

(様式第1号)

学校体制による人工呼吸器対応実施希望申出書

令和 年 月 日

学校長 様

部・学年 _____ 部 _____ 学年 _____

児童・生徒氏名 _____

(生年月日 平成 年 月 日)

保護者氏名 _____

上記児童生徒について、「特別支援学校における学校体制による人工呼吸器を使用している児童生徒への対応ガイドライン」実施手順により、学校体制による人工呼吸器対応の実施を検討してください。

1 理由 (本人・保護者の願い)

2 その他

様式第3—1号添付

(様式第2-1号)

令和 年 月 日

主治医 様

学校長

学校体制による人工呼吸器対応を検討している児童生徒について（依頼）

日頃より、本校児童生徒の療育・教育に対して御理解と御配慮を賜っておりますことに感謝申し上げます。

この度、下記の児童生徒の保護者から、学校体制による人工呼吸器対応の実施希望の申出があり、人工呼吸器を利用している児童生徒が、安全に学校生活を送るために、予想し得るリスクと対応について学校・医療機関・保護者で確認しておくための『緊急時対応リスクマニュアル／指示書（案）』（様式第3号—1）を作成しています。

主治医として、人工呼吸器使用上のリスクと対応について御記入いただきたく、依頼申し上げます。御多用のところ恐縮ですが、お願い申し上げます。

記

部・学年 _____ 部 _____ 学年 _____

児童・生徒氏名 _____

(生年月日 平成 年 月 日)

保護者氏名 _____

(様式第3-1号)

学校生活での安全管理に関する情報

『緊急時対応リスクマニュアル／指示書（案）』

対象児童生徒氏名： _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

【連絡先】（学校で記載）

保護者	① 母 携帯	② 自宅 市内局番から	③父 携帯 ③ 勤務先 携帯または市内局番から
医療	主治医	病院 Dr/療育支援部（ ）	TEL ⇒連絡先 具体的な担当窓口（ ）
	協力病院	病院 Dr/地域連携室（ ）	TEL ⇒連絡先 具体的な担当窓口（ ）
呼吸器業者	① 担当者（ ）：携帯 本社：TEL	② 担当者（ ）：携帯 本社または専任営業所：TEL	
学校	学校 _____ 部 _____ 年 _____	TEL _____	

【医療】呼吸器機種『 _____ 』

学校に申請している医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器（設定： _____ 吸気時間 _____ RR _____ TV _____ PEEP _____ P.S. _____ 流量 _____ 圧トリガー _____ 圧制御 _____） <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引（ <input type="checkbox"/> 気管 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 口腔） <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう）（ _____ Fr、 _____ cm／固定水 _____ ml） <input type="checkbox"/> 導尿（間欠 _____ Fr、 _____ 回） <input type="checkbox"/> その他（内服・座薬）
-------------------	--

【学校で準備している物品】（※学校で記載）

学校準備品	非常用電源（発電機）
個人予備物品	呼吸器回路一式、カテーテルマウント、加湿器用温度プローブ、人工鼻、蒸留水
携帯品	気管カニューレ / 固定紐 / Yガーゼ / 酸素ポンプ / アンビューバック パルスオキシメーター

【予想されるリスクと対応】

※該当しないものは消してください。必要な場合修正の書き込みをお願いします。また、必要に応じ、酸素投与量、観察時間など【 】に指示をご記入ください。

レベルA（致命的なリスク）	対 応
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器トラブル ⇒P に添ってアラーム対応 ・アラーム対応を行ったが、呼吸器トラブルが改善されない。	本人の体調（バイタル、顔色など）に変化ない場合 ① アンビュー加圧する ② 酸素投与する 投与量：【 ℓ/分】 SPO2 %保てるように投与 ③ 呼吸器業者、保護者へ連絡する。 代替え機が届くまでの時間を確認する。長時間かかる場合は、体調が安定していても救急搬送する。 本人の体調に変調がある場合 ① アンビュー加圧する ② 酸素投与する 投与量：【 ℓ/分】 SPO2 %保てるように投与 ③ 救急搬送の手配をする ④ 呼吸器業者、保護者へ連絡する
<input type="checkbox"/> 気管カニューレ誤抜去、閉塞時 ・支援中の誤抜去 ・吸引やアンビュー加圧時に誤抜去 ・吸引チューブがカニューレに入らず閉塞の疑い ・アンビュー加圧ができず閉塞の疑い	①予備のカフなしカニューレを再挿入する。 ②SpO2 確認する ⇒【 %】を維持できない場合 酸素【 】ℓ/min 投与する ④ SpO2 が【 %】維持できない場合は、救急搬送する。 ⑤ SpO2 が回復した場合は保護者連絡する。
<input type="checkbox"/> 全身けいれんが【 分】続く	①けいれんが続く場合、緊急搬送をする。
<input type="checkbox"/> その他	
レベルB（緊急対応が必要なリスク）	対 応
<input type="checkbox"/> SpO2 が %以下になる	① 酸素【 ℓ/分】を使用しても SpO2 【 %】以上を維持できない場合、救急搬送
<input type="checkbox"/> 気管カニューレカフのトラブル ・カフエア漏れ	①カフエア上限【 】を確認する。

