

**前橋市立学校・園における  
医療的ケアの実施等に関するガイドライン**

**令和8年8月  
前橋市教育委員会**

# 目次

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| はじめに .....                       | 1 |
| 1 目的 .....                       | 1 |
| 2 定義 .....                       | 1 |
| 3 医療的ケアの内容 .....                 | 1 |
| 4 対象者 .....                      | 2 |
| 5 実施に関する基本的方針 .....              | 2 |
| 6 実施の決定 .....                    | 3 |
| 7 医療的ケアの実施場所 .....               | 3 |
| 8 医療的ケアの実施手続き .....              | 3 |
| 9 医療的ケア対応看護師の業務 .....            | 4 |
| 10 緊急時の対応 .....                  | 4 |
| 11 連絡体制 .....                    | 4 |
| 12 実績報告 .....                    | 5 |
| 13 保護者の義務 .....                  | 5 |
| 14 校外学習や宿泊を伴う修学旅行等について .....     | 5 |
| 15 スクールバスの乗車について .....           | 5 |
| 16 ヒヤリハット等の事例蓄積と活用 .....         | 5 |
| 17 各種様式 .....                    | 6 |
| ○ 医療的ケア利用申請書（様式1－1）              |   |
| ○ 医療的ケア変更申請書（様式1－2）              |   |
| ○ 医療的ケア解除申請書（様式1－3）              |   |
| ○ 医療的ケア主治医指示書（様式2）               |   |
| ○ 医療的ケア実施決定通知書（様式3－1）            |   |
| ○ 医療的ケア利用検討結果通知書（様式3－2）          |   |
| ○ 医療的ケア利用解除通知書（様式3－3）            |   |
| ○ 個別医療的ケア計画書（様式4）                |   |
| ○ 学校における医療的ケアの開始について【保護者】（様式5－1） |   |
| ○ 学校における医療的ケアの開始について【学校】（様式5－2）  |   |
| ○ 同意書（様式6）                       |   |
| ○ 医療的ケア実施状況記録簿（様式7）              |   |
| ○ 医療的ケア実績報告書（様式8）                |   |
| ○ 医療的ケアに係るヒヤリハット及び事故報告書（様式9）     |   |
| <参考・引用資料>                        |   |

## はじめに

前橋市教育委員会では、平成 31 年 4 月から、看護師を配置した小学校において、医療的ケアを必要とする児童の受け入れを行ってきました。それに先立ち、「前橋市立学校における医療的ケア実施要綱」を策定し、医療的ケア児の教育の機会を確保するために、医療的ケア対応看護師の配置や、医療機関等の連携、安全配慮などの実施体制の構築を行いました。

令和 3 年 9 月に「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」が施行されました。同法では、医療技術の進歩に伴い、医療的ケア児が増加するとともにその実態が多様化している中、医療的ケア児及びその家族に対する地方公共団体や学校設置者の責務が示されました。

このようなことから、前橋市教育委員会では、医療的ケア児の受入れ及び医療的ケアの実施等について、基本的な考え方や各関係機関の役割、事務手続き等を示すガイドラインを策定しました。本ガイドラインに基づき、教育委員会を中心に、学校、保護者、医療機関等の関係者が連携して、医療的ケア児及びその家族の支援を行うことにより、子供の健全やかな成長や、安心して子供を生み、育てることができる社会の実現を目指していききたいと考えています。

## 1 目的

このガイドラインは、恒常的に医療的ケアを必要とする幼児児童生徒が在籍する前橋市立幼稚園、小中学校、高等学校及び特別支援学校（以下「学校園」という）で行う医療的ケアについて、その実施に関する総合的な基準を示すとともに、実施上の配慮事項、適切な校内実施体制等について定めたものである。

医療的ケアを実施する学校園においては、このガイドラインに基づき、主治医の指示のもとに、医療的ケア対応看護師と教員等が十分に連携し、医療的ケア児が安全・健康で安定した学校生活を送ることができるよう校内実施体制の整備を図るようにする。

## 2 定義

医療的ケアとは、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」第 2 条に定める医療行為をいう。また、医療的ケア児とは、同法第 2 条 2 において定める「日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童」をいう。

