

【別 冊】

安全な学校生活のための医療的ケアガイドライン

～人工呼吸器編～

1 趣旨

医療技術の進歩等を背景に、近年、本県においても人工呼吸器の必要な幼児児童生徒（以下「医療的ケア児」という。）が学校に通うようになっており、学校における高度な医療的ケアへの対応は喫緊の課題となっている。高度な医療的ケアが学校で行われる教育的意義は、登校が可能になる、授業が継続して受けられるなど、教育的条件が改善するだけでなく、医療的ケア児の理解や信頼関係が深まる、医療的ケア児の自発性や主体性が高められるなど、教育内容や教育の質の高まりという、より深い意味での教育的意義がある。

このことから、これまで青森県教育委員会では、県立青森若葉養護学校及び県立浪岡養護学校において、人工呼吸器の必要な児童等の受入れに当たり、令和2年度から2か年にわたり、青森県医療的ケア児支援体制多職種コンサルテーションチームや関係医療機関から助言を得ながら検討を重ね、各校や対象幼児児童生徒（以下「対象児」という。）に合わせたガイドラインの策定と必要な看護師の配置等、体制整備を進めてきた。

本ガイドラインは、人工呼吸器を必要とする児童等が安全・安心な学校生活を過ごすことができるよう、学校における事前準備や実施体制、緊急時の対応など、基本的かつ重要な事項を整理し示したものである。

各校においては、本ガイドラインに基づき、主治医や医療的ケア指導医（以下「指導医」という。）、青森県小児在宅支援センターの助言を得ながら、保護者と連携のもと、校内の体制や医療的ケア児の実態を十分確認・整理した上で、個別に対応の在り方を検討し、安全かつ適切に人工呼吸器の使用を実施することとする。

2 人工呼吸器の使用の実施前の準備・確認事項

学校において、人工呼吸器の使用を安全かつ適切に実施するために、実態把握シートや学校環境評価シートを参考に、対象児の状態と学校の実施体制を組織的に確認・整理する。確認・整理した内容をもとに校内委員会で、人工呼吸器の使用実施の可能性の見込み、実施前の準備について協議する。なお、対象児の状態や学校の実施体制に変化が生じた場合、状況に応じて同様に確認・整理、協議する。

(1) 人工呼吸器の使用の実施条件

人工呼吸器の使用の実施条件を満たしているか、①～⑦の各項目を確認すること。

①対象児の体調・状態

- ・体調、生活リズム、登校状況が安定していること。体調、生活リズムの安定とは、体温・呼吸・食事・筋緊張等において通学及び教育活動に参加できる状態であること。登校状況の安定とは、例えば週2～3回は登校するなど、ある程度継続して登校できる状態であること。ただし、対象児により安定した状態は異なるため、個別に判断すること。また、登校時間は対象児の体調等に応じて調整すること。
- ・入院等による治療・療養後に登校を再開するに当たって、事前に保護者と医療的ケア実施内容の変更等について確認をし、実施内容に変更があった場合には、医療的ケア実施に必要な手続き等を行い、対象児の体調を考慮して計画的・段階的に登校を再開すること。

上記の各条件を基本とするが、対象児の状態によっては主治医又は指導医等の助言を踏

まえ総合的に判断する。

②主治医による実施の判断

- ・主治医から、学校における人工呼吸器の使用について、実施が可能であることの指示があること。

③主治医による緊急時の指示

- ・学校は、体調の急変や人工呼吸器の不具合があった場合の対応について、主治医から所定の医療機関に搬送するまでの指示をあらかじめ受けること。
- ・保護者は、主治医に緊急時搬送先となる所定の医療機関との情報共有を依頼する。

④主治医又は指導医、小児医療や在宅医療などの専門家（以下「専門家等」という。）の指導・助言

- ・主治医の医療的ケア実施に関する意見書、医療的ケア実施指示書をもとに学校生活を見通して、人工呼吸器の使用が校内で安全かつ適切に実施できると主治医が判断すること。
- ・学校で安全に実施できる体制を構築するため、主治医又は指導医、青森県小児在宅支援センター等の専門家等から指導・助言を受けること。

⑤学校の実施体制

校内委員会において協議し、学校看護師と教職員が人工呼吸器の使用を安全に実施できる体制を整えること。また、体調不良時や医療機器の不具合、災害等を想定した緊急時の対応についても体制を整えること。

- ・学校看護師との協働による実施が可能となるために、教職員が人工呼吸器の使用に関する基礎的知識をもつこと。
- ・教職員・学校看護師が人工呼吸器の使用を実施する上で必要な知識及び技能を修得するための研修を計画・実施すること。
- ・人工呼吸器の使用を実施する上で必要な学校看護師数が確保されていること。
- ・個別の緊急時対応マニュアルに従って的確に対応できること。
- ・想定される緊急時とその対応について、あらかじめ保護者・主治医と確認をすること。
- ・緊急時に必要な非常用電源、必要物品が確保されていること。
- ・人工呼吸器の使用の実施までに、緊急時対応訓練（内容に心肺蘇生法を含む）を実施し、緊急時対応の内容を確認すること。また、内容に変更があった場合は、必要に応じて訓練を実施し、緊急時対応マニュアルの確認や見直しを行うこと。
- ・緊急時の連絡手段について事前に学校・保護者・医療機関及び地域消防署等と情報共有し、確認すること。

⑥情報の共有

人工呼吸器の使用について、学校・保護者・主治医と情報共有すること。

- ・人工呼吸器の使用を実施するに当たり、担任・養護教諭・学校看護師は主治医を訪問するなどして指示・助言を得ることが望ましい。
- ・担任・養護教諭・学校看護師は、保護者から対象児の状況を聞き取り、主治医の指示・助言内容とともに文書にまとめ、校内委員会等の関係教職員と共有すること。

⑦保護者の理解と継続的な協力

保護者と学校が共通の認識をもって人工呼吸器の使用を実施するために、保護者の理解と協力を得ること。

- ・学校は、保護者から学校における医療的ケアの実施を申請された際に、医療機関とは違い、緊急時には医療器具が十分備わっていない学校で対応することについて、主治医や指導医、専門家等の協力を得ながら十分説明をすること。
- ・緊急時について、保護者は学校と協力して対応すること。
- ・学校の実施体制が整わない等のやむを得ない場合は保護者等が付添い、学校での人工呼吸器の使用を行うことについて継続的な協力が得られること。

(2) 人工呼吸器の使用を安全に実施するための校内委員会で協議する視点

- ・対象児の基礎疾患、人工呼吸器使用の理由、目的、健康状態の共有（主治医より）
- ・主治医からの意見書・医療的ケア実施指示書の内容の確認
- ・学校医・指導医の見解・所感
- ・保護者の認識やニーズ
- ・登校実績の確認
- ・人工呼吸器の使用実施までの具体的なタイムスケジュール
- ・本人の障害等の状況の共有（認知・情緒、本人から不調を訴える力の有無等）
- ・緊急時の対応（アラーム作動時の対応、バッテリーが切れた際の対応等）
- ・養護教諭・他の教職員・県教育委員会との情報共有
- ・学校看護師及び教職員の研修計画

3 人工呼吸器の使用の安全な実施体制

(1) 学校看護師が実施する項目と教職員との役割分担

- ・○ は実施可。－は実施不可。
- ・(○) は学校看護師の補助又は緊急時に教職員が一時的に対応可。ただし対応後に学校看護師が確認すること

分類	項目	役割分担	
		学校看護師	教職員
健康観察	健康観察・見守り	○	○
設定確認に関する こと	アラーム表示の確認	○	(○)
	アラームの消音	○	－
	人工呼吸器設定の確認 加湿器含む	○	○
操作に関する こと	回路の接続状態・固定状態の確認	○	○
	バッテリーの残量確認	○	○
	電源 ON/OFF	常時使用の場合、人工呼吸器の再起動が必要なときのみ ○	－
		一時的使用の場合 ○	－
	アンビューバッグを使用した用手加圧換気	○	(○) 補助
	回路の一時的着脱	○	(○) 蛇管を支える等の補助をする
	ウォータートラップ内の水の貯留観察	○	○
	ウォータートラップ内の水の廃棄	○	－
	加湿器の作動確認、水位の確認	○	○
	加湿器の水の追加	○	－
	回路内の結露水の確認	○	(○)
	回路内の結露水の除去	○	－

