
医薬品管理に関する方針

改定と用語

方針改定のスケジュール、または条例の変更時の内容に合わせて参照してください。

所有者:	事務長/保健スタッフ
改定番号:	7
法令上の方針 / その他の方針	その他
承認者:	校長
発効日:	2023 年 11 月 14 日
次回改定日:	2024 年 11 月 14 日

目次

1. 方針の目的	4
2. 同意と順守	4
3. 保管	4
4. 規制医薬品	4
5. 処方医薬品	5
6. 市販医薬品	6
7. 通学生が学園に持参する医薬品	6
8. 寮生が学園に持参する医薬品	6
9. 寮生の医薬品の自己管理	6
10. 常に順守されるべき服薬に関する 6 つの権利	7
11. 医薬品が投与されるべきでない場面	7
12. 非告知での与薬	8
13. 医薬品の管理と投与	8
14. 副反応	8
15. 誤薬投与	9
16. 医薬品の廃棄処分	9
17. 救命のための投薬場面	9
18. アドレナリンペン/アナフィラキシー	10
19. 喘息	10
20. 記録の保存	10

付録

1. 保健調査書.....	11
2. 医療に関する同意書.....	13
3. 投薬技能の確認記録.....	15
4. 言葉の定義.....	16
5. ギリック・コンピテンシー.....	17
6. 学園で用意している市販医薬品のリスト.....	19
7. 振り返りの報告書.....	20
8. 医薬品を自己管理する生徒のアセスメントシート.....	21
9. 定期的な医薬品管理の記録.....	22

1. 目的:

学園の生徒に対して、的確なトレーニングを受けたスタッフが、医薬品を安全に保管し管理を確実に行うためです。

2. 同意と承認:

a. 同意

入学前に、生徒の保護者は、生徒の病歴、現在の健康状態と治療状況、アレルギー、予防接種歴等について保健調査書（付録 1 参照）を記入し、医療に関する同意書（付録 2 参照）に署名をすることが求められます。帝京ロンドン学園のスタッフは、署名された同意書を受け取らない限り、生徒に薬を投与することはできません。同意書は、生徒と保護者の両者によって署名が行われます。兄弟姉妹が、すでに学園に在籍している場合でも、それぞれ別々の同意書を作成します。

b. 順守

すべての教職員は、「医薬品管理の方針」を熟知しています。薬の管理を担当する教職員は、オンライントレーニング「学校における薬の管理（*Administration of Medications in Schools*）」を受講し、保健部による投薬技能の確認評価（付録 3 参照）を受けます。オンライントレーニングと確認評価が完了すると、医薬品管理の方針に厳密に沿った生徒への投薬が可能になります。投薬技能の確認評価は毎年行われます。

3. 保管

すべての医薬品は、生徒だけでは立ち入ることのできない保健室の保管庫に保管されています。また、寮で保管する場合にも、鍵付きの戸棚に保管されています。冷蔵が必要な薬は、保健室の鍵付き医療用冷蔵庫に保管されています。冷蔵庫の温度は、保健部が毎日チェックし、記録しています。また、すべての薬の在庫も確認、記録されています。

4. 規制医薬品（言葉の定義については、付録4参照）

いくつかの医薬品は、薬物乱用防止法およびその関連規則によって、その提供、所持、投与についての規制が行われています。これらの医薬品のいくつかは、生徒が使用するために、薬として処方される場合もあります。学園は、生徒が処方された規制医薬品を管理することが認められています。生徒が規制医薬品を処方された場合、管理能力がきちんとあれば、法律的にその生徒が規制薬品を所持することができます。他の生徒に渡すことは法律的に認められていません。見守りが必要な生徒もいるため、それぞれが個別に管理能力について評価されます。すべての規制医薬

品は、処方された通りのパッケージに入れられ、処方された人の名前と正しい用法が記載された薬局のラベルが貼られていなければなりません。規制医薬品を持参する生徒は、診断名、処方薬名、用量が英語で記載された医師からの手紙を準備する必要があります。寮生の場合、これは、入寮前に行われる必要があります。規制医薬品を処方された生徒にその薬を投与できるのは、許可を得てトレーニングを受けた教職員のみです。薬を投与する教職員は、処方者の指示通りに投与する必要があります。

