

**練馬区立小中学校・保育園・幼稚園な
どにおける障害児等支援方針
(対応の手引き)**

平成 29 年 (2017 年)

練馬区教育委員会

目 次

I	連携支援会議について.....	1
II	連携支援シートの活用について.....	2
III	医療的ケアについて.....	3
IV	子どものライフステージごとの相談支援窓口について....	5
(巻末資料)		
	資料1 (連携支援シート)	6
	資料2 (医療的ケアにかかる書類様式)	8
	資料3 (緊急対応マニュアル)	15
	資料4 (緊急時個別対応カード)	16

I 連携支援会議について

教育・保育・福祉・保健等、区の各部門の職員からなる「連携支援会議」を設置し、情報の連携を図ります。

(1) 開催時期

子どもの受入れに関わる課（以下「所管課」といいます。）が事務局（以下（3）に記入）との協議を行い、協議の結果、開催が必要と考えられる場合に実施します。

- ①関係する課や施設等が複数に及ぶことにより、電話等の手段では連携が困難な場合
- ②子どもの状況から、関係者が一堂に会して情報交換を行う必要がある場合
- ③その他、開催を必要と認める場合

(2) 会議での検討事項

①子どもに関する情報の共有

区の各部門が保有している情報を共有します。区立学校・学童クラブ・保育園・幼稚園など（以下「施設等」といいます。）で受入れを行っている場合は、当該施設等の職員から子どもの状況の聞き取りを行います。その他の場合は、子どもの情報を保有している所管課から聞き取りを行います。

②子どもへの支援手段の確認

子どもへの支援手段として有効であると考えられるものを出席者が確認します。

③医学的な所見の確認など

主治医や施設の嘱託医からの情報がある場合は、その情報についても出席者が確認します。

(3) 会議開催の手続きについて

会議の事務局は教育振興部学務課就学相談係長・こども家庭部子育て支援課子ども育成係長および保育課管理係長とします。総括事務局は学務課就学相談係長とします。総括事務局は連携支援会議を代表します。学童クラブ・保育園への連絡や情報のとりまとめなどについては、学務課からの依頼に基づいて原則として子育て支援課または保育課が行うものとします。

<連携支援会議の開催手順>

①（子どもの氏名等の報告）

情報連携が必要な場合は、所管課が子どもの氏名等を総括事務局に

報告します。対象となる子どもの氏名等を会議の出席者に対して通知します。出席者は、子どもの状況について保有する情報を準備して会議に臨みます。なお、情報の提供を行う所管課はあらかじめ書面等により、保護者の同意を得ておくものとします。

②（会議の出席者）

会議には、所管課のほか子どもへの支援に関係している課（以下「関係課」といいます。）の職員が出席します。出席者は関係課の係長級職を中心としますが、必要に応じて施設長や職員等、子どもの状況を把握している者が出席するものとします。出席者は総括事務局が関係課と協議し決定します。なお、外部機関（医療機関や東京都教育委員会など）の出席が必要な場合も、総括事務局が同様に取扱います。

③（開催場所）

会議を開催する場所は、出席者の利便を考えながら、総括事務局が個別に設定します。

II 連携支援シートの活用について

連携支援会議で活用するため、連携支援シートを作成します。シートは保護者の同意のもとに作成することとし、乳幼児期も含めて区が保管している情報を記載します。

（1）シートの作成について

連携支援会議で話し合いを行うたびに新たなシートを作成します。その前に作成したシートがある場合は、合わせて保管しておくものとします。

（2）連携支援シートの記入および保管

連携支援会議で得た情報は、連携支援シートに記入します。記入および保管は子どもの受入れに関わっている所管課とします。

（対象の子どもが教育委員会所管の施設に在籍している場合）⇒それぞれの所管課が記入し保管します。

（対象の子どもが教育委員会所管の施設に入学・入所する場合）⇒入学・入所を予定している所管課が記入し保管します。なお、小学校と学童クラブが同時に受入れ先となる場合は、学務課が原本を記入保管し、子育て支援課は写しを保管します。また、受入れ困難と判断された子どもについては、それまで受入れを行っていた施設の所管課が引き続きシートを保管します。