## 3 医療的ケアの内容

学校園で実施対象とすることができる主な医療的ケアは、次の表のうち、医療的ケア児の主治医が、学校園において医療的ケア対応看護師が当該医療的ケアを行うことに支障が

ないと認めたものとする。

| 項 目                   | 概 要                                                                                                                 |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 喀痰吸引                  | 筋力の低下等により痰や唾液、鼻汁などを自力では十分に排出することが困難な場合、吸引器による痰の吸引を行う。                                                               |
| 経管栄養                  | 口から十分に栄養が取れない場合に、鼻または口から胃または腸まで挿入したチューブや、直接胃に挿入したチューブ（胃ろう）、直接腸に挿入したチューブ（腸ろう）で、流動食や栄養剤を注入する。                         |
| 導尿                    | 自力で排尿が難しい場合に、尿道から膀胱に細い管を挿入し尿を出す。成長に伴い自分で導尿ができるようになり、身体介助や清潔操作の介助のみの場合は、医行為には当たらない。                                  |
| 気管切開部の管理              | 気道閉塞がみられる場合や長期に人工呼吸器を装着する場合に、のどに穴をあけて（気管切開）、カニューレ（管）を入れて、呼吸をしやすくする。また、穴から気道に溜まった痰や異物を吸引することもある。                     |
| 人工呼吸器による呼吸管理（酸素療法を含む） | 呼吸機能の低下によりうまく呼吸ができない場合に、呼吸を人工的に管理するための医療機器を装着し、呼吸の補助をする。<br>体内の酸素維持が困難な場合は、酸素供給装置等から体内酸素が適正に保てるよう、医師の指示に従って酸素を供給する。 |
| 人工肛門（ストーマ）の管理         | 肛門から弁を出すことが困難な場合に、腹部に穴を造設して便の出口を作り、ストーマ装置で便を受ける。                                                                    |
| 血糖値測定・インスリン注射         | 糖尿病等で生理的に適正な血糖が維持できない場合、随時血糖測定を行い、医師の指示に従ってインスリンの投与もしくは補食による糖補充を行う。                                                 |

#### 4 対象者

学校園に在籍する医療的ケアを常時必要とする医療的ケア児のうち、保護者から医療的ケア対応看護師配置・派遣の依頼があり、主治医から学校における医療的ケアの指示が出ているものとする。

#### 5 実施に関する基本的方針

医療的ケア児の可能性を最大限に発揮させ、将来の自立や社会参加のために必要な力を培うという視点をもち、以下の方針に沿って医療的ケアを実施する。

- (1) 疾患が相対的に安定した後の状態に対応して行われるものであり、必要性については主治医や学校関係者の意見を参考に慎重に判断する。

- (2) 対応に当たっては、保護者からの依頼に基づき、主治医の具体的な指示と許可を得た後、必要な手続きを経て行う。
- (3) 主治医からの指導・助言により、学校園に配置された看護師が対応する。
- (4) 医療資格者の指導・助言及び援助が受けられる体制を整備する。
- (5) 実施に当たって学校園と看護師が協議のもと個別マニュアル(緊急対応マニュアルを含む)を作成し、そのマニュアルにより行う。
- (6) 医療的ケアの実施記録をとる。

## 6 実施の決定

医療的ケアの実施決定は、保護者の依頼に基づき、医療的ケア実施上の手続きを進め、最終決定は教育委員会が行う。

医療的ケア実施の可否を判断する場合、教育委員会は、主治医や学校関係者、医療的ケア児等支援連携推進会議（福祉部障害福祉課主管）の意見を参考にする。

なお、医療的ケア対応看護師の任用に係る要綱については、別に定める。また、医療的ケア対応看護師の配置に係る経費は、教育委員会が負担する。

## 7 医療的ケアの実施場所

医療的ケアは、原則として学校園の施設内において実施する。ただし、校外学習等施設外で実施する場合は、学校園は事前に主治医の指導を受けるとともに、保護者と協議する。

## 8 医療的ケアの実施手続き

医療的ケアの実施手続きは、次により行うものとする。

- (1) 医療的ケアを受けようとする児童等の保護者は、医療的ケア利用申請書（様式 1－1）に医療的ケア主治医指示書（様式 2）（以下「指示書」という）を添えて、在籍学校長又は園長（未就学児の場合は、就学予定の学校長）（以下校長等）を経由し、教育委員会教育長あて申請する。申請は随時受け付けるが、原則 11 月末までに申請があったものについて、次年度当初からの医療的ケア実施の検討を行う。申請してすぐに実施開始にならないことを十分に説明する。
- (2) 教育委員会は、医療的ケアの実施の可否を検討する。その際、主治医や学校関係者、医療的ケア児等支援連携推進会議の意見を参考にする。実施が適当と認めたときは、医療的ケア実施決定通知書（様式 3－1）により保護者に通知する。また、実施が適当でないと認めたときは、その理由を添えて、医療的ケア利用検討結果通知書（様式 3－2）により保護者に通知する。
- (3) 保護者と教育委員会は、医療的ケアの実情及び指示書に基づいて、個別医療的ケア計画書（様式 4）（以下「計画書」という）を作成する。保護者は、必要に応じて主治

