

胃ろうからのシリンジ注入に関するガイドライン

令和8年4月

静岡県教育委員会

目次

はじめに

1 シリンジ注入の実施条件	1
(1) 実施対象になる児童・生徒の条件	
(2) 主治医の許可	
(3) 学校の医療的ケア体制	
2 実施する内容と実施者	1
(1) 実施する内容	
(2) 実施者	
3 実施までの手続き	2
4 保護者の協力と連携	3
(1) 保護者への説明	
(2) 保護者の役割	
5 食物アレルギーについて	3
6 緊急時対応	4
(1) 注入実施の観察項目	
(2) 緊急時対応（例）	
(3) 緊急時連絡先	

<個別の案件検討資料>

参考資料1：医療的ケア実施依頼書

参考資料2：医療的ケアについての意見書

参考資料3：医療的ケア実施個別マニュアル

はじめに

近年、食事を粒のないペースト状（以下、ペースト食、ミキサー食を合わせて「初期食」という。）にして、胃ろうからシリンジで注入する方法が注目されてきました。胃ろうからの初期食シリンジ注入は、本来の食事に近く、栄養面からも食育の観点からも優れた方法であるとされています。また、初期食の形状は液体の栄養剤より粘度が高いため、胃食道逆流症が起こりにくく、ダンピング症候群を防ぐことができるというメリットもあるため、すでに家庭や就学前施設等で初期食シリンジ注入の実績が増えている状況にあります。

こうした状況を受け、県教育委員会では、初期食シリンジ注入（半固形栄養剤の注入を含む。）を実施する際には、県医療的ケア運営協議会で個別のケースとして協議し、該当児童生徒の体調や学校体制の確認をした上で、各校で実施してきました。現在、医療機関や就学前施設等で初期食シリンジ注入が推奨されていることを考えると、今後も、昼食時に初期食シリンジ注入を必要とする児童生徒は増加すると考えられます。

そこで、県教育委員会では、学校において胃ろうからの初期食シリンジ注入を安全に実施するにあたり、留意すべきことや緊急時の対応など、基本的かつ重要な事項を整理して、本ガイドラインとして示すことにいたしました。

該当の学校は、本ガイドラインに基づき、対象となる児童生徒が心身共に健康で充実した学校生活を送れるよう、医療関係者及び保護者等と連携し、安全かつ適切に初期食シリンジ注入を実施して下さるようお願いいたします。

令和7年4月 静岡県教育委員会

改訂履歴

- ・令和7年4月 策定
- ・令和7年11月 一部改訂（2実施する内容と実施者(1)実施する内容）
- ・令和8年4月 一部改訂（3実施までの手続き）

1 初期食シリンジ注入（以下、「シリンジ注入」という。）の実施条件

(1) 実施対象になる児童・生徒の条件

- ・保護者からのシリンジ注入の希望があること。（保護者は「医療的ケア実施依頼書」を学校に提出する。）
- ・経口摂取と併用して実施する場合も含め、体調が安定しており、かつ家庭でのシリンジ注入を実施していること。
- ・学校において保護者によるシリンジ注入が問題なくできていること。
（3回程度、保護者による実施が必要）
- ・腸ろうについては、腸は消化された状態での注入が必要なため、対象としない。栄養摂取の方法が胃ろうからの注入であること。

(2) 主治医の許可

- ・主治医より、学校でのシリンジ注入について、安全な実施が可能であると許可があること。（主治医は「医療的ケアについての意見書」を学校に提出する。）
- ・食物アレルギー対応については、緊急時対応を含め、主治医から具体的かつ明確な指示を受けること。

(3) 学校の医療的ケア体制

- ・初期食の注入については、給食室の施設設備状況や実施体制を考慮して、校内の医療的ケア安全委員会等で十分検討した上で、校長が実施の可否を判断する。必要に応じて、学校は県教育委員会に相談し、実施の可否を判断する。
- ・保護者の希望、医師の意見書を踏まえ、学校は対象児の「医療的ケア実施個別マニュアル」を作成する。
- ・学校は、「医療的ケア実施依頼書」「医療的ケアについての意見書」「医療的ケア実施個別マニュアル」を県教育委員会に提出する。

2 実施する内容と実施者

(1) 実施する内容

項目	内容
方法	シリンジを使用して胃ろうから初期食及び半固形栄養剤の注入
水分補給時	水分または栄養剤（主治医から決められた量を提供）
昼食時	初期食または半固形栄養剤（主治医から決められた量を提供）
時間	水分補給時は15分、給食時は1時間を目安とする。
場所	学校内（給食室、教室等）及び校外。 校外での実施については次のことを確認すること。 1 校内の医療的ケア体制が整っていること。 2 事前に校内委員会等で検討し、校外での安全な実施が可能であること。