規制医薬品は安全管理の対象となり、アクセスが制限された鍵付きの薬品庫で管理される必要があります。帝京ロンドン学園にある規制医薬品は、保健室の鍵付きの薬品庫で管理されており、生徒がアクセスすることはできません。限られた教職員のみがその鍵を取り扱うことができます。寮での管理が必要な場合には、トレーニングを受けた限られた教職員のみがアクセスできる鍵付きの薬品庫で薬の管理が行われます。規制医薬品を処方された生徒は、「ギリック・コンピテンシー」（付録5参照）に該当すると判断された場合、法律的には、規制医薬品を自分で所持管理することが可能です。しかし、帝京ロンドン学園では、生徒自身と学園全体の安全を確保するために、生徒が規制医薬品を自己管理することは許可していません。

規制医薬品の記録保存については、法的な要件があります。

- 規制医薬品は関連法規および現地の標準業務手順書に従って、タイムリーに記録されなければなりません。
- 規制医薬品の使用に関する紙媒体の出入簿（The Controlled Drug Register CDR）は、鍵のかかる棚で保管されている各生徒のファイルに保存されます。各項目は、消えない黒のインクで読みやすく書かれていなくてはなりません。記入ミスがあった場合には、一本線で消し、下の字が読み取れるようにします。
- 規制医薬品の破棄が必要な場合には、薬局に返却し、その記録を出入簿に記入しなくてはなりません。

5. 処方医薬品（言葉の定義については、付録4参照）

処方医薬品は、学期中に使用しなければ生徒の健康に影響が出るような、必要不可欠な場合にのみ学園で使うことが可能です。学園では、医師、歯科医師、看護師、薬剤師によって処方された医薬品のみ、持ち込みを許可しています。処方医薬品は、常に薬剤師によって調剤されたオリジナルの容器で、処方者からの投与方法と投与量が記載されたラベルが付属された状態で提出される必要があります。保護者から提供されたすべての処方医薬品は、保健室または寮内の鍵のかかる薬品庫に安全に保管されます。

処方された薬は、個々の薬の説明書に従って、指定された生徒にのみ投与され、他の人と共有することはできません。生徒が使用している処方医薬品は、個人のカルテに記録が残されます。学期中に医師から処方された医薬品については、生徒の秘密保持の権利を尊重しながら、学園は、生徒に保護者ともその情報を共有すること

を促します。16歳未満で処方薬の使用について保護者の同意が得られない場合は、ギリック・コンピデンシー（付録5を参照）に従います。

保健部は、保護者やクリニックと連絡を取り合い、すべての生徒が定期的な予防接種を受けることができるようにします。インフルエンザの予防接種は毎年、希望者に対して学園がアレンジをします。ワクチン接種の際には、学園は保護者の同意を得る必要があります。

6. 市販薬（言葉の定義については、付録4参照）

学園で用意をしている市販薬（付録6参照）は、生徒が体調不良の時や、それによって授業の出席に影響のある場合にのみ、投与されます。保護者は、自分の子どもが薬を投与されることに、事前に書面で同意する必要があります（付録2参照）。生徒に投与された医薬品はすべて医療レコードに記載されます。学園で用意をしている市販薬は、保健室の鍵のかかる薬品庫に保管されています。寮では限定された一部の薬（パラセタモールとストレプシルス）が、鍵のかかる薬品庫に保管されています。保健室と寮にある市販薬の在庫は、使用量や使用日、使用期限等の記録が行われ、毎月1日に保健部が確認をします。

7. 通学生が学園に持参する医薬品

通学生の保護者は、生徒が学園に薬を持参する必要がある時には、保健部に知らせなければいけません。生徒が持参薬を使用していて、その薬が、学園が用意をしている市販薬と相互作用する可能性がある場合には、学園が用意している薬を使用することができません。保健部は、2種類の薬を投与する前に英国医薬品集（**British National Formulary-BNF**）を確認し、相互作用がないかを確認します。通学生が学園に持参した薬はすべて記録されます。