- 医に確認してもらうようにする。教育委員会は、医療的ケア開始通知書（様式 5 - 1・2）に計画書を添えて、当該学校園及び保護者に送付する。
- (4) 保護者は、計画書の内容を再度確認の上、同意書（様式 6）を作成し、校長等を経由し教育委員会教育長あて提出する。
- (5) 医療的ケアの利用は、年度ごとに更新する。
- (6) 主治医の指示により医療的ケアの内容を年度内に大きく変更する場合は、保護者は速やかに医療的ケア変更申請書（様式 1 - 2）に変更点が明記された指示書を添えて、校長等を経由し教育委員会教育長あて提出する。
- (7) 教育委員会は、変更内容を検討し、実施が適当と認めたときは、医療的ケア実施決定通知書（様式 3 - 1）により保護者に通知する。また、実施が適当でないと認めたときは、その理由を添えて、医療的ケア利用検討結果通知書（様式 3 - 2）により保護者に通知する。
- (8) 医療的ケアの利用中止を希望する保護者は、医療的ケア利用解除申請書（様式 1 - 3）により、校長等を経由し教育委員会教育長あて申請する。
- (9) 教育委員会は、医療的ケアの利用解除の可否を検討し、利用解除が適当と認めたときは、その理由を添えて、医療的ケア利用解除通知書（様式 3 - 3）により保護者に通知する。

## **9 医療的ケア対応看護師の業務**

看護師は、次に掲げる業務を行うものとする。

- (1) 医療的ケアについて、主治医の指示又は保護者から説明を受け、指示書及び計画書に基づいて実施する。
- (2) 医療的ケア実施状況記録簿（様式 7）を作成し、当該医療的ケア児の健康状態や医療的ケアの実施状況について、保護者や教職員（担当教員、養護教諭等）と十分な情報交換を行う。
- (3) 医療的ケア児等の学校生活の支援・介助を行う。
- (4) その他、校長の指示する内容を行う。

## **10 緊急時の対応**

校長等は、個別の緊急マニュアルを作成し、該当する医療機関、消防署等と協議し、緊急時の連携体制を整える。

## **11 連絡体制**

校長等は、医療的ケアの実施に当たり、あらかじめ保護者、主治医、学校医その他関係機関と連携体制を整備する。また、教職員の十分な連携のもと、安全かつ適切な医療的ケ

アを実施するために、医療的ケアに係る校内委員会を設置する。

## **1 2 実績報告**

校長等は、毎月、看護師の勤務実績を確認の上、医療的ケア実績報告書（様式 8）を作成し、医療的ケア実施状況記録簿（様式 7）の写しを添付して、翌月 3 日までに教育委員会に提出する。

## **1 3 保護者の義務**

保護者は、次に掲げる事項について義務を負う。

- (1) 医療的ケア実施状況記録簿（様式 7）により、児童等の健康状態を知らせるとともに、実施状況を確認すること。
- (2) 学校園が個別の緊急マニュアルを作成する際に協力すること。
- (3) 指示書作成等に係る経費や医療的ケアを実施するにあたり個別的に必要なとする物品を負担すること。
- (4) 看護師が不在の時、医療的ケアを実施すること。

## **1 4 校外学習や宿泊を伴う修学旅行等について**

原則、医療的ケア対応看護師が同行し、医療的ケアを実施する。ただし、特に必要な場合やバスなどに乗車できない場合の送迎等は、保護者に依頼することとする。参加の可否については、保護者の希望や主治医の見解を十分に検討した上で決定する。

学校園は、体調確認に加え、行先や活動内容について事前に十分な安全対策を検討するとともに、保護者に活動内容を説明し理解を得たり、主治医の了解を得たりする。また、あらゆる危険性を想定して、緊急時の対応について行動計画を作成する。

