

スクールメディカルサポーター事業実施要項

1 趣 旨

千葉市立学校（以下「学校」という。）に在籍する医療的ケアを必要とする児童生徒に対し、医療的ケアを行う看護師（以下「メディカルサポーター」という。）を派遣するにあたり、必要な事項を定めるものとする。

2 メディカルサポーターの資格

看護師免許または准看護師免許を有する者とする。

3 メディカルサポーターの職務内容

関係者（主治医、保護者、メディカルサポーターを派遣される学校の校長、教頭、担任教員、養護教諭及び学校医その他教職員、教育支援課並びに養護教育センター職員等）が相互に連携し、以下の医療的ケアのうち、教育委員会が認めた支援を行うものとする。

- (1) 【呼吸機能障害へのケア】喀痰吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内の喀痰吸引）
（必要な吸引前の吸入を含む）
酸素療法
- (2) 【摂食嚥下障害へのケア】胃ろう、腸ろう部の経管栄養管理、経鼻経管栄養管理
- (3) 【排泄機能障害へのケア】導尿
- (4) 【糖尿病管理に係るケア】血糖測定、インスリン注射
- (5) 【その他】教育委員会が、特に必要と認める医療的ケア

4 対象児童生徒

医療的ケアによる支援の対象となる児童生徒（以下「対象児童生徒」という）は、学校に在籍する医療的ケアを必要とする児童生徒のうち、教育委員会がメディカルサポーターの支援が必要であると認めた者とする。

5 メディカルサポーター派遣等の決定

メディカルサポーターの派遣については、以下の手続きを行うものとする。なお、更新にあっても同様とする。

- (1) メディカルサポーターの派遣を希望する保護者は、事前に担任教員及び学校長等に必要な医療的ケアについて相談の上、実施依頼書（様式1-1又は様式1-2）及び主治医等から対象児童生徒への指示書を、学校長に提出する。
- (2) (1)による提出を受けた学校長は、教育委員会に、メディカルサポーター派遣申請書（様式2）及び(1)により保護者から提出を受けた資料を提出する。
- (3) 教育委員会は、メディカルサポーター派遣申請書の提出を受けた場合、小児科指導医等の意見を聴く場を設けるとともに、関係者と協議を行ったうえで、派遣校を決定するものとする。
- (4) 教育委員会は、派遣を決定した学校長及び保護者に対し、実施通知書（様式3-1及び様式3-2）を送付する。
- (5) 保護者は、医療的ケアの提供に係る同意書（様式4）を教育委員会に提出する。

6 派遣期間及び時間

派遣する期間及び時間帯は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 派遣期間は、当該年度内において、教育委員会が必要と認めた期間とする。ただし、対象児童生徒及び派遣される学校の状況に応じて、次年度以降も更新することができるものとする。
- (2) 派遣する時間帯は、対象児童生徒が登校してから下校するまでの間、教育委員会が必要と認めた時間帯とする。

7 指揮監督

教育委員会は派遣される学校の学校長と連携して、メディカルサポーターの指揮監督に当たるものとする。

8 支援内容・派遣期間の変更及び辞退

- (1) 保護者は、支援内容及び派遣期間の変更を希望する場合、速やかに教育委員会に対し医療的ケア変更届（様式5）を提出するものとする。
- (2) 保護者は、メディカルサポーターの派遣を辞退しようとするときは、速やかに教育委員会に対し医療的ケア辞退届（様式6）を提出するものとする。

9 実施報告

メディカルサポーターを派遣された学校長は、派遣期間中毎月末に教育委員会と保護者に対し、実施報告書（様式7-1及び様式7-2）を提出し、報告するものとする。

10 補則

この要項に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

（附 則）

- (1) この要項は、平成28年4月1日から施行する。
- (2) 平成29年1月20日、一部改正
- (3) 平成30年4月1日、一部改正
- (4) 令和2年4月1日、一部改正
- (5) 令和4年4月1日、一部改正

様式目次

様式	様式名	提出者	宛先	備考
1-1	実施依頼書	保護者	教育委員会	写しを学校にて保管
1-2	実施依頼書（継続用）			
2	メディカルサポーター派遣申請書	学校長	教育委員会	養護教育センター所長扱い
3-1	実施通知書（学校用）	教育委員会	学校長	
3-2	実施通知書（保護者用）	教育委員会	保護者	
4	医療的ケアに係る同意書	保護者	教育委員会	養護教育センター所長扱い
5	医療的ケア変更届	保護者	教育委員会	養護教育センター所長扱い
6	メディカルサポーター派遣辞退届	保護者	教育委員会	養護教育センター所長扱い
7-1	医療的ケア実施報告書（教委）	学校長	教育委員会	養護教育センター所長扱い
7-2	医療的ケア実施報告書（保護者）	学校長	保護者	養護教育センター所長扱い

(あて先) 千葉市教育委員会

保護者氏名

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

実 施 依 頼 書

下記児童生徒の医療的ケアの実施について、下記のとおり依頼します。

記

1 対象児童生徒 学校名： 学年： 年 氏名：

2 依頼する医療的ケアの内容及び時間帯

医療的ケアの内容					
時間帯	()	曜日	午前・午後	時～	午前・午後 時

3 身体障害者手帳 有 ・ 無

4 主治医について

(1) 主治医名

(2) 病院・医院名、診療科目

(3) 病院・医院の住所・電話番号

5 緊急時搬送医療機関

(1) 医師名 (指定があれば)

(2) 病院・医院名、診療科目

(3) 病院・医院の住所、電話番号

6 その他留意点 (健康状態、投薬等)