	人工鼻の着脱 (気管カニューレに付けるタイプ)	○	○
	人工鼻の着脱 (人工呼吸器回路とフレックスチューブ の間に挟むタイプ)	○	—
移動に 関する こと	移乗・姿勢変換時の回路確認	○	○
	移乗・姿勢変換時に伴う人工呼吸器の移 動と持ち運び	○	○
	移動に伴う電源の切替え	○	(○) (学校看護師に十 分確認しながら協 力して対応)
	バッテリー交換	○	—
吸 引に 関 する こ と	気管カニューレからの吸引	○	—
	口腔内・鼻腔内吸引	○	咽頭の手前まで○ (認定教職員のみ)

(2) 保護者との協力と連携

人工呼吸器の使用には、保護者の協力が不可欠となる。学校は、校内で実施可能な内容をあらかじめ保護者に説明し、理解と協力を得ることが大切である。

【学校の役割】

- ・学校における人工呼吸器の使用について、校内体制によっては、安全に実施可能になるまでの間、保護者の付添いを依頼することがあることについて丁寧に説明し、十分な理解を得ておくこと。
- ・体調に大きな変化があった場合や入院等長期欠席後の登校再開時、人工呼吸器の設定変更時、医療的ケアの内容に変更が生じて個別マニュアルの見直しや更新が必要になった場合等、再度保護者に付添いを依頼することがあることについて確認しておくこと。

【保護者の役割】

- ・日常的な連携として、人工呼吸器の管理で使用する物品の準備・点検・機器の充電等の確認を行う。

毎日：本人用のアンビューバッグの持参

登校時のバッテリーの充電状態の確認（学校看護師と保護者とで実施）

随時：物品の補充

- ・対象児の健康観察及び日常の学校生活を送れる体調であることを確認し登校させる。
- ・緊急時に備えて、常に学校と連絡が取れるようにしておく。不測の事態や緊急時は学校の要請に応じ協力する。

(3) 学校看護師及び教職員等の研修

①学校看護師及び教職員に対する研修

学校は、学校看護師を対象に、主治医又は指導医等や対象児が使用する人工呼吸器業者等により、人工呼吸器の最新医療や看護技術、医療機器等に関する知識や技術を習得するための実践的・臨床的研修を実施すること。また、教職員を対象に、学校看護師と協力して人工呼吸器を使用する上で必要な基本的な事項に関する研修を実施すること。

実施時期については、対象児の登校開始を起点とし、登校開始前及び登校開始後の適切な時期に各研修を実施すること。

参考として、表1に年間研修計画の例を示す。

表1 人工呼吸器の使用を想定した年間研修計画（例）

	○校内研修	●校外研修
4月	○校内委員会で年間の研修計画等の確認 ○第1回緊急時対応訓練（全ての教職員）	
5月	○緊急放送参集訓練実施（学習グループ単位）	
7月	○呼吸器の仕組み、アンビューバッグの用手加圧換気の方法と注意点、気管カニューレの再挿入の実技研修会（全ての教職員） 講師：主治医又は指導医等 ○人工呼吸器の構造と取扱いの注意（全ての教職員） 講師：人工呼吸器業者等担当者	
8月	●特別支援学校における医療的ケア基本研修 講師：青森県教育委員会他	
10月	○第2回緊急時対応訓練（主治医等立ち会い）（全ての教職員）	
12月	○校内委員会で、実績報告と検討、ヒヤリ・ハット、インシデント・アクシデント等の分析と対応策について協議 ○職員会議等で情報共有	
2月	○第3回緊急時対応訓練	
3月	○校内委員会（担任や学校看護師交代に伴う引継ぎ）	

※校外待機を開始する前に、個別の緊急時対応訓練や心肺蘇生法の救急訓練を実施すること。

②全校保護者への啓発

校長は在籍する児童等の全ての保護者に対し、学校で実施している医療的ケアについての理解・啓発を図ること（医療的ケア対象者数、実施行為数、医療的ケア実施に伴い学校看護師が配置されていること等）。

4 人工呼吸器の使用の開始

人工呼吸器の使用は、対象児の生命に直結する重大事項であることから、実施状況について毎月、校内委員会等で情報共有をする。学校・保護者・主治医がそれぞれの役割の進捗状況、学校の体制整備の状況等も併せて確認をし、三者が共通の認識をもって取り組むこと。

(1) 実施までの手順

従来の医療的ケア実施に係る手順に加えて、医療的ケア実施指示書・緊急時の対応などを含め、校内委員会を必要に応じて複数回実施する。

表2 実施までの手順（例）

保護者が付添い、医療的ケアの引継ぎを行う期間	<p>①対象児の状態把握、学校の実施体制の確認・整理</p> <p>人工呼吸器の使用実施の可能性の見込みについて校内委員会で協議するため、必要な情報を収集する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実態把握シート（保護者→学校） ・学校環境評価シート（校内委員会）
	<p>②主治医訪問実施(保護者・担任・学校看護師・養護教諭・必要に応じ管理職)</p> <p>人工呼吸器の使用に関する主治医の見解及び所見の聴取、メリットとリスクに関する説明を受ける。各種書類の記入や確認への協力依頼を行う。</p>
	<p>③校内委員会</p> <p>「2(2)人工呼吸器の使用を安全に実施するための校内委員会で協議する視点」に沿って、実施の可能性の見込みについて協議する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「実施の可能性の見込みあり」の場合は④へ進む。 ・現段階での「実施の可能性の見込みが難しい」場合は、管理職から保護者へ説明をする。
	<p>④保護者からの人工呼吸器の使用の申請</p> <p>対象児の体調が安定しており、保護者による医療的ケアが確立されていることを確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 【第1号様式】医療的ケア実施申請書（保護者→学校） 【第2号様式】医療的ケア実施に関する意見書（主治医→学校）
	<p>⑤校内委員会での再確認</p> <ul style="list-style-type: none"> 【第3号様式】医療的ケア実施決定通知書（学校→保護者） <p>又は、</p> <ul style="list-style-type: none"> 【第4号様式】医療的ケア実施保留通知書（学校→保護者）
	<p>⑥医療的ケア実施指示書の作成依頼</p> <ul style="list-style-type: none"> 【第5号様式】医療的ケア実施通知書（学校→主治医） 【第6号様式】医療的ケア実施指示書（主治医→学校） <p>医療的ケア実施指示書（人工呼吸器）（主治医→学校）</p>
	<p>⑦主治医から医療的ケア実施指示書及び医療的ケア実施指示書（人工呼吸器）の提示を受ける。</p>
	<p>⑧校内委員会において、実施に係る協議を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療的ケア実施指示書（人工呼吸器）の確認 ・人工呼吸器の使用について実施する項目の決定 ・医療的ケア個別マニュアル、個別の緊急時対応マニュアルの作成 ・校内体制の確認 ・個別の緊急時対応訓練の計画及び実施

	⑨研修の実施 主治医又は指導医等より人工呼吸器の実施する項目の指導・助言を受ける。
段階的に解除する期間 保護者付添いを	⑩医療的ケア(人工呼吸器の使用)実施の決定 ・校長の許可判断と実施通知 ※県教育委員会に事前相談・報告 【第7号様式】医療的ケア実施同意書(保護者→学校) ・保護者付添いの解除については、「4(2)保護者付添いから学校対応への段階的移行」に沿って対応する。
	⑪医療的ケア(人工呼吸器の使用)の開始