8. 寮生が学園に持参する医薬品

寮生は、現在治療中の疾患のために医師、歯科医師、看護師、薬剤師によって合法的に処方されている医薬品以外は、学園に持ち込むことはできません。特別な事情を除き、念のために用意する市販薬や処方薬の持ち込みは認められません。持ち込まれる医薬品には、処方者からの診療情報提供書と内服方法の指示書が日英文で添付され、薬剤師によって調剤されたオリジナルの容器に入った状態で学園に提出される必要があります。保護者から提供されたすべての医薬品は、保健室または寮内の鍵のかかる薬品庫で安全に保管されます。保護者は、学園に提出した診療情報提供書の内容が、家庭医（GP）と共有されることへの同意が求められます。

9. 寮生の薬の自己管理

寮生は、保健部と保護者の同意を得た上で、それが本人の益になる場合は、規制医薬品を除いた医薬品を自己管理することができます。薬を自己管理する生徒は、保健部によるアセスメントにより、安全に自己管理ができるかどうかの確認を受けます。この内容は、医薬品を自己管理する生徒のアセスメントシート（付録 8 参照）に記録されます。寮の自室で医薬品を管理をする際には、薬はオリジナルの容器に入れられ、鍵のかかる金庫に入れておく必要があります。

10. 医薬品の管理と投与

医薬品は、もともとの形状がそうであるか、処方者が書面で特別な指示を与えていない限り、決して砕いたり、割ったり、食物や飲み物と混ぜてはいけません。

液体の薬の場合は、投与前に必ず振る必要があります。また、液体投与量の測定は、正確に行わなければならない、5mlの紫色の経口シリンジまたはプラスチック製計量スプーンを使用します。5ml 未満の場合は、経口シリンジを使用します。

有効期限が限られている医薬品については、その容器に開封日や有効期限を記載します（例：目薬、クリーム、液体など）。

薬は、生徒のみの場所に置いておくことはせず、トレーニングを受けたスタッフが生徒への薬の投与が終わるまで生徒の側にいます。

クリームや軟膏を塗る場合は、使い捨ての手袋を着用します。薬は決して事前に調剤したり、他の人が投与できるように調剤してはいけません。薬を決められた時間外に投与した場合、生徒から与薬を拒否された場合など、通常ではないインシデントが発生した場合は、担当者が保健部まで報告します。

11. 常に順守されるべき服薬に関する 6 つの正確性

1. 正しい生徒であるか：生徒の身元を確認する。
2. 正しい薬であるか：薬の名前、形状、強さを投与の際に確認する。
3. 正しい投与時間であるか：処方箋のラベル、医師の指示、または保護者の同意書に記載されている、正しい時刻での投与かを確認する。
4. 正しい投与量であるか：薬の投与量は、処方者の指示に従って正しい投与量であるかを確認する。不確かな場合は、保健部に問い合わせる。
5. 正しい投与方法であるか：錠剤、カプセル、貼用、吸入器など、決められた形状で、経口、舌下、外用など決められた投与方法であるかを確認する。
6. 生徒が薬の使用を拒否する権利を尊重する。

12. 医薬品が投与されるべきでない場面

- 同意書が記入されていない場合
- 薬局のラベルがない、または読みにくい場合
- 生徒の身体的または精神的な状態に著しい変化が認められる場合
- 常に順守されるべき服薬に関する 6 つの正確性が確認できない場合
- 色、大きさ、形状、液体の濃度など、医薬品について不明点がある場合
- 医薬品の投与に疑問や不安がある場合。そのような場合には、保健部は処方者に確認を取る必要があるかもしれず、保健部からアドバイスがあるまで、医薬品を投与してはいけません。