<input type="checkbox"/> 胃ろうボタンの誤抜去 <ul style="list-style-type: none"> ・誤抜去 ・抜去に伴う出血 ・抜去に伴う胃内容物の漏れ 	①抜去された胃ろうボタンを再挿入する。または、ネラトンか吸引チューブを挿入しテープで固定する。 ②保護者連絡し受診を依頼する。 ③最終注入、内服薬を保護者に伝える。
<input type="checkbox"/> 骨折及び骨折の疑い <ul style="list-style-type: none"> ・体位交換、移乗前後などに心拍が平常時より上昇する場合 	①全身観察をする。腫脹・発赤・熱感の有無・体位交換や移乗などによる心拍上昇及び表情の変化を確認 ②骨折又は疑い（判断に迷う場合も含む）の場合は、保護者連絡し受診または救急搬送する
<input type="checkbox"/> その他 <ul style="list-style-type: none"> ・バイタルサインの変調 (例：急な発熱、呼吸が速い、嘔吐、下痢等)	①興奮・緊張、てんかん発作、傾眠傾向などはないが、平常時のバイタルサインを逸脱している場合は、保護者に連絡。保護者の判断で受診。
レベルC	対 応
<input type="checkbox"/> てんかん発作 <ul style="list-style-type: none"> ・発作が【 分】以上続く 	①発作が【 分】以上続く場合は、保護者に連絡し対応する。 対応内容：
<input type="checkbox"/> その他	対応内容：
<input type="checkbox"/> その他	対応内容：

記載日 年 月 日

所属医療機関 _____

主治医氏名 _____

様式第3—2号添付

(様式第2-2号)

令和 年 月 日

協力病院担当医 様

学校長

学校体制による人工呼吸器対応を検討している児童生徒について（依頼）

日頃より、本校児童生徒の療育・教育に対して御理解と御配慮を賜っておりますことに感謝申し上げます。

この度、下記の児童生徒の保護者から、学校体制による人工呼吸器対応の実施希望の申出があり、人工呼吸器を利用している児童生徒が、安全に学校生活を送るために、予想し得るリスクと対応について学校・医療機関・保護者で確認しておくための『緊急時対応リスクマニュアル／指示書（案）』（様式第3号—2）を作成しています。

つきましては、協力病院担当医から、人工呼吸器使用上のリスクと対応について御記入いただきたく、依頼申し上げます。

御多用のところ恐縮ですが、お願い申し上げます。

記

部・学年 _____ 部 _____ 学年 _____

児童・生徒氏名 _____

(生年月日 平成 年 月 日)

保護者氏名 _____

(様式第3-2号)

学校生活での安全管理に関する情報

『緊急時対応リスクマニュアル／指示書 (案)』

対象児童生徒氏名： _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

【連絡先】(学校で記載)

保護者	④ 母 携帯	⑤ 自宅 市内局番から	③父 携帯 ⑥ 勤務先 携帯または市内局番から
医療	主治医	病院 Dr/療育支援部 ()	TEL ⇒連絡先 具体的な担当窓口 ()
	協力病院	病院 Dr/地域連携室 ()	TEL ⇒連絡先 具体的な担当窓口 ()
呼吸器業者	① 担当者 () : 携帯 本社 : TEL	② 担当者 () : 携帯 本社または専任営業所 : TEL	
学校	学校 _____ 部 _____ 年 _____	TEL _____	

【医療】呼吸器機種『 _____ 』

学校に申請している医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (設定 : _____ 吸気時間 _____ RR _____ TV _____ PEEP _____ P.S. _____ 流量 _____ 圧トリガー _____ 圧制御 _____)
	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 (<input type="checkbox"/> 気管 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 口腔) <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) (_____ Fr、 _____ cm / 固定水 _____ ml) <input type="checkbox"/> 導尿 (間欠 _____ Fr、 _____ 回) <input type="checkbox"/> その他 (内服・座薬)

【学校で準備している物品】(※学校で記載)

学校準備品	非常用電源 (発電機)
個人予備物品	呼吸器回路一式、カテーテルマウント、加湿器用温度プローブ、人工鼻、蒸留水
携帯品	気管カニューレ / 固定紐 / Y ガーゼ / 酸素ポンプ / アンビューバック パルスオキシメーター