※水分（水、経口補水液等）の注入については、主治医の許可を得ているものであれば、医療的ケア運営協議会での協議は不要。その他の飲料については個別の案件

として、「3実施までの手続き」沿って医療的ケア運営協議会委員長と県教育委員会で随時協議する。

(2) 実施者

- ・ 医療的ケア看護職員がシリンジ注入を実施する。

3 実施までの手続き

胃ろうからのシリンジ注入は、安全な実施体制を構築するため、事前に家庭での確認事項や保護者が来校して初期食注入を実施する期間があることに十分留意する。

申請から実施、報告までの手続き	
1	学校は、保護者からシリンジ注入の希望・相談を受ける。 学校は、保護者に家庭での実施状況を確認する。
2	保護者は、学校に「医療的ケア実施依頼書」を提出する。
3	学校は、校内の医療的ケア安全委員会で校内体制等を確認する。
4	主治医は、学校に「医療的ケアについての意見書」（医師の意見書）を提出する。 学校は、主治医に食物アレルギー対応の必要の有無について確認する。
5	保護者は、学校でシリンジ注入を実施する。（3回程度）
6	学校は、「医療的ケア実施個別マニュアル」を作成する。
7	学校は、県教育委員会に協議に必要な書類を提出する。
8	医療的ケア運営協議会委員長、県教育委員会で随時協議する。
9	協議後、実施の可否を県教育委員会から該当校へ連絡する。
10	学校は、保護者に学校での実施について回答する。
11	実施可能な場合は、学校は、医師（主治医もしくは指導医）による臨床研修を実施する。
12	医療的ケア看護職員による実施を開始する。

4 保護者の協力と連携

胃ろうからのシリンジ注入を安全に実施するにあたり、学校は、学校におけるシリンジ注入の詳細を保護者に丁寧に説明し、十分な協力を得られるようにする。

(1) 保護者への説明

学校は、年度初めの医療的ケア保護者会等において、シリンジ注入実施までの手続き等について十分な周知を行う。

実施開始にあたり、保護者が来校してシリンジ注入を実施する期間があることや必要物品の準備等、保護者の協力が必要なことについて理解を得ておく。

(2) 保護者の役割

学校は、保護者に対し次の点について説明し協力を依頼する。

ア 健康状態の確認

- ・保護者は、医療的ケア実施表等を活用し、学校に家庭での児童生徒の体調等の記録を報告する。

イ シリンジ注入実績の報告

- ・保護者は、学校にこれまでの家庭でのシリンジ注入実績及び現在の注入状況を報告する。経口摂取の併用がある場合についても同様とする。

ウ 開始時のシリンジ注入の実施と待機

- ・学校においてシリンジ注入（経口摂取の併用がある場合も含む。）を開始する際、保護者が一定期間来校し実施する。

エ 緊急時対応の協力

- ・保護者は、緊急時に備えて学校と連絡がとれるようにしておく。
- ・緊急事態発生時は、主治医からの指示書を基に作成した緊急時対応マニュアルに沿って対応するが、保護者も学校の要請に応じて協力する。

オ その他

- ・給食が提供できない等の不測の事態が起きた場合の対応方法について、災害時の防災用品の代用等、学校と保護者で確認しておく。

5 食物アレルギーについて

食物アレルギー対応は、「食物アレルギー対応指針」（文部科学省）等に基づき、経口摂取の対応に準じて実施する。

食物アレルギー対応の有無とアレルギー検査の必要性については、児童生徒の生育歴や食歴を熟知している主治医の判断に委ねる。

食物アレルギー対応が必要な場合は、経口摂取の対応に準じて手続きを行い、「学校生活管理指導表」に基づき対応する。

6 緊急時対応

- ・シリンジ注入に関しては、以下の観察項目を中心に実施前・実施中・実施後の児童生徒の状態を観察する。少しでも異常がある場合には緊急時対応として、迅速に対応することが求められる。そのため、学校においては、校内の緊急時対応訓練を実施するとともに、関係機関との連携を一層深めておく。

(1) 注入実施の観察項目

全身の状態	<input type="checkbox"/> 呼吸状態（息切れ、呼吸困難）に異常ないか
	<input type="checkbox"/> 顔色に異常がないか
	<input type="checkbox"/> 異常な汗をかいていないか
	<input type="checkbox"/> 意識状態に変化がないか
	<input type="checkbox"/> 胃ろうボタンに破損等以上はないか
	<input type="checkbox"/> 喘鳴がないか

皮膚・栄養状態	<input type="checkbox"/> しゃっくり、嘔気、嘔吐がないか
	<input type="checkbox"/> 腹部膨満、腹痛、下痢がないか
	<input type="checkbox"/> 胃ろうボタン周囲の発赤やただれ、出血がないか
	<input type="checkbox"/> 胃ろうボタン挿入部から、栄養剤等の漏れがないか
姿勢	<input type="checkbox"/> 腹部を圧迫していないか

(2) 緊急時対応（例） 個別に緊急時のマニュアルを作成しておくこと

	トラブル	対応策（例）	備考
1	息が苦しそう、顔色不良になる	・直ちに注入を中止する バイタルチェック アレルギー症状	保護者連絡 救急搬送又は病院受診
2	顔面紅潮、発疹が出る	・直ちに注入を中止する バイタルチェック アレルギー症状	
3	胃ろうボタンの抜去	・清潔なタオルで覆って、保護者に連絡する	保護者連絡 病院受診
4	嘔気がある、嘔吐する	・直ちに注入を中止する バイタルチェック	保護者連絡 必要に応じて病院受診
5	腹部膨満 （お腹が張る）	・注入を一旦中止して様子を観察	
6	しゃっくりが出る	・注入を一旦中止して様子を観察 →治まったら注入を再開する	
7	注入物が、胃ろうボタン 又はジョイントチューブに詰まった。	・白湯を5ml流す	

(3) 緊急時連絡先

	連絡先
保護者（緊急時）	第1連絡先 〇〇〇〇（続柄〇〇） 電話番号（ ） 第2連絡先 〇〇〇〇（続柄〇〇） 電話番号（ ）
主治医の緊急連絡先	緊急時連絡先 〇〇病院 〇〇科 〇〇医師 電話番号（ ） 病院代表番号等 〇〇病院 電話番号（ ）
消防署	〇〇消防署 電話番号（ ）