特に、泊を伴う修学旅行等については、活動場所や宿泊場所ごとに迅速に救急搬送できる病院等を調べ、事前に依頼しておく。

## **1 5 スクールバスの乗車について**

医療的ケア児のスクールバスの乗車については、医療的ケアの状態や主治医等の意見を踏まえて、教育委員会が個別に判断する。具体的には、運行中に医療的ケアを必要とせず、乗車当日の健康面に心配がなく、安全性が確保される場合には乗車可能とする。

なお、スクールバスには、医療的ケア対応看護師は乗車しない。緊急時の対応については、スクールバス乗車時緊急マニュアル等を作成し、マニュアルに沿って対応する。

## **1 6 ヒヤリハット等の事例蓄積と活用**

重大な事故を防ぐために、どんな些細なことでも報告し、関係者（医療的ケア対応看護

師、担当教員、養護教諭、保健主事、管理職等）で発生状況や今後の対策について情報を共有する。ヒヤリハット等の事例発生時、校長は、様式 9 により教育委員会に報告する。教育委員会は、医療的ケア実施校に情報提供を行うとともに、医療的ケア児等支援連携協議会に情報提供を行い、研修や実施体制の改善・充実に活用する。

## 1 7 各種様式

- 医療的ケア利用申請書（様式 1－1）
- 医療的ケア変更申請書（様式 1－2）
- 医療的ケア解除申請書（様式 1－3）
- 医療的ケア主治医指示書（様式 2）
- 医療的ケア実施決定通知書（様式 3－1）
- 医療的ケア利用検討結果通知書（様式 3－2）
- 医療的ケア利用解除通知書（様式 3－3）
- 個別医療的ケア計画書（様式 4）
- 学校における医療的ケアの開始について【保護者】（様式 5－1）
- 学校における医療的ケアの開始について【学校】（様式 5－2）
- 同意書（様式 6）
- 医療的ケア実施状況記録簿（様式 7）
- 医療的ケア実績報告書（様式 8）
- 医療的ケアに係るヒヤリハット及び事故報告書（様式 9）

様式 1 - 1

令和 年 月 日  
医療的ケア利用申請書（令和 年度）

前橋市教育委員会教育長 様

申請者氏名  
住所

市立学校における医療的ケアを利用したいので、医療的ケア主治医指示書を添えて下記のとおり申請します。

記

- 1 利用者 氏名 \_\_\_\_\_（申請者との関係 \_\_\_\_\_）  
生年月日 平成・令和 年 月 日生 性別 男・女  
在籍学校（園） 前橋市立 \_\_\_\_\_ 学校・幼稚園 第 \_\_\_\_\_ 学年・年

- 2 利用したい医療的ケアの内容（該当する内容に☑してください）

| 項 目   | 指示事項                                                                                                                                                                                                                                    | 留意点 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ①吸引   | <input type="checkbox"/> 口腔内吸引<br><input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引<br><input type="checkbox"/> 気管内吸引<br><input type="checkbox"/> カニューレ内吸引                                                                                                 |     |
| ②経管栄養 | <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養<br><input type="checkbox"/> 胃ろう<br><input type="checkbox"/> 腸ろう                                                                                                                                         |     |
| ③その他  | <input type="checkbox"/> 導尿<br><input type="checkbox"/> 気管切開部の管理<br><input type="checkbox"/> 呼吸管理（酸素療法を含む）<br><input type="checkbox"/> 人工肛門（ストーマ）の管理<br><input type="checkbox"/> 血糖値測定・インスリン注射<br><input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |     |

- 3 利用したい医療的ケアの期間  
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

- 4 緊急連絡先

| 氏名（本人との関係）       | 電話番号 | 住 所 |
|------------------|------|-----|
| ① _____（ _____ ） |      |     |
| ② _____（ _____ ） |      |     |

様式 1 - 2

令和    年    月    日

医療的ケア変更申請書

前橋市教育委員会教育長 様

申請者氏名

住所

市立学校における医療的ケアの内容を変更したいので、医療的ケア主治医指示書を添えて下記のとおり申請します。

記

1 利用者 氏名 \_\_\_\_\_ (申請者との関係 \_\_\_\_\_)