- ・表2に示した③、⑤、⑦、⑨、⑩において、必要に応じ専門家等の指導・助言を受ける。
- ・【第1～7号様式】は、青森県立特別支援学校における医療的ケア実施要領を参照する。
- ・人工呼吸器の使用に関する事項については、医療的ケア実施指示書(人工呼吸器)にて主治医から指示を受ける。

(2) 保護者付添いから学校対応への段階的移行

- ・学校は、保護者が付添いをしている期間に、保護者不在でも学校が判断・対応することができるように体制を整備する。
- ・学校は、付添いの期間や段階移行について保護者が見通しをもてるよう説明をする。
- ・学校は、対象児ごとに表3を参考に「保護者付添いから学校対応への段階的移行」を作成し、保護者と共有する。

表3 保護者付添いから学校対応への段階的移行(例)

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
保護者	登校練習	同室待機	校内待機	校外待機
教職員	登校時の流れの確認	<ul style="list-style-type: none"> ・保護者・学校看護師と連携・協働及び対象児の状況を把握 ・対象児の体調と気持ちに気を配りながら、授業を進める。 ・対象児が不調のサインや表情を出せたときは、受け止め適切に対処する。 		<ul style="list-style-type: none"> ・体調の変化に気付いたときは、すぐに学校看護師を呼ぶ。
学校看護師		<ul style="list-style-type: none"> ・保護者とともに状況を把握 	<ul style="list-style-type: none"> ・保護者とともに医療的ケアを実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・同室又は校内待機し、医療的ケアを実施
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・校内待機場所については、同室、隣室、校内の内線のある教室等、対象児の実態及び学校の状況に応じて設定する。 ・校外待機場所については、学校と家庭の距離、学校周辺的环境等の状況に応じて設定する。 			

④段階的移行の判断

学校は、次の段階へ移行する前に、段階を移行することが適切かを、必要に応じて主治医又は指導医、専門家等に相談し、助言を受け、判断をする。また、本人の体調によっては前の段階に戻る、という想定をしていることも保護者に説明する。

5 学習活動における人工呼吸器の使用（酸素療法を含む）

学校は、対象児の教育目標、体調、主治医から示された運動制限及び生活規制を考慮し、合理的配慮を提供する。なお、合理的配慮の内容については、個別の教育支援計画に明記すること。

また、対象児が学習可能な体調であることを確認した上で学習活動を実施すること。学習活動を計画するに当たっては、対象児の体調に合わせて、内容、時間、場所等を調整できるようにすること。

（1）校内での学習

体育（保健体育）の授業や身体の動きに関する自立活動等の特に呼吸状態と密接に関わる学習場面については、必要に応じて又は学校で判断が難しい場合、対象児の目標やねらい、活動内容等を明確にし、主治医、指導医等より助言を得ること。

①体育（保健体育）の授業や身体の動きに関する自立活動等の対応

実施に当たっては、人工呼吸器の着脱に伴う事故や不測の事態に備え、緊急時対応等の手順を再確認し、対処できる体制を維持する。参加の仕方については、必要に応じて主治医、指導医等から指導・助言を受けること。

②水泳指導の対応

人工呼吸器を使用している場合、水泳指導時に気管切開部から水が入り大きな事故につながる可能性がある。水泳授業の参加の可否については、主治医から明確な指示を受けること。

③火気を扱う授業での対応

酸素療法を行っている場合、教職員は、酸素濃縮器や酸素ポンペを装着している対象児を火気に近づけないよう注意すること。また酸素ポンペ携行時は、周囲の児童等の接触等にも配慮すること。

（2）校外での学習

遠足や社会見学等の校外での学習における人工呼吸器の使用については、学校が実施し、原則として学校看護師が対応すること。なお、保護者の同行の必要性については、主治医、指導医等の見解を踏まえて個別具体的に判断すること。

①遠足や社会見学等の学習の対応

校内での実施と環境が異なることからリスクが高まるため、校外での学習における人工呼吸器の使用に際して、学校は事前に計画書を作成し、学校看護師と調整を図るとともに、対象児の状況に応じた体制を構築すること。

②宿泊学習や修学旅行などの泊を伴う学習の対応

学校看護師の勤務時間等を考慮した人員確保、緊急事態に備えた医療機関等との連携協力体制を構築すること。なお、学校では対象児の夜間の健康状態を把握していないため、参加する全ての児童等の安全を確保することを目的として、保護者に同行を依頼するか十分に検討すること。

③観光バス等の乗車中の対応

乗車中の人工呼吸器の一時的着脱は、たんの吸引時以外は原則的に行わないこと。また、人工呼吸器の電源のON・OFF（加湿器を含む）、人工呼吸器用の人工鼻の着脱、電源の切替えや差替え、バッテリー交換、人工呼吸器本体の移動についても原則的に行わないこと。ただし、緊急時はその限りではないことを情報共有しておくこと。

(3) 一時的な着脱（移乗、着替え、吸引等）への対応

人工呼吸器への依存度は、対象児によって異なることから、学校で着脱を実施する際には、人工呼吸器の使用を安全に実施するために主治医又は指導医等の意見を踏まえて個別に協議を行い、慎重に対応すること。

6 緊急時の対応について

(1) 緊急時の対応の準備

緊急時には、対象児の急激な体調変化や人工呼吸器のトラブル、災害の発生など内的要因・外的要因が想定される。個別の緊急時対応マニュアルに基づいた対応を的確に行い、生命の危機を回避することを最優先とすること。

緊急時に教職員が即時対応できるよう、例えば校内救急マップの作成や定期的な緊急時対応訓練の実施等を行うこと。また、訓練内容については保護者に周知する等の工夫をすること。

①個別の緊急時対応マニュアル（別紙1）

学校における医療的ケアの開始までに、対象児個々の実態に基づき、主治医、指導医等の意見を踏まえ作成すること。また、救急搬送先となる医療機関や主治医、保護者への連絡方法について、あらかじめ確認しておくこと。

②校内救急マップ（別紙2）

校内図をもとに、AED、担架、発電機等の救急物品の位置を示しておくこと。

③情報提供書（別紙3）

救急搬送等により医療機関を受診した際、救急医等に対象児の医療情報を提示できるよう、主治医の意見書（疾患名や服薬等の医療情報）、医療的ケア実施指示書の写し、緊急時対応マニュアル等を個人のかばんや対象児の近くに常備すること。

④蘇生経時記録用紙（別紙4）

対象児の実態に合わせたアセスメントの項目を記載すること。

⑤緊急時対応訓練

定期的に緊急時対応訓練を実施し、実際の手順について組織的に共通認識を図ること。

⑥非常用電源の確保

災害時における医療機器の電源の確保及び日頃から必要とする医療機器のバッテリー作動時間の確認等を行うこと。また、保護者に予備のバッテリーの用意を依頼し、日頃から災害時の停電の長期化に備えておくこと。

⑦緊急時に備えての必要物品（別紙5）

緊急（災害）時の持ち出しに備え、必要物品リストを以下のように整理して掲示するなどの工夫をすること。

- ・本人の近くに準備するもの
- ・本人の予備物品
- ・救急(災害)時や搬送時に準備するもの
- ・教室内に準備するもの
- ・学校内に準備するもの

個別の緊急時対応マニュアル（児童生徒氏名）（例）

【赤字】学校看護師が実施・判断 【赤字内】基本的に学校看護師が実施 【黒字】状況に応じ教職員が補助可

様がおかしい・息をしていない・反応がない・気管カニューレが抜けている・たんが詰まった
かもしれない・人工呼吸器のアラームが鳴った（対象児の異変の様子）

応援職員を呼ぶ（緊急コールを鳴らす・校内放送をする など）

本人の体調不良

人工呼吸器のトラブル

駆けつけた教職員は
緊急時指示カードの指示
に従う

- ・119番通報（学校携帯）
- ・（搬送先病院名）に電話
0000-00-0000
- ・AEDの用意
- ・誘導係
- ・記録係
- ・保護者連絡係
- ・応援要請係
- ・校内放送係
- ・胸骨圧迫交代要員