(対象の子どもが区教育委員会の所管ではない施設に入学・入所する場合)
⇒最後に連携支援シートを保管していた課が記入し保管します。

(例) 区立中学校から都立高等学校に進学する場合で、都教育委員会と情報連携を行う場合など

- (3) 連携支援シートについて
巻末資料1のとおり

Ⅲ 医療的ケアについて

- (1) 医療的ケアにかかる書類様式について (巻末資料2)

- ①医療的ケア実施申請書 (第1号様式)
- ②主治医指示書 (第2号様式-1)
- ③医療的ケア実施可否決定通知書 (第3号様式)

上記の書類については、区立小中学校・学童クラブ・保育園・幼稚園における共通様式とします。なお、施設ごとに主治医指示書(第2号様式-2)を定めます。これ以外に作成を要する書類については、所管課が個別に対応することとします。

- (2) 申請から実施可否決定までのながれについて

所管課は必要に応じて、申請書等の保護者への配布・保護者からの受領・起案等の手続を行います。また、保護者への対応については所管課が行うことを基本とします。

- ①保護者が「医療的ケア実施申請書(第1号様式)」を所管課に提出するとともに総括事務局に対して申請書の写しを提出します。
- ②所管課は保護者を介して、主治医に対して「主治医指示書(第2号様式-1)(第2号様式-2)」の作成を依頼します。また、所管課は必要に応じて校医・園医等の関係医の意見を聞くこととします。
- ③総括事務局は、医療的ケア利用検討会を設定し、関係者に対して招集を行います。
- ④医療的ケア利用検討会にて実施の可否を決定します。
- ⑤所管課が保護者に対して「医療的ケア実施可否決定通知書」を送付します。

- (3) 実施可となった場合のその後の手続きについて

- ①所管課は主治医を訪問し、施設での医療的ケアが実施可となったことを説明のうえ、ケアの留意点等必要な指示を受けます。この際は、可能な限り保護者と看護師が同行するものとします。
- ②総括事務局は、医療的ケア連携会議を設定し、関係者に対して招集を行

い情報の連携を行います。ただし、医療的ケア利用検討会の開催によりこれに代えることができるときは、この限りではありません。

(4) 継続して医療的ケアを実施している子どもに関する手続きについて

手術等により本人の状況に変化があったとき、主治医または校医・園医から新たな指示があったときは、原則として医療的ケア連携会議を開催し、関係者間で情報の共有を図ります。その際は、必要に応じて主治医から新たな指示書を提出してもらうこととします。

また、本人の状況に大きな変化がない場合においても、総括事務局は少なくとも年に1回、医療的ケア連携会議を開催し、子どもの状況に関する情報の共有を行うように努めます。

(5) 看護師の任用および配置について

看護師の任用および配置に関する事務局は、学務課就学相談係長・子育て支援課子ども育成係長とします。なお、事務局については保育園での医療的ケア試行期間が終了する平成29年度末に見直しを行います。

(任用について)

看護師の任用は非常勤職とします。複数の看護師が交代制により勤務します。

(配置について)

看護師の配置については教育委員会として一元的に管理し、支援の必要な児童・生徒の状況に応じて小中学校・学童クラブ・保育園・幼稚園に配置を行います。

(6) 看護師への研修について

安全適切に医療的ケアを実施するために、看護師への研修を実施します。事務局は保育課看護指導担当係とします。研修にあたっては、関係機関との連携を生かすものとし、必要に応じて外部機関に研修の実施を委託します。

(採用時新任研修)

①施設職員または看護師等から本人状況および緊急対応の手引き等の説明を実施

②看護師による医療的ケアの手技を見学

③看護師立ち会いのもと、新任看護師が医療的ケアの手技を実施

④その他必要と認められる研修を実施

(現任看護師への研修)

