

特別支援学校長

本指示書の指示期間

① 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

② 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

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		

※ 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。

※ 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 (_____)回に分けて注入

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)

※ 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)

 チューブ洗浄後の空気注入(_____ ml) 経口摂取可 注入内容物の変更可

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。

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
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。

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）

口腔内

吸引チューブの挿入長 看護師 ____ cm ・ 教員 ____ cm

持続吸引

鼻腔内

吸引チューブの挿入長 看護師 ____ cm ・ 教員 ____ cm

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。

喀痰等
の吸引

気管カニューレ内部

カニューレの種類（ ____ ） 内径 ____ mm カニューレの長さ ____ cm

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

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。

はここに記入してください。

例）吸引チューブは単回使用とする。

医療的
ケアの
内容

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（ ____ ）

酸素吸入（ ____ 濃/分）

常時同じ条件での酸素吸入 添付文書での指示あり

その他

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 ____ ）

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。

てんかん発作時の対応 発作止めと薬（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 添付文書での指示あり

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。

※原則では、保護者対応か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

医療的ケアの内容
緊急時の対応

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がございます。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。想定しう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。

医療機関

医療機関

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

①

主治医氏名

印

臨床指導医

印

学校医

学校医

令和 年

学校医

確認欄

新規の場合はこちらにご署名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けますようお願いいたします。

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。

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。

※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(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	<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、☑(チェック)をご記入願います。

令和 年 月 日

主治医氏名

印

「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」への添付文書 1枚中1枚目

次の児童生徒の酸素吸入について「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」に本書類を添付して補足します。

記入例、注意点

令和 7年 2月 25日

記入医師氏名 横浜太郎 印

対象者	氏名	関内 花子	生年月日	平成30年6月2日
	住所	神奈川県 横浜市 中区 関内1丁目1番地		

酸素吸入についての指示

	SpO ₂	酸素流量	対応
標準域	100% ~94%	0.5 ㍓/分~1 ㍓/分	SpO ₂ が標準域の場合、酸素流量を左記の範囲で調整可。
要対応	94%未満が 20分継続	2 ㍓/分	酸素増量後10分経っても、標準域に戻らない場合は緊急対応。 標準に戻った場合は、10分後標準域流量に戻す。 繰り返す場合には緊急対応する。
緊急対応	85%未満が 5分継続	5 ㍓/分	酸素流量増量と同時に救急搬送を要請する。

- 喀痰の貯留状態を確認し、必要なら吸引してから再度 SpO₂を確認してください。
- パルスオキシメーターは【左手の人差し指】につけて SpO₂を測定するようにしてください。
- 体温が【35度台】の時は、【まず保温して36度台に復帰】してから再度、SpO₂を確認してください。
- (その他留意点等) →
- (その他留意点等) →

記入上の注意

※標準域で調整可能な酸素流量の範囲は、上限で使用しても児童生徒に問題が生じない量としてください。
※要対応の内容については、具体的な指標と対応内容をご記入願います。
※酸素飽和度が、上下して、安定しない場合等、判断が困難な場合は、主治医にご連絡を差し上げることをあらかじめご承諾ください。

「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」への添付文書 3 枚中 1枚目

次の児童生徒の人工呼吸器使用時の安全確保について「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」に本書類および下記書類を添付して補足します。

- 添付文書(本書類) 人工呼吸器設定数値 メーカー連絡先等
簡易説明書等 その他()

記入例、注意点

令和 7年 2月 25日

記入医師氏名 横浜太郎 印

対象者	氏名	関内 花子	生年月日	平成30年6月2日
	住所	神奈川県 横浜市 中区 関内1丁目1番地		
人工呼吸器使用の事由等	<input checked="" type="checkbox"/> 気道の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 換気の補助 <input checked="" type="checkbox"/> ガス交換の維持・改善 <input type="checkbox"/> 今後人工呼吸器の使用時間を減らしていく。(見通し等) <input type="checkbox"/> 短期的に人工呼吸器からの離脱を目指している。(見通し等) (→ <input type="checkbox"/> ウィーニングあり→頻度) <input checked="" type="checkbox"/> 今後人工呼吸器の使用時間を増やしていく。 (見通し等 高等部ごろまでかかり徐々に) <input type="checkbox"/> その他特記事項等 筋ジスの進行により、昨年度より人工呼吸器使用開始した。QOL の維持向上のため、呼吸状況を見ながら、必要時は使用時間を増やしていく。			
使用時	<input type="checkbox"/> 24 時間 <input checked="" type="checkbox"/> 7:00~21:00(就寝中) <input type="checkbox"/> (その他条件)			
離脱可能時間	覚醒時 120 分程度 ・ 睡眠時 60 分程度			
着目すべきバイタルサインや設定値及び傾向や必要な対処	<input checked="" type="checkbox"/> 酸素飽和度 (頻回に96%を切る場合には、腹部の張りがある場合は、呑気と息止めが考えられるため、姿勢の変換等で、呼吸の再開を試みる。喘鳴があるようなら、吸引をする。それでも15分以上96%を切るようなら、医師に状況を報告し指示を受けてほしい。) <input checked="" type="checkbox"/> 毎分心拍 (通常90~110程度 120を15分以上超えるようなら医師に状況を報告し指示を受けてほしい。) <input checked="" type="checkbox"/> 一回換気量(画面表記 Vt) (通常140ml程度 120mlを頻回に切るようなら、痰の貯留を確認し、吸引の後、回復しなければ医師に状況を報告し指示を受けてほしい。) <input type="checkbox"/> 分時換気量(画面表記 _____) (傾向と対処) その他あれば以下に記載 <input type="checkbox"/> (傾向と対処) <input type="checkbox"/> (傾向と対処) <input type="checkbox"/> (傾向と対処) <input type="checkbox"/> (傾向と対処) <input type="checkbox"/> (傾向と対処)			
頻度が高い処理等	<input checked="" type="checkbox"/> 呼吸器回路の着脱、およびその際の警報音の処理 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸器回路の途中への人工鼻の着脱、およびその際の警報音の処理 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸器回路の結露水の処理(ウォータートラップの着脱含)、およびその際の警報音の処理 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器の電源切り替え、バッテリーの交換、およびその際の警報音の処理 <input checked="" type="checkbox"/> バギングによる換気(必要時 水泳学習 最長 10 分まで) <input type="checkbox"/> その他特に必要な対応等			
その他必要な留意点等	<p style="text-align: right;">※必要ない場合はチェックを外してください。</p>			