- ①気管カニューレを確認する
- ②人工呼吸器を外し、マットに仰向けにする
※移乗時は、首の前屈禁
※気管カニューレ抜去に注意
※パルスオキシメーター常時着用、値に注意
- ③コルセットを外す

アラームの原因と
人工呼吸器作動状況の確認

- ・バッテリー低下
- ・回路接続外れ
- ・回路の破損

改善しない

- ①人工呼吸器を外す
- ②人工鼻を装着する
- ③保護者に連絡し、迎えが
来るまで安静に待機する

気管カニューレの抜去あり

気管カニューレの抜去なし
（気管カニューレの閉塞や
気管の狭窄）

気管カニューレの再挿入

- ①肩枕を入れる
- ②頸部のベルトを外す
- ③気管カニューレ再挿入
- ④頸部ベルト固定する

気管カニューレ
再挿入できた

気管カニューレ
再挿入できない
（再挿入を
続行する）

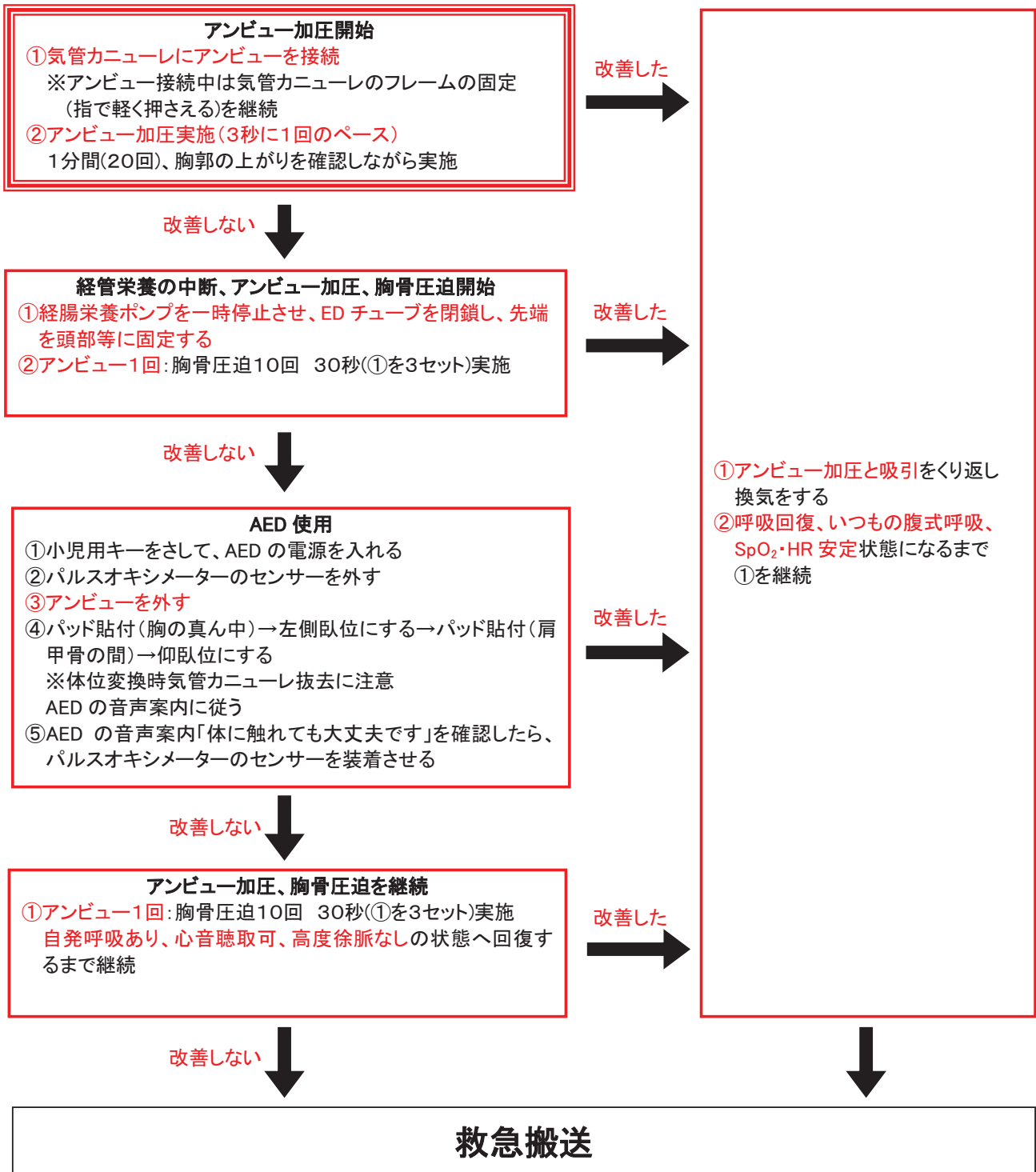
吸引実施

喀痰なし
呼吸困難
SpO₂が90%未満、徐脈

喀痰あり
呼吸回復
いつもの腹式呼吸
SpO₂・HR 安定

処置（内容は次のページ）

救急搬送



全ての教職員で共有することに同意します。

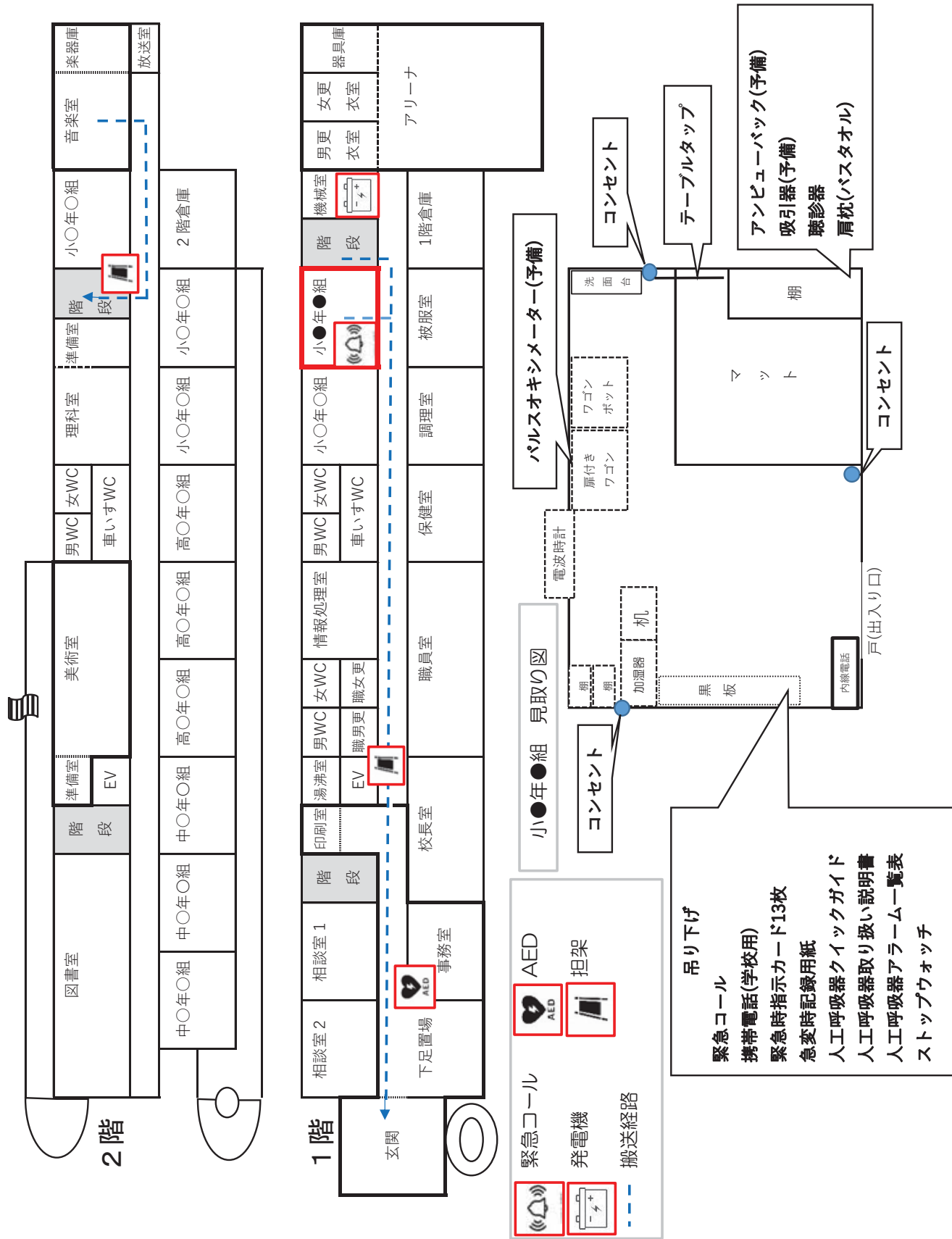
年 月 日

保護者氏名 _____

校内救急マップ (例)

青森県立〇〇学校 年 月 日

別紙2



情報提供書

年 月 日現在

氏 名 等	〇〇 〇〇 (年 月 日生 歳 男・女)
診 断 名	〇〇〇〇
主 治 医	〇〇〇病院 〇〇科 〇〇 〇〇 医師
医療的ケアの内容	<ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器常時使用 ・気管カニューレ挿入中 ・吸引(気管カニューレ内部、口腔内、鼻腔内) ・経管栄養(胃ろう)
健 康 状 態	<ul style="list-style-type: none"> ・身長 cm 体重 kg (年 月) ・筋緊張が強く、抗けいれん剤を使用している。 ・側わん症でコルセットを着用している。 ・股関節の可動域制限がある。 ・誤嚥しやすい。
想 定 さ れ る 緊 急 事 態	<ul style="list-style-type: none"> ・気管カニューレ抜去 ・呼吸困難 ・呼吸原性心停止
連 絡 事 項	<ul style="list-style-type: none"> ・救急車要請後、学校から〇〇〇病院〇〇科に連絡をする。 ・抱きかかえて移乗するときは、人工呼吸器を外す。移乗後速やかに装着する。 ・搬送時は気管カニューレが抜けないように保持しつつアンビューバッグによる加圧を継続。 ・吸引器、人工呼吸器を持参する(学校看護師が救急車に同乗する)。 ・パルスオキシメーターを常時装着している。 ・個別の緊急時対応マニュアル参照。

発生年月日	年 月 日
児童生徒氏名	

記録者： _____

必須記載事項

時刻	処 置	時刻	処 置
時 分	急変時刻	時 分	119番要請時刻
時 分	緊急コール 要請時刻	時 分	(搬送先病院名) 要請時刻
時 分	人工呼吸(アンビュー加圧) 開始	時 分	保護者連絡
時 分	心停止 確認時間		
時 分	心肺蘇生法 開始時間		
時 分	AED 装着時刻		
時 分	最初の除細動時刻		

上記以外の時間経過(バイタルサインSpO₂値(%))については以下に記入

時刻	
時 分	
時 分	
時 分	
時 分	
時 分	
時 分	
時 分	
時 分	
時 分	
時 分	
時 分	
時 分	
時 分	
時 分	
時 分	救急隊員教室到着
時 分	救急車出発

人工呼吸器の管理と緊急時に備えての必要物品（児童生徒氏名_____）

（※は家庭が準備する）

本人の近くに常に準備

- 人工呼吸器（本人用）※
- 移動用パルスオキシメーター（本人用）※
- アンビューバッグ（本人用）※
- 吸引器（本人用）※
- （吸引カテーテル○Fr、アルコール綿、
精製水、使い捨て手袋）※
- 経腸栄養ポンプ（本人用）※
- 聴診器
- 緊急時指示カード13枚
- 医療的ケア指示書（コピー）
- 主治医の意見書（コピー）
- 個別マニュアル

本人の予備物品

- 精製水※
- 吸引カテーテル※
- Yガーゼ※
- 胃ろう接続チューブ※
- シリンジ※

救急時（災害）搬送時

本人の持ち物

- 「本人の近くに準備」の物品一式
- 連絡表
- 衣類・掛け物※
- おむつ等※

同乗する教職員の持ち物

- 急変時記録用紙
- 携帯電話（学校用）
- 財布
- 筆記用具

教室内に準備

- 電源（コンセント）
- 緊急コール
- 携帯電話（学校用）