13. 非告知での与薬

薬を食べ物や飲み物に紛れ込ませることは、基本的には認められていません。例外的に、本人に伝えずに薬の投与が必要な場合もありますが、これは生徒の知的能力が不十分であり、薬の投与が生徒の最善の利益になる場合にのみ認められます（**Mental Capacity Act Code of Conduct** を参照してください）。本人に告げずに与薬する必要がある時には、その前に、資格のある医師が本人の能力評価を行い、本人の利益を最優先に考えるための会議を行う必要があります。その会議を経て、本人に伝えずに与薬するかどうかが決定されます。与薬することが決定された場合、安全に薬を投与するための計画を立てる必要があります。見直しのための期日を設定する必要もあります。その決定内容、行動、関係者の懸案事項の詳細は、ケアプランに記録され、定期的に見直されます。登録家庭医の署名を得て、薬剤師に、本人に告げずに与薬することを伝え、その生徒の面倒を見ている人たちにも通知しなければなりません。生徒が薬を食べ物や飲み物に入れることを求めた場合、生徒は薬が投与されていることを理解しているため、これは「内密」には当たらないことに留意する必要があります。

14. 副反応

医薬品は、人によっては副反応を引き起こす可能性があります。もし、医薬品で副反応が出た場合は、医師の指示があるまで、それ以上投与をしてはいけません。重篤な反応が出た場合は、すぐに医師の診察を受ける必要があります。インシデントフォームにもその状況が記載されます。副反応の状況は、保健部から医薬品・医療製品規制庁(Medicine and Healthcare products Regulatory Agency (www.mhra.gov.uk)) に報告されます。

15. 誤薬

薬が誤って投与された場合には、すぐに医療的なアドバイスを受ける必要があります。日中は、**Threeways Surgery (01753 643445)**に連絡し、時間外や夜間、週末の場合は、**NHS(111)**に連絡します。

誤薬投与があった場合には、インシデント・アクシデントフォームに、誤薬投与の経緯と処置の詳細を記述します。また、生徒のカルテにも記録します。

すべての誤薬投与は、まず保健部に報告され、その後、学校長に報告されます。

誤薬投与を行ったスタッフは、それを報告することが奨励されます。報告された内容は、根本的な原因を解決し、再発防止のために建設的な方法で対処されます。該当するスタッフは、その件について保健部と話し合い、考察の報告書（付録7参照）を記入します。すべての医療ミス、事故、ニアミスは、根本的な原因究明と適切な処置を行うために、保健部によって全ての過程が慎重に記録されます。

エラーやインシデントが安全や保護に関する問題の可能性があると保健部が考える場合には、地域の保護チームに報告されます。

医薬品の管理に関する安全や保護に関する問題には、以下のものが含まれます。

- 正当な理由なく、故意に薬の服用を控える場合
- 生徒の利益以外の理由で医薬品を不正に使用する場合
- 薬の使用により、故意に害を与えようとした場合
- 薬の誤投与や誤飲による偶発的な被害の場合

このリストは、すべてを網羅するものではありません。

16. 医薬品の廃棄処分

規制医薬品、処方薬、市販薬を含む未使用の薬や期限切れの薬は、安全な処理のため、薬局に返却され、学園ではその記録を行います。生徒が、不要で未使用の薬を持っている場合には保健室に持参する必要があります。保健部スタッフはそれを処理するために薬局に返却します。薬は、下水道やゴミ箱に捨ててはいけません。現在の廃棄物処理法では、このような行為は違法とされます。

17. 救命のための投薬

例えば、アナフィラキシー反応などの極度の緊急時には、医師の指示なしに、特定の薬を救命のために投与することができます。究極の緊急事態には、アドレナリンなどの薬が投与されます。（1997年の処方薬（ヒト用）令第7条）

18. アドレナリン注射器/アナフィラキシー

別途、アレルギーとアナフィラキシーに関するポリシーを参照してください。重度のアレルギー反応を経験したことのある生徒は、アドレナリン自動注射器が処方されることがあります。中等教育機関では、アドレナリン（エピネフリンとも呼ばれます）自動注射器（エピペンなど）を生徒が携帯し、予備の自動注射器を学校（保健室や寮）に保管しておくことが望まれます。使用量、使用時期、その後の対応など、日付の入った明確な指示書が必要になります。これらの説明書は、薬と一緒に保管し、予備のコピーも学校に保管します。保護者には、必要な投薬量を定期的に更新し、必要な時に新しい日付の指示書を学校に提出することが求められます。

