登録番号：（刊行物番号）2025-177

発行日：令和8年1月

発行：調布市教育委員会

教育部学務課・指導室

〒182-0026 調布市小島町 2-36-1

電話：042-481-7475（学務課）

042-481-7585（指導室）