- 校内救急マップ
- 急変時記録用紙
- 人工呼吸器クイックガイド
- 人工呼吸器取り扱い説明書
- 人工呼吸器アラーム一覧表
- 聴診器
- ガートルスタンド
- セッシ
- ペンライト
- 予備用アンビューバッグ
- 予備用パルスオキシメーター
- 予備用パルスオキシメーターセンサー
- 予備用吸引器
- バスタオル（肩枕に使用）※
- 速乾性擦式手指消毒剤
（濃度 70%以上のエタノール）
- 除菌アルコール
- 使い捨て手袋
- ペーパータオル
- ティッシュ※
- クロスガーゼ
- 非接触型体温計
- 緊急連絡先一覧

学校内に準備

- AED(○○前)
- 発電機(○○室)

青森県立○○学校

年 月作成

参考 1

実態把握シートの使い方

- ① 人工呼吸器の使用について保護者から依頼があった際に配付し記入・提出していただく。
- ② 記載された内容について、保護者に口頭で確認をする。
- ③ ①②で得た情報を、校内委員会の資料として使用する。

実態把握シート

記入日 年 月 日

記入者

お子さんの健康状態等について、ご記入をお願いします。分からないところは記入不要です。

学校で人工呼吸器の使用を安全に実施することができるか協議、検討するための補助資料として使用します。

児童生徒氏名		
病 気 等	呼吸器の病気（気管・気管支・肺・胸膜）	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
	心臓の病気	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
	脊柱側弯症	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
	胸郭の変形	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
	筋緊張	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
	その他の病気	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
全 身 状 態	体温	℃ ～ ℃
	脈拍数	回/分 ～ 回/分
	自発呼吸の有無・呼吸数	<input type="checkbox"/> あり（ ） 回/分 ～ 回/分 <input type="checkbox"/> なし
	血圧	/ mmHg
	栄養摂取状況	<input type="checkbox"/> 決まった量の栄養を摂取できている <input type="checkbox"/> 食欲がなくなる、又は胃残量が多いときがある
	体重の増減	<input type="checkbox"/> 体調により増減がある（ kg～ kg） <input type="checkbox"/> なし
体 力 ・ 身 体 能 力	体力	バギー・座位保持椅子を使用して活動できる時間 （ ）分程度 ベット等で横になって活動できる時間（ ）分程度
	首のすわり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	手足の動きや可動制限	
	座位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	楽な姿勢	<input type="checkbox"/> ある（ ） <input type="checkbox"/> 特になし
	苦手な姿勢	<input type="checkbox"/> ある（ ） <input type="checkbox"/> 特になし
	言葉による理解	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> 不明
	自分の不調を訴える方法	<input type="checkbox"/> あり（言葉・表情・機嫌） <input type="checkbox"/> 不明
人 工 呼 吸 器 以 外 の 医 療 的 ケ ア	経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 口腔ネラトン <input type="checkbox"/> なし
	栄養注入ポンプ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	導尿	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他の医療的ケア	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし

人工呼吸器	人工呼吸器の使用を開始した時期、期間	歳 月 日から使用開始 (現在 年 月 日まで使用している)
	人工呼吸器使用の理由	
	人工呼吸器を使用する場面・時間	<input type="checkbox"/> 常時使用 <input type="checkbox"/> 特定の場面で使用 場面 () 使用をやめる目安 ()
	酸素の併用	<input type="checkbox"/> 常時あり (L/分) <input type="checkbox"/> 特定の場面であり (場面) (L/分) <input type="checkbox"/> なし
	人工呼吸器の設定	<input type="checkbox"/> 常時同じ設定で使用 <input type="checkbox"/> その他 ()
	呼吸状態把握のための指標	人工呼吸器使用時のSpO ₂ () % 人工呼吸器未使用時のSpO ₂ () % 1回換気量 (~) ml 最大吸気圧 (~) mmHg/hPa リーク量 (~) L/min 呼吸数 (~) 回/min
	一時的着脱時の対応	<input type="checkbox"/> バギーや車への乗降 (人工鼻・用手換気加圧・不要) <input type="checkbox"/> 着替え (人工鼻・用手換気加圧・その他) <input type="checkbox"/> 入浴時 (人工鼻・用手換気加圧・その他)
	時間的着脱の可否及び方法	<input type="checkbox"/> あり (時間) (方法 人工鼻使用・用手換気加圧・その他) <input type="checkbox"/> なし
	マスクの使用	<input type="checkbox"/> あり (フェイスマスク・鼻マスク・鼻口マスク) <input type="checkbox"/> なし
	気管切開部への接続	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	使用機種名	
	学校で使用する回路	<input type="checkbox"/> 加湿器回路 <input type="checkbox"/> 人工鼻回路
	内部バッテリー持続時間	約 () 時間
	外部バッテリー持続時間	約 () 時間
	人工呼吸器に関してのこれまでのトラブル	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
人工呼吸器業者連絡先	業者名 _____ 担当者名 _____ 電話番号 _____	

呼吸状態等	吸引の種類等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 鼻腔内（ Fr. cm挿入 kpa 秒 回/日） <input type="checkbox"/> 口腔内（ Fr. cm挿入 kpa 秒 回/日） <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 （ Fr. cm挿入 kpa 秒 回/日）
	吸引が必要となる状況	<input type="checkbox"/> SpO ₂ 低下時（ ）%以下 <input type="checkbox"/> たんなどの分泌物貯留音が聞かれたとき <input type="checkbox"/> 本人が要求したとき <input type="checkbox"/> 薬液吸入又は生理食塩水吸入後 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	吸入	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
	単純気管切開	<input type="checkbox"/> あり（手術日 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし
	喉頭気管分離術	<input type="checkbox"/> あり（手術日 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし
	気管カニューレの種類等	種類（ ） 内径（ ） mm <input type="checkbox"/> カフあり（エア cc） <input type="checkbox"/> カフなし
	気管切開孔周囲の肉芽	<input type="checkbox"/> あり（最終検査日 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし
	気管内肉芽	<input type="checkbox"/> あり（最終検査日 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし
永久気管孔	<input type="checkbox"/> あり（手術日 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし	
緊急時の対応（医師の指示）	気管カニューレが抜けたときの対応	
	本人用の気管カニューレの予備準備	<input type="checkbox"/> あり（場所 ） <input type="checkbox"/> なし
	本人用のアンビューバッグの準備	<input type="checkbox"/> あり（場所 ） <input type="checkbox"/> なし
	人工呼吸器の不具合があったときの対応	
	医療機関へ相談・搬送が必要な状態の目安	
	緊急搬送先	<input type="checkbox"/> 指定あり（ ） <input type="checkbox"/> 指定なし
その他	学校に伝えること	

学校環境把握シートの使い方

- ① 校内委員会で、必要な項目を精査する。
- ② ①で選んだ項目について、学校の管理体制を確認・整理する。

学校環境把握シート

記入日 年 月 日

本シートは、人工呼吸器の使用を安全かつ適切に実施する上での学校の管理体制を、組織的に確認・整理するための補助資料として使用するものである。全項目を整備しなければならないということではないことに留意し、使用すること。

児童生徒氏名	
家庭からの情報	◎主治医からの情報・指示と一致しているかを確認する
	鼻腔内吸引 <input type="checkbox"/> あり (回あるいは 時間ごと) <input type="checkbox"/> なし
	口腔内吸引 <input type="checkbox"/> あり (回あるいは 時間ごと) <input type="checkbox"/> なし
	気管内吸引 <input type="checkbox"/> あり (回あるいは 時間ごと) <input type="checkbox"/> なし
	吸引が必要となる状況 <input type="checkbox"/> SpO ₂ 低下時 () %以下 <input type="checkbox"/> たんなどの分泌物貯留音が聞かれたとき <input type="checkbox"/> 本人が要求したとき <input type="checkbox"/> 薬液吸入又は生理食塩水吸入後 <input type="checkbox"/> その他
	人工呼吸器に関してのこれまでのトラブル <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
	主治医の連絡先確認 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
学校に伝えること	
登校実績	登校日・時間のスケジュール 登校日 (定期 月・火・水・木・金) ←該当日に○ (不定期) 登校時間 : ~ : (時間)
	出欠状況 出席 日 (早退 日) 欠席 日 (欠席理由)
	学習の様子 <input type="checkbox"/> 予定された学習に参加することができた <input type="checkbox"/> 体調に応じて学習内容や時間を変更し、休憩時間を多く設定するなどしたことで学習に参加することができた <input type="checkbox"/> 学習に参加せず、主に休養をして過ごした
	その他の様子
	活動教室ごとの電源の確保 <input type="checkbox"/> あり (必要数 個 場所) <input type="checkbox"/> なし
	バッテリー残量の常時確認 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
	予備バッテリーの使用や対応についての保護者確認 <input type="checkbox"/> 済 (場所) <input type="checkbox"/> 未
	本人用のパルスオキシメーター <input type="checkbox"/> あり (機種) <input type="checkbox"/> なし

別冊

施設・設備・物品の確認	パルスオキシメーターの常時使用	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	本人用の酸素濃縮器	<input type="checkbox"/> あり（場所） <input type="checkbox"/> なし
	本人用の酸素ポンベの予備	<input type="checkbox"/> あり（場所） <input type="checkbox"/> なし
	本人用のアンビューバッグ	<input type="checkbox"/> あり（場所） <input type="checkbox"/> なし
	本人用の気管カニューレの予備	<input type="checkbox"/> あり（場所） <input type="checkbox"/> なし
	その他の緊急救急用品（本人用）	<input type="checkbox"/> あり（場所） <input type="checkbox"/> なし
	学校所有の発電機	<input type="checkbox"/> あり（場所） <input type="checkbox"/> なし
	医療機器と発電機の接続	<input type="checkbox"/> 可（） <input type="checkbox"/> 不可（）
	予備吸引器の配備	<input type="checkbox"/> あり（場所） <input type="checkbox"/> なし
	不特定の対象に用いるアンビューバッグ	<input type="checkbox"/> あり（種類・場所） <input type="checkbox"/> なし
	学校携帯電話の配備	<input type="checkbox"/> あり（場所） <input type="checkbox"/> なし
	災害時の避難場所の確認	<input type="checkbox"/> 済み（場所） <input type="checkbox"/> 未
	災害時に使用可能な電源情報	<input type="checkbox"/> あり（） <input type="checkbox"/> なし
	災害時に使用する連絡方法の決定	<input type="checkbox"/> あり（） <input type="checkbox"/> なし
	校内体制	緊急時対応及び緊急時指示カードの作成
校内救急マップ		<input type="checkbox"/> あり（） <input type="checkbox"/> なし 作成日（ 年 月 日）
主となる学校看護師の配置		<input type="checkbox"/> あり（） <input type="checkbox"/> なし
学校看護師のローテーション		<input type="checkbox"/> 可（） <input type="checkbox"/> 不可
人員配置の計画		<input type="checkbox"/> 学校看護師の待機場所（同室待機・別室待機） <input type="checkbox"/> 移乗時に必要な人員数（ ）人
登下校時の確認内容		<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 気管カニューレバンドの状態 <input type="checkbox"/> 医療的ケアの物品（緊急時用物品含む）の不備・不足 <input type="checkbox"/> その他（ ）
養護教諭と教職員の情報共有		<input type="checkbox"/> あり（） <input type="checkbox"/> なし 実施日（ 年 月 日）
ヒヤリ・ハットの情報共有（職員間）	<input type="checkbox"/> あり（方法） <input type="checkbox"/> なし	