①ヒヤリハット事例等に基づいた安全管理研修

②幼児小児救命講習

③医療技術向上に関する研修

- ④その他必要と認められる研修を実施
- (7) 緊急対応の手引きについて
 - ①緊急対応マニュアル（巻末資料3）
 - ②緊急時個別対応カード（巻末資料4）
- (8) 医療的ケア実施の際に必要なとなる書面等の費用負担について
 - ①主治医指示書等、医療機関に作成を依頼する書面の作成費用（文書作成料）は、保護者負担とします。
 - ②実施の際に必要なとなる機器類（吸引器等）や個人的に必要なとなる消耗品は保護者の負担とします。
 - ③他の子どもに対しても使用することができる消耗品（マスク・ガーゼ等）は施設の負担とします。

IV 子どものライフステージごとの相談支援窓口について

区民が区に対して子どもに関する相談を行う場合、相談先の窓口が不明であるときは、まず以下の窓口が対応を行い、責任をもって適切な問い合わせ先につなぐものとする。

ライフステージ	対応窓口
乳児期	保健相談所地域保健係
幼児期（保育園）	保育課管理係
幼児期（幼稚園）	学務課幼稚園係
学齢期（学校に関すること）	学務課就学相談係
学齢期（学童クラブに関すること）	子育て支援課こども育成係

練馬区教育委員会 連携支援シート（巻末資料1）

（作成日 年 月 日）

現在の所属施設名： _____

①氏名（ふりがな） および性別	男 ・ 女
②生年月日・年齢	歳
③住所・連絡先	Tel ()
④家族状況 （保護者・兄弟姉妹の状況 など）	
⑤障害名・疾病の状況 （入院歴含む）	
⑥教育歴・療育歴	
⑦手帳の所持状況および 障害支援区分	身体障害者手帳（ 級） 交付日： 愛の手帳（ 度） 交付日： 精神障害者保健福祉手帳（ 級） 交付日： 障害支援区分
⑧現在課題となっている こと	
⑨必要と思われる支援	食事： 排泄： 移動： コミュニケーションに際して： その他：

⑩主治医および連絡先	(障害にかかわる主治医) (かかりつけ医)
⑪薬名および種類	
⑫アレルギーの有無	有 ・ 無 (有の場合) 食事 () 服薬 () その他 ()
⑬医療的ケアの状況	
⑭メンタルケアの要否	要 ・ 否 (要の場合、その状況)
⑮保護者の希望	
⑯その他	

記入者所属： _____

記入者氏名： _____

(巻末資料2)

保護者記入

第1号様式

年 月 日

課長 様

申請者住所： _____

保護者氏名： _____ 印

連絡先電話番号： _____

医療的ケア実施申請書

練馬区立 _____ において、医療的ケアの実施を下記のとおり申請いたします。なお、医療的ケアの実施に向けての手續に利用する場合に限り、区が利用者本人の個人情報の利用ならびに主治医等への情報提供や問い合わせを行うことに同意します。

また、別紙の同意事項については、承諾いたしました。

記

1 医療的ケアの実施を申請する児童・生徒について

氏名（ふりがな） 性別	_____ 男 ・ 女
生年月日	_____ 年 月 日
主たる疾患	_____
申請先施設名	_____

2 申請理由

3 申請する医療的ケアの内容

裏面もご記入ください。

4 主治医について

医師名	
医療機関名	(科)
住所	
電話番号	

5 緊急時の対応について

(搬送の目安／対応処置／緊急搬送先等)