保健室にも、説明書と一緒に、予備の自動注射器が用意されています。

19. 喘息

別途、喘息に関するポリシーを参照してください。喘息と診断された生徒は、学校内で常に吸入器を使用できるようにしておく必要があります。生徒は、自分の吸入器を携帯する必要があります。

20. 記録

記録は、服薬管理を行う上で非常に重要な部分です。投薬技能の確認記録（付録 3 参照）には、生徒へ投薬することが認められたすべてのスタッフと保健部の署名が記入され、保管されます。スタッフが生徒へ投薬した際には、それぞれの状況に応じて、「定期的な医薬品管理の記録」（付録 9 参照）、寮での記録（オンライン）、保健室での記録のいずれかに正確に記録されます。寮での記録（オンライン）は、保健室と共有されているため、生徒に二重で薬が与えられるリスクを防ぐことができます。寮生が日中に保健室で与薬された場合には、保健部より寮監の業務開始時に報告されます。それぞれの医療記録は、保健部によってたびたび確認されます。必要に応じて、重大な医療事故は、必要に応じて、投与された医薬品やさらなる治療のアドバイスとともに、生徒の保護者に報告されます。学校長は、医療記録の保存場所を認識していますが、自ら記録を確認することはありません。

すべての医療記録は、法令通り、生徒が 25 歳になるまで保管されます。

保健調査書 Medical Record
(年は西暦での記入をお願いします)

Name: _____ 記入日 Date: 日 / 月 / 年
氏名: _____ 血液型 Blood Type () Rh + /
誕生日 DOB: 日 / 月 / 年 満 才 Age

<予防接種歴 Immunisation Records>

予防接種名 Name	予防接種実施年月日 Date (DD/MM/YYYY)			
ジフテリア・百日咳 破傷風 DPT	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年
ポリオ Polio	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年
麻疹 Measles	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年
風疹 Rubella	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年
流行性耳下腺炎 Mumps (注)	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年
日本脳炎 Japanese encephalitis	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年
水痘 Chickenpox (注)	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年
B型肝炎 HepB (注)	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年
A型肝炎 HepA (注)	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年
インフルエンザ菌B型 Hib	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年
ロタウイルス Rotavirus	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年
小児用肺炎球菌 PCV	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年
ヒトパピローマウイルス HPV	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年

<アレルギーについて Allergy Status>

学園での管理・配慮が必要な場合は、別紙「学校生活管理指導票(アレルギー疾患専用)」を提出して下さい

薬物アレルギー Medicine	薬品名: Name	薬品名: Name
食物アレルギー Food	食品名: Name 除去: ☐ 必要 (Y) ☐ 不要 (N) 食品名: Name 除去: ☐ 必要 (Y) ☐ 不要 (N)	除去: ☐ 必要 (Y) ☐ 不要 (N) 除去: ☐ 必要 (Y) ☐ 不要 (N)
その他アレルギー Others	☐ ラテックス Latex ☐ アルコール Alcohol ☐ 犬 Dog ☐ 猫 Cat ☐ 蜂 Bee ☐ 花粉 Pollen () ☐ ハウスダスト House dust	
アレルギー疾患 Allergic diseases	☐ 気管支喘息 Asthma 最終発作 (月 / 年) Lost attack ☐ アレルギー性結膜炎 Allergic conjunctivitis ☐ アレルギー性鼻炎 Allergic rhinitis	☐ アトピー性皮膚炎 Atopic dermatitis ☐ アレルギー性鼻炎 Allergic rhinitis