	ヒヤリ・ハットの報告体制 (主治医又は指導医)	<input type="checkbox"/> あり(方法) <input type="checkbox"/> なし
個別マニュアル	人工呼吸器個別マニュアル	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 作成日(年 月 日)
	主治医又は指導医の十分な協議と連絡がとれ、両者の了承が得られている	<input type="checkbox"/> 得られている(確認日) <input type="checkbox"/> 得られていない()
教職員の研修・理解	学校看護師に対する必要な校内研修の実施又は計画	<input type="checkbox"/> あり(内容) <input type="checkbox"/> なし 実施日(年 月 日)
	学校看護師が疑問を感じた場合に相談できる体制	<input type="checkbox"/> あり(相談機関) <input type="checkbox"/> なし
	教職員全体に対する校内研修の実施又は計画	<input type="checkbox"/> あり(内容) <input type="checkbox"/> なし 実施日(年 月 日)
	教職員が学校看護師と協力して行う項目を理解している	<input type="checkbox"/> 済(年 月 日 確認) <input type="checkbox"/> 未
保護者との協力体制	学校が定めた手順について、保護者が理解し同意している(緊急時の対応を含む)	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない(理由)
	保護者が準備する医療的ケアで使用する物品と、学校が準備する物品の仕分けについて双方で確認している	<input type="checkbox"/> 済(年 月 日 確認) <input type="checkbox"/> 未
主治医等との連携	学校における実施体制について理解した上で、安全に実施できる医療的ケア実施指示書を作成	<input type="checkbox"/> あり(作成日 年 月 日) (有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし
	緊急時の対応を詳細に医療的ケア実施指示書に記載する	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし
	人工呼吸器に関する情報の提供	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし
	学校は主治医訪問を実施し、学校での学習場面や生活実態、医療的ケア実施状況を伝える	<input type="checkbox"/> 済(年 月 日 実施) <input type="checkbox"/> 未 訪問した教員()

	医療的ケアを学校で実施することに関して、主治医又は指導医から了承を得る	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 不可
	個別マニュアルについて、主治医又は指導医から了承を得る	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 不可
	主治医又は指導医が、学校で定めた手順・規程に従って実施状況を実施前に確認する	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 不可
業者との連携 人工呼吸器	人工呼吸器業者と学校間の連携	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	緊急時対応の具体的な方法の確認（業者の連絡先・代替機対応など）	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 不可
県教育委員会との連携	県教育委員会への報告・相談体制が構築されている	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月 日 実施） <input type="checkbox"/> 未
	実施に向けた県教育委員会への連絡・相談	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月 日 実施） <input type="checkbox"/> 未
	県教育委員会へ必要な予算措置の申請	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月 日 実施） <input type="checkbox"/> 未
緊急時の対応	緊急時対応訓練の実施	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 未 （ 年 月 日 ）
	個別の緊急時対応マニュアルの作成	<input type="checkbox"/> 済（ ） <input type="checkbox"/> 未 作成日（ 年 月 日 ）
	緊急連絡先の明記	<input type="checkbox"/> 済（保護者・主治医・業者） <input type="checkbox"/> 未
	必要に応じて学校近隣病院への協力依頼	<input type="checkbox"/> 済（病院名 医師名 ） <input type="checkbox"/> 未 依頼日（ 年 月 日 ）
	主治医又は指導医の十分な協議と連絡がとれ、両者の了承が得られている	<input type="checkbox"/> 得られている（確認日 ） <input type="checkbox"/> 得られていない（ ）
	移動時及び移動先での電源確保	校外学習の予定（ 年 月 日 実施） <input type="checkbox"/> 移動手段（ ） <input type="checkbox"/> 移動にかかる時間（ ） <input type="checkbox"/> 移動時の使用電源（ ） 移動先での電源確保 <input type="checkbox"/> あり（必要数 個 場所 ） <input type="checkbox"/> なし

校外 学 習	参加についての主治医への 相談	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月 日 実施） <input type="checkbox"/> 未
	関係者間での役割分担	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月 日 実施） <input type="checkbox"/> 未
	移動先でも対応可能な緊急 連絡網の整備	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月 日 実施） <input type="checkbox"/> 未
	移動先の人工呼吸器業者と 連絡がとれる準備	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月 日 依頼） <input type="checkbox"/> 未
	移動先の医療機関や消防署 等への事前の依頼	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月 日 依頼） <input type="checkbox"/> 未
	医療機関への紹介状の準備	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月 日 依頼） <input type="checkbox"/> 未
	移動中に、一時避難的に駐 車できる場所の確認	<input type="checkbox"/> 済（ 年 月 日 確認） <input type="checkbox"/> 未

標記について、下記のとおり指示いたします。

指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

児童生徒氏名 _____

具体的な提供内容											
人工呼吸器について	<input type="checkbox"/> 自発呼吸 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の種類 <input type="checkbox"/> TPPV <input type="checkbox"/> NPPV (マスクの種類: _____) <input type="checkbox"/> 普段の装着時間 <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 定時 : _____ ~ : _____ <input type="checkbox"/> 補助的に使用する(時間・場面・注意事項等)										
	<input type="checkbox"/> 一時的な着脱について <input type="checkbox"/> 可能 想定される場面 着脱可能な時間 [_____]分 <input type="checkbox"/> 不可										
	○設定等										
	使用機種										
	換気モード <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> SIMV <input type="checkbox"/> A/C <input type="checkbox"/> Sモード <input type="checkbox"/> Tモード <input type="checkbox"/> S/Tモード <input type="checkbox"/> その他 (_____)										
	換気様式 <input type="checkbox"/> 従量式 <input type="checkbox"/> 従圧式										
	酸素流量 有・無 L/分 _____ 酸素濃度 _____ %										
	加湿器 有・無 設定温度 _____ °C										
	その他の設定										
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:33%; height: 20px;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> </table>										
排痰補助装置	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 機種 (_____) 学校での使用時間 (: _____ ~ : _____) 注意事項 [_____]										
緊急時対応	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">緊急時</th> <th style="width: 70%;">対応</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>バイタルサインの変調時 (SpO₂・心拍・顔色等) ・ ・</td> <td></td> </tr> <tr> <td>起こりやすいトラブル ・ ・ ・</td> <td></td> </tr> <tr> <td>トラブルの既往 ・ ・ ・</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他の注意事項・留意点</td> </tr> </tbody> </table>	緊急時	対応	バイタルサインの変調時 (SpO ₂ ・心拍・顔色等) ・ ・		起こりやすいトラブル ・ ・ ・		トラブルの既往 ・ ・ ・		その他の注意事項・留意点	
	緊急時	対応									
	バイタルサインの変調時 (SpO ₂ ・心拍・顔色等) ・ ・										
	起こりやすいトラブル ・ ・ ・										
トラブルの既往 ・ ・ ・											
その他の注意事項・留意点											
校外学習など、校外での活動における対応											