標記の件について、練馬区立 で看護師が実施可能であるため、以下のとおり指示いたします。

指示期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

児童氏名	男 ・ 女	生年月日
		年 月 日 (才)
施設名		
病名(基礎疾患名)		
服薬状況		

※ 該当する指示内容に (チェック)・数値等の記入をしてください。

喀 痰 吸 引	<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 ・鼻からの挿入の長さ () c m ・口からの挿入の長さ () c m ※持続吸引の必要性 (無 ・ 有) ・部位 (鼻 ・ 口) ・吸引カテーテルのサイズ () Fr. ・吸引圧 () KPa ・注意事項 ()
	<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. ・吸引圧 () KPa ・カニューレ入口からの挿入の長さ () c m ・注意事項 ()
	<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 ・エアウェイから吸引カテーテル挿入の長さ () c m ・注意事項 ()
吸 入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・吸入時間 (:) (:) ・吸入薬内容 / 量 (/) (/) ・注意事項 ()
【緊急時の対応】	
【活動時の配慮事項】	
【その他】	

練馬区教育委員会事務局 _____部 _____課長様 平成 年 月 日

医療機関名： _____

所在地(TEL)： _____ 医師名 _____

医療的ケア主治医指示書

医師記入

標記の件について、練馬区立 で看護師が実施可能であるため、以下のとおり指示いたします。 指示期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

児 童 氏 名	男 女	生 年 月 日 年 月 日 (才)
施 設 名		
病名(基礎疾患名)		
服 薬 状 況		

※ 該当する指示内容に☑（チェック）・数値等の記入をしてください。

経 管 栄 養	【種類】 <input type="checkbox"/> 経鼻留置カテーテル <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 サイズ () Fr. 挿入の長さ () cm
	<input type="checkbox"/> 栄養剤注入 ・ 栄養剤 実施時間 (:) (:) ・ 内容・量 () ・ 注入時間 (分～ 分) <input type="checkbox"/> 胃残量が () 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）の場合は () <input type="checkbox"/> その他、胃残の状態に異常があるときの対応 ()
	<input type="checkbox"/> 水分注入 実施時間 (:) (:) ・ 内容 () ・ 1回量 () ・ 注入時間 (分～ 分) <input type="checkbox"/> 胃残量が () 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）の場合は () <input type="checkbox"/> その他、胃残の状態に異常があるときの対応 ()
	<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 ・ 注入前 ・ 注入中 ・ 注入後 ・ その他 (:) ・ 注意点など ()
	【緊急時の対応】
	【活動時の配慮事項】
	【その他】
	練馬区教育委員会事務局 _____ 部 _____ 課長様 平成 年 月 日 医療機関名： _____ 所在地(Tel)： _____ 医師名 _____

医療的ケア主治医指示書

医師記入

標記の件について、練馬区立 で 看護師が実施可能であるため、以下のとおり指示いたします。

指示期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

児 童 氏 名	男・女	生年月日 年 月 日 (才)
施 設 名		
病名(基礎疾患名)		
服 薬 状 況		

※ 該当する指示内容は□にレ点で、数値等は直接記入をしてください。

導 尿	【回数】 回 (実施時間)
	<input type="checkbox"/> カテーテルの種類 () <input type="checkbox"/> 尿道に挿入する長さ (約 cm) <input type="checkbox"/> カテーテルのサイズ () Fr <input type="checkbox"/> 注意点等
	用手圧迫必要の有無 (可 不可)
【緊急時の対応】	
【活動時の配慮事項】	【その他】

練馬区教育委員会事務局 _____部 _____課長様 平成 年 月 日

医療機関名： _____

所在地(Tel)： _____ 医師名 _____

様

課長

医療的ケア実施可否決定通知書

申請のありました医療的ケアについて、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

- 1 児童・生徒名
- 2 決定内容（いずれかにレ点をつける）

実施可

主治医からの指示に基づき、下記の医療的ケアを実施します。

医療的ケアの内容：_____

実施否

次の理由により、医療的ケアを実施することはできません。

(理由)

--	--

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、練馬区教育委員会に対して、審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

また、この処分については、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、練馬区を被告として（訴訟において練馬区を代表する者は練馬区教育委員会となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、前記の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に提起しなければなりません（なお、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、当該裁決の日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

【緊急対応マニュアル】(巻末資料3)