7 緊急時連絡先

電話番号 — —

氏 名 (対象児童生徒から見た続柄)

※緊急時連絡先が保護者と異なる場合は、氏名及び対象児童生徒から見た続柄を記入してください。

情報提供についての同意

スクールメディカルサポート事業による支援を受けるために必要があるときは、当該依頼内容及び実施内容について、学校及び教育委員会から関係者 (スクールメディカルサポーターとして派遣される看護師、主治医、学校医) に提示することに同意します。

同意します。

同意しません。

(様式2)

取扱注意

令和 年 月 日

(あて先) 千葉市教育委員会

千葉市立 学校長

メディカルサポーター派遣申請書

学校名	千葉市立		TEL	—	—
所在地	〒 — 千葉市				
最寄駅	最寄りの駅・バス停から徒歩 () 分				
対象児童生徒 氏名				年 組	(特別支援学級)
手帳の有無	有 ・ 無				
※有の場合	身体障害	交付	年 月	障害内容	
	療育手帳	交付	年 月	程度	
医師診断名			医療機関名		
現在の状況	(①子どもの状況 ②医ケア内容・実施時間帯 ③校内支援体制、個別の指導計画 等を含めて記述)				
保護者による 医ケア	有	(時間帯)			
	無	(理由)			

(様式3-1)

令和 年 月 日

千葉市立 学校長 様

千葉市教育委員会

実施通知書

先に、依頼のありました医療的ケア実施について検討した結果、下記のとおり実施することとなりましたのでお知らせします。

記

- 1 対象児童生徒 学校名： 学年： 年 氏名：
- 2 依頼する医療的ケアの内容及び時間帯

--

- 3 担当メディカルサポーター等

メディカルサポーター名	実施曜日	実施開始時刻

- 4 派遣期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

(様式3-2)

令和 年 月 日

様

千葉市教育委員会

実施通知書

先に、依頼のありました医療的ケア実施について検討した結果、下記のとおり実施することとなりましたのでお知らせします。

記

- 1 対象児童生徒 千葉市立 学校 年 氏名
- 2 依頼する医療的ケアの内容及び時間帯

--

- 3 担当メディカルサポーター等

メディカルサポーター名	実施曜日	実施開始時刻

- 4 派遣期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

(様式4)

医療的ケアの提供に係る同意書

医療的ケアの内容		
提供を受ける期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
提供を受ける頻度 (時間帯)		
提供体制	担当メディカルサポーター名	
	担当メディカルサポーター名	

- 医療的ケアの内容及び時間帯は、医師の指示に沿って提供いたします。
- 医療的ケアは、利用者の状況に応じて見直しを行います。
- メディカルサポーターによる医療的ケアが実施できない時は、保護者に対応を依頼します。

上記の内容について十分な説明を受け内容を理解したので、医療的ケアの実施に同意いたします。

同意日 令和 年 月 日

住 所

利用者氏名

署名代行者

私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました。

代行者住所

代行者氏名

本人から見た続柄

(あて先) 千葉市教育委員会

保護者氏名

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

医療的ケア変更届

下記児童生徒の医療的ケアについて、内容等の変更を希望しますので、下記のとおり届け出ます。

記

対象児童生徒 学校名： 学年： 年 氏名：

1 変更する医療的ケアの内容及び時間帯

医療的ケアの内容					
時間帯 () 曜日	午前・午後	時～	午前・午後	時	

2 身体障害者手帳 有 ・ 無

3 主治医について

(1) 主治医名

(2) 病院・医院名、診療科目

(3) 病院・医院の住所・電話番号

4 緊急時搬送医療機関

(1) 医師名 (指定があれば)

(2) 病院・医院名、診療科目

(3) 病院・医院の住所、電話番号

5 その他留意点 (健康状態、投薬等)

※ 変更のあったところのみ記入してください。

情報提供についての同意

スクールメディカルサポート事業による支援を受けるために必要があるときは、当該依頼内容及び実施内容について、学校及び教育委員会から関係者 (スクールメディカルサポーターとして派遣される看護師、主治医、学校医) に提示することに同意します。

同意します。

同意しません。

(様式6)

令和 年 月 日

(あて先) 千葉市教育委員会

保護者氏名

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

メディカルサポーター派遣辞退届

対象児童生徒のメディカルサポーターの派遣につきまして、下記の理由により辞退します。

記

1 対象児童生徒 学校名： 学年： 年 氏名：

2 辞 退 理 由

--

(様式7-1)

令和 年 月 日

(あて先) 千葉市教育委員会

千葉市立 学校長

医療的ケア実施報告書

年 月に実施した医療的ケアについて、下記のとおり報告します。

記

1 対象児童生徒 学年： 年 氏名：

2 実施した医療的ケアの内容

--

3 担当メディカルサポーター等

メディカルサポーター名	実施日	実施時間

4 児童生徒の様子

※ 実施頻度、実施を要する状況の様子、実施後の様子等

※ 必要に応じて、主治医の回答、通信欄を設ける。

(様式7-2)

令和 年 月 日

〇〇 〇〇 様

千葉市立 学校
校長

医療的ケア実施報告書

年 月に実施した医療的ケアについて、下記のとおり報告します。

記

1 対象児童生徒 学年： 年 氏名：

2 実施した医療的ケアの内容

--

3 担当メディカルサポーター等

メディカルサポーター名	実施日	実施時間

4 児童生徒の様子

※ 実施頻度、実施を要する状況の様子、実施後の様子等