生年月日 平成・令和    年    月    日生 性別 男・女

在籍学校(園) 前橋市立                      学校・幼稚園 第    学年・年

2 変更希望年月日 令和    年    月    日

3 変更の理由

様式 1 - 3

令和    年    月    日

医療的ケア解除申請書

前橋市教育委員会教育長 様

申請者氏名

住所

市立学校における医療的ケアの解除を下記のとおり申請します。

記

1 利用者 氏名 \_\_\_\_\_ (申請者との関係 \_\_\_\_\_ )

生年月日 平成・令和    年    月    日生 性別 男・女

在籍学校(園) 前橋市立                  学校・幼稚園 第    学年・年

2 解除希望年月日 令和    年    月    日

3 解除の理由

医療的ケア主治医指示書

下記の幼児児童生徒の市立学校における医療的ケアの実施に係る指示は以下のとおりです。

記

1 対象児（者） 氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女  
生年月日 平成・令和 年 月 日生（ 歳）

2 病名・診断名

3 病状及び経過

4 実施する医療的ケア

| 項 目   | 指示事項                                                                                                                                                                                                                              | 留意点 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ①吸引   | <input type="checkbox"/> 口腔内吸引<br><input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引<br><input type="checkbox"/> 気管内吸引<br><input type="checkbox"/> カニューレ内吸引                                                                                           |     |
| ②経管栄養 | <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養<br><input type="checkbox"/> 胃ろう<br><input type="checkbox"/> 腸ろう                                                                                                                                   |     |
| ③その他  | <input type="checkbox"/> 導尿<br><input type="checkbox"/> 気管切開部の管理<br><input type="checkbox"/> 呼吸管理（酸素療法を含む）<br><input type="checkbox"/> 人工肛門（ストーマ）の管理<br><input type="checkbox"/> 血糖値測定・インスリン注射<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |     |

5 医療的ケアに対する意見

(1) 市立学校での看護師による医療的ケアを受けることが適当か不適当か、どちらかに○をつけてください。また、不適当な場合はその理由をご記入ください。

適当 ・ 不適当（理由： ）

(2) 医療的ケアの頻度で適当なものに○をつけてください。また、理由があればご記入ください。（常時は常に看護師を配置。定時は決まった時間に看護師を派遣）

常時の医療的ケア ・ 定時の医療的ケア（頻度： ）・ 緊急時のみの対応（理由： ）

6 緊急時の対応

|             |          |
|-------------|----------|
| 連絡先・電話番号    | ・電話番号（ ） |
| 主治医不在時の対応方法 |          |

医療機関名

医 師 氏 名

印

様式3－1

令和 年 月 日

医療的ケア実施決定通知書

様

前橋市教育委員会  
教育長

市立学校における医療的ケアの利用の申請について、検討したところ下記のとおり実施することとなりましたので通知します。

記

1 利用児（者）氏名

2 利用期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

3 実施する場所 前橋市立 学校・幼稚園

4 実施する医療的ケアの内容

5 その他

医療的ケアを実施するにあたり、以下の点をお願いします。

- (1) 医療的ケア実施状況記録簿（様式7）により、児童等の健康状態を知らせるとともに、実施状況を確認すること。
- (2) 学校が個別の緊急マニュアルを作成する際に協力すること。
- (3) 指示書作成等に係る経費や医療的ケアを実施するにあたり個別的に必要なとする物品を負担すること。
- (4) 看護師が不在の時、医療的ケアを実施すること。

様式3－2

令和 年 月 日

医療的ケア利用検討結果通知書

様

前橋市教育委員会  
教育長

市立学校における医療的ケアの利用の申請について、検討したところ下記の理由により今回は実施を見合わせる事となりましたので通知します。

記

- 1 利用希望児（者）氏名
- 2 申請した医療的ケアの内容
- 3 見合わせる理由

様式 3 - 3

令和    年    月    日

医療的ケア利用解除通知書

様

前橋市教育委員会  
教育長

令和    年    月    日付で利用の決定を行った医療的ケアについて検討したところ、下記の理由により利用の解除を決定しましたので通知します。

記

- 1    利用児（者）氏名
- 2    解除年月日      令和    年    月    日
- 3    解除の理由

様式 4

個別医療的ケア計画書

作成 令和    年    月    日

作成者氏名

児童生徒氏名

実施時間

実施条件

必要な器具、物品等

| 医療的ケア | 実施手順 | 留意事項 |
|-------|------|------|
|       |      |      |
|       |      |      |
|       |      |      |