周囲の状況確認

- ① 負傷・急病児への対応職員を決める。
- ② 周囲の子どもを落ち着かせる。
- ③ 職員の応援を依頼する。



【施設内で処置可能な場合】

保護者に連絡し、迎えを待つ



【病院に相談・受診する場合】

緊急時個別対応カード

に基づく判断

【救急車を呼ぶ場合】

- ① 保護者へ連絡 父〇〇〇〇—〇〇〇〇 母〇〇〇〇—〇〇〇〇
 - ・ 負傷・急病の発生状況と現在の状態を説明する
 - ・ 主治医・かかりつけ医に相談することを伝える
 - ・ 病院を受診する事になった場合、来院が可能であれば、依頼する

- ② 主治医・かかりつけ医に相談
☎ 〇〇〇〇—〇〇〇〇 〇〇病院 〇〇医師 △曜日休診

- ③ 病院を受診

＜受診時の持ち物＞

 - ・ 子どもの状況がわかるもの(児童台帳・指示書・保険証の写し等)
※個人情報の取り扱いには十分に注意する
 - ・ 医療的ケアに関わる必要物品
 - ・ 現金、携帯電話、筆記用具、メモ帳等
 - ・ 着替え、タオル、ティッシュペーパー、ビニール袋等

- ・ 負傷・急病の発生状況や経過がわかる職員が付き添う
- ・ 処置内容により保護者の承諾が必要になった場合は、病院から保護者へ連絡し、確認する

【受診の際の注意点】
「注意事項」「次回受診日」「診断名」などを医師に確認する

＜タクシーを利用する場合＞ ※領収書を必ず受け取る
〇〇課〇〇係へ報告(タクシーを利用し、受診の旨)

☎ 〇〇〇〇—〇〇〇〇 〇〇課〇〇係

- ④ 受診後、保護者へ連絡
 - ・ 受診結果を報告する

- ① 電話 119 番通報 ※深呼吸をしてから、あわてずに

＜東京消防庁の問いかけ＞	＜回答例＞
<ul style="list-style-type: none"> ● 火事ですか？ 救急ですか？ ● 住所はどこですか？ ● 近くの目標物は何ですか？ ● どうしましたか？ 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 救急です。けが・急病です。 ◆ 練馬区〇〇町〇丁目〇番〇号 〇〇保育園/小学校です。 ◆ (例) 〇〇図書館の隣です。 ◆ けが・急病の状態やその原因を簡潔に伝える。 「医療的ケアの内容」「誰が」「どのようにして」「どうなった」「緊急時は、〇〇病院に行くように、主治医に言われています。」 ◆ 〇歳の男・女児です。 ◆ 私は〇〇(役職等)の〇〇です。 電話は、〇〇〇 - 〇〇〇です。

- ② 保護者へ連絡 父〇〇〇〇—〇〇〇〇 母〇〇〇〇—〇〇〇〇
 - ・ 負傷・急病の発生状況と現在の状態を説明する
 - ・ 救急車で緊急指定の病院に向かうことを伝える

- ③ 〇〇課〇〇係へ報告(救急車で搬送の旨)
☎ 〇〇〇〇—〇〇〇〇 〇〇課〇〇係
 緊急指定の病院へ連絡 (救急車で受診の旨)
☎ 〇〇〇〇—〇〇〇〇 〇〇病院△△科 〇〇医師

- ⑤ 救急車到着まで、負傷・急病児の手当や観察を行い、記録する
- ⑥ 救急車のサイレンが聞こえたら、施設から出て、誘導する

【医療的ケアの種別】

緊急時個別対応カード（巻末資料
4）

緊急時に備え、主治医の指示等を踏まえ、保護者と状態に沿った事項を枠内に記入し、対応する。

医療的ケアから起こりうる状態

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

全身の症状

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

突発的な事象

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

☎ 保護者へ連絡、お迎えを待つ

☎ 保護者へ連絡、主治医へ相談または受診、近隣医療機関受診

☎119 救急車を呼ぶ 保護者へ連絡 緊急時は、指定医療機関へ搬送