<input type="checkbox"/> 胃ろうボタンの誤抜去 <ul style="list-style-type: none"> ・誤抜去 ・抜去に伴う出血 ・抜去に伴う胃内容物の漏れ 	①抜去された胃ろうボタンを再挿入する。または、ネラトンか吸引チューブを挿入しテープで固定する。 ②保護者連絡し受診を依頼する。 ③最終注入、内服薬を保護者に伝える。
<input type="checkbox"/> 骨折及び骨折の疑い <ul style="list-style-type: none"> ・体位交換、移乗前後などに心拍が平常時より上昇する場合 	①全身観察をする。腫脹・発赤・熱感の有無・体位交換や移乗などによる心拍上昇及び表情の変化を確認 ②骨折又は疑い（判断に迷う場合も含む）の場合は、保護者連絡し受診または救急搬送する
<input type="checkbox"/> その他 <ul style="list-style-type: none"> ・バイタルサインの変調 (例：急な発熱、呼吸が速い、嘔吐、下痢等)	①興奮・緊張、てんかん発作、傾眠傾向などはないが、平常時のバイタルサインを逸脱している場合は、保護者に連絡。保護者の判断で受診。
レベルC	対 応
<input type="checkbox"/> てんかん発作 <ul style="list-style-type: none"> ・発作が【 分】以上続く 	①発作が【 分】以上続く場合は、保護者に連絡し対応する。 対応内容：
<input type="checkbox"/> その他	対応内容：
<input type="checkbox"/> その他	対応内容：

記載日 年 月 日

医療機関(協力病院) _____

担当医氏名 _____

(様式第3-3号)

学校生活での安全管理に関する情報

『緊急時対応リスクマニュアル／指示書』

対象児童生徒氏名： _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

【連絡先】(学校で記載)

保護者	⑦ 母 携帯	⑧ 自宅 市内局番から	③父 携帯 ⑨ 勤務先 携帯または市内局番から
医療	主治医	病院 Dr/療育支援部 ()	TEL ⇒連絡先 具体的な担当窓口 ()
	協力病院	病院 Dr/地域連携室 ()	TEL ⇒連絡先 具体的な担当窓口 ()
呼吸器業者	① 担当者 (): 携帯 本社：TEL	② 担当者 (): 携帯 本社または専任営業所：TEL	
学校	学校 _____ 部 _____ 年 _____	TEL _____	

【医療】呼吸器機種『 _____ 』

学校に申請している医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (設定： _____ 吸気時間 _____ RR _____ TV _____ PEEP _____ P.S. _____ 流量 _____ 圧トリガー _____ 圧制御 _____)
	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 (<input type="checkbox"/> 気管 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 口腔) <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) (_____ Fr、 _____ cm / 固定水 _____ ml) <input type="checkbox"/> 導尿 (間欠 _____ Fr、 _____ 回) <input type="checkbox"/> その他 (内服・座薬)

【学校で準備している物品】(※学校で記載)

学校準備品	非常用電源 (発電機)
個人予備物品	呼吸器回路一式、カテーテルマウント、加湿器用温度プローブ、人工鼻、蒸留水
携帯品	気管カニューレ / 固定紐 / Yガーゼ / 酸素ボンベ / アンビューバック パルスオキシメーター

<input type="checkbox"/> 骨折及び骨折の疑い ・体位交換、移乗前後などに心拍が平常時より上昇する場合	①全身観察をする。腫脹・発赤・熱感の有無・体位交換や移乗などによる心拍上昇及び表情の変化を確認 ②骨折又は疑い（判断に迷う場合も含む）の場合は、保護者連絡し受診または救急搬送する
<input type="checkbox"/> その他 ・バイタルサインの変調 （例：急な発熱、呼吸が速い、嘔吐、下痢等）	①興奮・緊張、てんかん発作、傾眠傾向などはないが、平常時のバイタルサインを逸脱している場合は、保護者に連絡。保護者の判断で受診。
レベルC	対 応
<input type="checkbox"/> てんかん発作 ・発作が【 分】以上続く	①発作が【 分】以上続く場合は、保護者に連絡し対応する。 対応内容：
<input type="checkbox"/> その他	対応内容：
<input type="checkbox"/> その他	対応内容：

実施期間 令和 年 月 日 () ～ 令和 年 月 日 ()

作成年月日 令和 年 月 日 学校長 印

上記の対応を適切と認めます。 令和 年 月 日

医療機関名 (主治医)
 所 在 地
 電 話
 医 師 氏 名 _____ 印

上記の対応を適切と認めます。 令和 年 月 日

医療機関名 (緊急時対応病院)
 所 在 地
 電 話
 医 師 氏 名 _____ 印

上記「緊急時対応リスクマニュアル」について、同意いたします。 令和 年 月 日

保護者 _____ 印