年 月 日
医師氏名 印

参考4

人工呼吸器の個別マニュアル（気管切開下陽圧人工呼吸器の場合）（例）

【児童生徒氏名】		部	年	組	〇〇	〇〇	【作成日】	年	月	日	
【必要物品】		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 電源コード <input type="checkbox"/> バッテリー予備（着脱式） <input type="checkbox"/> アンビューバッグ <input type="checkbox"/> 緊急用フェイスマスク <input type="checkbox"/> テストラング <input type="checkbox"/> 緊急用気管カニューレ <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ <input type="checkbox"/>									
【人工呼吸器の設定】											
使用機種：		換気モード：									
加湿器		有・無	設定温度								℃
※その他の設定は指示書による。											
※加湿器と人工鼻との併用はしないこと。											
【実施手順】											
登下校時	1	保護者と一緒に、人工呼吸器の接続等の確認と、必要物品の確認を行う。 ・気管カニューレから人工呼吸器までの回路が確実に接続されているか確認する。 ・必要物品がそろっているか確認する。 ・バッテリーの残量を確認する。									
	2	人工呼吸器の設定が主治医の指示どおりであることを確認する。									
	3	気管カニューレが抜けないように固定されているか確認する。									
	4	バイタルサイン・呼吸状態・顔色・機嫌など、全身の状態を観察する。									
気管内吸引時	1	教職員は、学校看護師が外したフレックスチューブにテストラングを接続する。（人工呼吸器を外す。）									
	2	教職員は吸引を終えた学校看護師とタイミングを合わせてフレックスチューブからテストラングを外して学校看護師に渡す。									
	3	学校看護師は、速やかにフレックスチューブを接続する。（人工呼吸器を接続する。）									
	4	人工呼吸器回路の接続状態と呼吸状態を確認する。									
車椅子乗降時	1	バイタルサインを測定し、吸引が必要なときは実施する。									
	2	回路内に水が貯留していないか確認し除去する。（水が気管内に垂れ込まないようにする。）									
	3	学校看護師は、移動介助を行う教職員2名とタイミングを合わせて気管カニューレからフレックスチューブを外す。（人工呼吸器を外す。）外したフレックスチューブにテストラングを接続する。									
	4	移動後は、学校看護師が速やかに気管カニューレにフレックスチューブを接続し（人工呼吸器を接続）、適切な位置に調整する。									
	5	人工呼吸器回路の接続状態を確認する。									
アラーム作動時	1	気管内吸引や車椅子乗降時以外でアラームが鳴った場合は次の対応をする。 ・対象児の呼吸状態の観察と、表示パネルの確認をする。 ・アラームトラブルシューティング表に沿って対応する。 ・原因不明の場合、対象児の呼吸状態の変化に応じ、必要時緊急時対応マニュアルに沿って対応する。（養護教諭や管理職への連絡、アンビューバッグで呼吸を確保する等） ・機械の故障が疑われる場合は、保護者へ連絡し、業者へ連絡してもらう。									
	2	電源コンセント抜き差し時にアラームが鳴るので、次の対応をする。 ・バッテリー又は電源に切り替わったことを確認する。抜いた後はリセットボタンを押す。									
【学習時の注意事項】		<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器に揺れや振動等の負荷がかからない学習を基本とする。 気管カニューレや回路の接続部分にテンションがかからないように緩みをもたせるなど、対象児と人工呼吸器との位置関係に注意する。 学習の内容において、教職員・学校看護師間で打合せを行い、安全に実施できる体制を整える。必要に応じて保護者、主治医又は指導医等に相談し実施する。 トランポリンやブランコ等の遊具を使用する場合には、人工呼吸器に揺れや振動等の負荷がかからないよう注意し、学校看護師が付き添っている場合は教職員と学校看護師が連携しながら行う。 									
【学校看護師や養護教諭に連絡又は報告すべき事項（近くに学校看護師がいないとき）】		<ul style="list-style-type: none"> 本人の様子の変化（SpO₂の低下や心拍数の変化、顔色変化など）や人工呼吸器の作動状況の急変時にはすぐに学校看護師や養護教諭に連絡する。 									
SpO ₂		%以下	HR上限	回/分	・	下限	回/分				
【緊急時の連絡先】		※機械や回路の異常の場合：保護者が直接業者へ連絡してアドバイスを受ける。									
保護者		_____（続柄）					電話番号 _____				
主治医		_____ 病院			_____ 科		先生		電話番号 _____		
その他の連絡先		_____									

「医療的ケアガイドブック」作成委員会

○アドバイザー

所 属	職 名	氏 名
青森県小児在宅支援センター	医 師	網 塚 貴 介
	看 護 師	奥 寺 さ お り
	看 護 師	大 谷 直 美

○作成委員

所 属	職 名	氏 名
県立青森第一養護学校	養 護 教 諭	丹 代 菜 々
県立青森若葉養護学校	養 護 教 諭	高 屋 倫 子
県立青森第一高等養護学校	養 護 教 諭	木 浪 礼 子
県立むつ養護学校	養 護 教 諭	藤 原 奏 子
県立青森聾学校	養 護 教 諭	須 藤 慎 子
県立弘前聾学校	臨時講師（看護師）	佐 藤 真 弓
県立八戸聾学校	臨時講師（看護師）	乗 上 尚 子
県立弘前第二養護学校	臨時講師（看護師）	川 原 郁 恵
県立八戸第一養護学校	臨時講師（看護師）	北 田 恵
県立浪岡養護学校	臨時講師（看護師）	西 沢 久 美 子
県立七戸養護学校	臨時講師（看護師）	米 沢 貴 子
八戸市教育委員会こども支援センター	主 任 指 導 主 事	横 沢 吉 則
黒石市教育委員会	主 任 指 導 主 事	武 田 勇 人
五所川原市教育委員会	指 導 主 事	神 大 輔
三沢市教育委員会	指 導 主 事	近 松 慎 司
むつ市教育委員会	指 導 主 事	田 中 め ぐ み
平内町教育委員会	主 任	畑 井 啓 佑
青森県総合学校教育センター	指 導 主 事	辻 村 義 樹

令和4年度特別支援学校における医療的ケア運営協議会委員

所 属	職 名	氏 名
公益社団法人青森県医師会	常 任 理 事	田 中 完
公益社団法人青森県看護協会	会 長	梶 谷 京 子
下北医療センター むつ総合病院	小児神経科部長	小 出 信 雄
県立さわらび療育福祉センター	診 療 部 長	三 上 修
独立行政法人国立病院機構青森病院	小 児 科 部 長 臨 床 研 究 部 長	藤 田 浩 史
青森県立中央病院	成 育 科 部 長	網 塚 貴 介
横浜創英大学	教 授	中 村 由 美 子
県立浪岡養護学校	元 校 長	野 村 昭 夫
県立青森第一高等養護学校	校 長	菊 地 康 弘
県立八戸第一養護学校	校 長	小 松 崎 明
県健康福祉部障害福祉課	総 括 主 幹	築 田 陽 子
県健康福祉部医療薬務課	主 査	福 島 香 織
県教育庁スポーツ健康課	指 導 主 事	成 田 綾 子
県総合学校教育センター特別支援教育課	課 長	菊 地 圭 子
青森県特別支援学校PTA連合会 (県立むつ養護学校)	P T A 役 員	畑 中 優 子

このガイドブックの作成に当たって、県教育庁においては、次の者が編集に当たった。

高橋	英樹	県教育庁学校教育課長
高井	和紀	県教育庁学校教育課課長代理
村井	知史	県教育庁学校教育課特別支援教育推進室室長
千葉	新一	県教育庁学校教育課特別支援教育推進室主任指導主事
相坂	潤	県教育庁学校教育課特別支援教育推進室指導主事
島津	裕子	県教育庁学校教育課特別支援教育推進室指導主事
盛	寿寛	県教育庁学校教育課特別支援教育推進室指導主事
田村	恵	県教育庁学校教育課特別支援教育推進室指導主事
工藤	治	県教育庁学校教育課小中学校指導グループ指導主事

青森県の特別支援教育における
医療的ケアガイドブック

令和5年3月

青森県教育委員会