様式 5 - 1

令和    年    月    日

様

前橋市教育委員会

教育長

市立学校における医療的ケアの開始について

別添個別医療的ケア計画書に基づき、下記のとおり医療的ケアを開始することとなりましたので通知します。

記

開始日      令和    年    月    日

以上

様式 5 - 2

令和     年     月     日

前橋市立            学校長・幼稚園長   様

前橋市教育委員会

教育長

市立学校における医療的ケアの開始について

このことについて、別添個別医療的ケア計画書に基づき、下記のとおり医療的ケアを開始することとなりましたので通知します。

記

1   対象児（者）氏名

2   開始日            令和     年     月     日

以上

様式 6

同 意 書

前橋市教育委員会教育長 様

市立学校における医療的ケアの開始について通知を受けました。個別医療的ケア計画に基づく医療的ケアに同意します。

令和 年 月 日

住所

利用児（者）氏名

保護者氏名

印

様式 7

※医療的ケアの内容等によって項目を変更  
医療的ケア実施状況記録簿（ 家庭 ⇄ 学校 ）

前橋市立          学校・幼稚園 第          学年・年          利用児（者）氏名

看護師氏名

医療的ケアの内容   経管栄養・酸素吸入・吸引

|          |                | 実 施 日 |     |     |     |     |
|----------|----------------|-------|-----|-----|-----|-----|
|          |                | 月 日   | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 |
| 始業前の健康観察 | 体温             |       |     |     |     |     |
|          | 体調             |       |     |     |     |     |
|          | 注入内容、量<br>実施時刻 |       |     |     |     |     |
|          | 特記事項           |       |     |     |     |     |
|          | 保護者の印          |       |     |     |     |     |
| 園・学校での様子 | 機器の作動<br>衛生状態  |       |     |     |     |     |
|          | 体温             |       |     |     |     |     |
|          | 注入内容、量<br>実施時刻 |       |     |     |     |     |
|          | 注入中の様子<br>中断等  |       |     |     |     |     |
|          | 特記事項           |       |     |     |     |     |
|          | 看護師の印          |       |     |     |     |     |
| 帰宅後の様子   | 体温             |       |     |     |     |     |
|          | 体調             |       |     |     |     |     |
|          | 保護者の印          |       |     |     |     |     |

様式 8

令和      年      月      日

医療的ケア実績報告書（ 月分）

前橋市教育委員会

教育長 様

前橋市立 学校・幼稚園

校長・園長 公印

このことについて、別添写しのとおり学校・幼稚園における医療的ケアの実施状況を報告します。

様式 9

医療的ケアに係るヒヤリハット及び事故報告書

提出日 令和 年 月 日

記入者氏名

|                      |                                                                                                                           |     |     |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 学 校 名                | 前橋市立                                                                                                                      | 年 組 | 男・女 |
| 氏 名                  |                                                                                                                           | 年齢  | 歳   |
| 発 生 日 時              | 令和 年 月 日 時 分                                                                                                              |     |     |
| 発 生 場 所              |                                                                                                                           |     |     |
| 医療的ケアの内容             |                                                                                                                           |     |     |
| 発生時の状況と経過            |                                                                                                                           |     |     |
| 実施した処置と<br>その後の経過    | 病院受診： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 医師の診断書： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |     |     |
| 原 因                  |                                                                                                                           |     |     |
| 今後の対応と再発<br>防止に向けた取組 |                                                                                                                           |     |     |
| 保護者への説明              | 説明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（面談：電話） ※ 説明内容を記入                                                |     |     |

#### ＜参考・引用資料＞

- ・ 「学校における医療的ケアの今後の対応について」  
(平成 31 年 3 月 20 日付、文科初第 1769 号文部科学省初等中等教育局長通知)
- ・ 「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」(令和 3 年法律第 8 1 号)
- ・ 「学校における医療的ケア実施ガイドライン」、福井県教育委員会、令和 3 年 3 月
- ・ 「小学校等における医療的ケア実施支援資料 ～医療的ケア児を安心・安全に受け入れるために～」、文部科学省初等中等教育局特別支援教育課、令和 3 年 6 月
- ・ 「高知県における医療的ケア実施体制ガイドライン」、  
高知県教育委員会、令和 4 年 3 月
- ・ 「東村山市立学校における医療的ケアの実施等に関するガイドライン」、  
東村山市教育委員会、令和 4 年 3 月
- ・ 群馬県「学校における医療的ケア」実施ガイドライン  
群馬県教育委員会、令和 8 年 3 月