<現病歴・既往歴について Medical History>

運動について、学園での管理・配慮が必要な場合は、別紙「学校生活管理指導票」を提出して下さい

血液系 (貧血など) Hematology	疾患名 Disease name	発症年齢と現在の状況 Age at onset and current situation
内分泌系 (糖尿病・甲状腺疾患など) Endocrinology		
精神・神経系 Psychiatry/Neurology (睡眠障害・髄膜炎・てんかんなど)		
眼・耳・口腔系 Eye/Ear/Mouth		
メガネ・コンタクトの使用 Glasses/Contact Lenses	メガネ Glasses 月 / 年 ~ 月 / 年 コンタクト Contact Lenses 月 / 年 ~ 月 / 年	コンタクト Contact Lenses 月 / 年 ~ 月 / 年
歯科矯正 Orthodontics		
循環器系 (心臓・血圧など) Cardiology		
呼吸器系 (気胸など) Respiratory		
泌尿器系 (ネフローゼなど) Urology/Nephrology		
消化器系 (過敏性腸症候群など)		
筋骨格系 Orthopedic Surgery (骨折・脊柱側弯・オスグッドなど)		
手術・入院歴 History of surgery and hospitalisation		
先天・遺伝・発達系 Congenital/Genetic/Developmental		

<持参薬について Medication to be brought>

医師から処方されている定期内服薬以外、市販薬も含めて薬の持参はご遠慮ください。
薬を持参する場合には、医師からの診断書と本人名が記された薬の説明書(日英両文)を一
緒に提出してください。特別な事情で市販薬等の持参が必要な場合は、事前にご相談ください

Please do not bring any medication, including over-the-counter medication, other than
your regular medicines prescribed by your doctor. This must be accompanied with a
medical certificate and a written explanation (in Japanese and English) by your doctor.
If you have special needs for over-the-counter medications these must be authorised by
the Welfare Team in advance.

薬名 (疾病名)	使用を開始した時 期	用法・容量 Usage/Dose	持参量 Amount to bring
()	月 / 年		
()	月 / 年		
()	月 / 年		

<最終検診日 Last Check Up Date>

視力 Eye Sight: 月 / 年 歯科 Dental: 月 / 年

<現在の健康状態について Current Health Condition>

健康に心配がある Health Concern ☐ はい(Y) ☐ いいえ(N)	はいの場合 (If Yes) 理由 (Reason):	
便秘がちである Constipation ☐ はい(Y) ☐ いいえ(N)	はいの場合 (If Yes) 頻度: (Frequency)	対処方法: (What action taken)
下痢がちである Loose bowel ☐ はい(Y) ☐ いいえ(N)	はいの場合 (If Yes) 頻度: (Frequency)	対処方法: (What action taken)
頭痛をおこしやすい Headache ☐ はい(Y) ☐ いいえ(N)	はいの場合 (If Yes) 頻度: (Frequency)	要因: (Reason) 対処方法: (What action taken)
乗り物酔いがある Travel Sickness ☐ はい(Y) ☐ いいえ(N)	はいの場合 (If Yes) 対処方法: (What action taken)	
月経について(女子のみ) Menstruation (Girls only)	初潮: 月 / 年 (歳 Y ヶ月 M) First menstrual period 周期 Cycle: (日 D) 期間 Duration: (日間 Days) 月経痛 Pain: ☐ あり(Y) ☐ なし(N) (対処方法 What action taken:)	

<プライベート医療保険について Private Medical Insurance>

補償内容や費用等の詳細は「学園生活での医療」をご参照下さい

For more information about insurance, please refer to 'Medical Care at School' section.

① プライベート医療保険に、加入を ☐ 希望する(Y) ☐ 希望しない(N)
Request for private medical insurance

個人でプライベート医療保険に加入している寮生は、証書のコピーを添付してください
Boarder who has own private medical insurance should attach a copy of the policy

保険会社名: Company Name	保険の種類: Insurance Type
保険期間: Terms of insurance	

<NHS (National Health Service)・GP登録について NHS/GP Registration>

すでにイギリスのNHS・GPに登録されている場合は、詳細を以下に記入して下さい
If you are already registered with an NHS/GP in England, please fill in your details below

NHS No. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

登録している住所:
Registered Address

登録しているGP(クリニック)名:
GP Name

登録医師名:
Doctor's Name

GP住所:
GP Address

<保健室にお知らせいただくことがありましたらご記入ください>

Please indicate if there is anything you would like to let the Welfare Team know

記載された個人情報、本学在学中の健康管理以外には使用いたしません
The personal information will only be used for the purpose of managing your health during your time at Teikyo School.



MEDICAL CONSENT FORM 医療に関する同意書

Student's Name _____
(生徒氏名)

Please sign your name in English if you understand and agree to the following information about medical care at the School. This consent form must be signed in English, as it will be presented to the clinic or hospital in the UK, when necessary.

学園生活での医療について、以下の内容をご理解の上、同意される場合には、英語にてご署名下さい。こちらの同意書は、必要時、イギリスの医療機関に提示する必要があるため、英語でのご署名をお願いします。

●Permission to act on behalf of parents in the event of an emergency

緊急時に保護者の代理として学園が行動するための同意

I give permission to the Head of School or designated representative to give consent to necessary emergency medical treatment, including anaesthetics, blood transfusions, and/or operations to me/my child while at School or on a school trip if the School is unable to contact parent/guardian.

私は、私/私の子どもが研修旅行を含む学園生活中に、病気やけがによって緊急治療を要し、保護者に連絡が取れない場合には、学校長もしくは指定された責任者が私の代理として、麻酔、輸血または手術を含む緊急医療行為へ同意することを了承します。

Signed (Student) _____
生徒署名

Date _____
日付(日/月/西暦の順)

Signed (Parent/Guardian) _____
保護者署名

Date _____
日付(日/月/西暦の順)

●Permission for the treatment

子供の手当てに関する同意

I give permission to the Welfare Team or appropriately trained member of staff to provide treatment to me/my child.

私は、保健担当者ならびにトレーニングを受けた教職員が私/私の子どもの手当てを行う事に同意します。

Signed (Student) _____
生徒署名

Date _____
日付(日/月/西暦の順)

Signed (Parent/Guardian) _____
保護者署名

Date _____
日付(日/月/西暦の順)

●Consent for hospital visits and use of prescribed medicines

病院受診と処方薬使用に関する同意

I agree I /my child will be taken to a GP or hospital in the judgement of the Welfare Team or appropriately trained member of staff and use the medicines prescribed by qualified medical staff.

私は、保健担当者ならびにトレーニングを受けた教職員の判断で私/私の子どもが家庭医もしくは病院を受診し、医療者によって処方された薬を使用する事に同意します。

Signed (Student) _____
生徒署名

Date _____
日付(日/月/西暦の順)

Signed (Parent/Guardian) _____
保護者署名

Date _____
日付(日/月/西暦の順)

●Permission to use and administer medication

薬の使用と管理に関する同意

I agree for me/my child to be given the following checked ☒ stock medicine from the School in the judgement of the Welfare Team or appropriately trained member of staff.

私は、私/私の子どもが、保健担当者ならびにトレーニングを受けたスタッフの判断で、学園に用意されている以下のチェック ☒ を行った薬を使用することに同意します。

Agreement 同意	Product name 商品名	Usage 用法	Use for 用途
☐	Paracetamol	Oral 内服薬	Antipyretic/Painkiller 解熱・鎮痛
☐	Ibuprofen	Oral 内服薬	Antipyretic/Painkiller/Anti-inflammatories 解熱・鎮痛・抗炎症
☐	Ibuprofen Gel	External 外用薬	
☐	LEMSIP	Oral 内服薬	Cold (Over 16 years old) 感冒 (16 歳以上)
☐	Strepsils	External 外用薬	Sore Throat 咽頭痛
☐	Diffam Sore Throat Rinse	External 外用薬	
☐	Biofermin ビオフェルミン	Oral 内服薬	Probiotics 整腸
☐	EpiPen (Anaphylaxis aid treatment) アナフィラキシー薬 緊急用薬	Injection 注射薬	Symptomatic relief from allergic reactions アレルギー反応の対症療法
☐	Anthisan Cream	External 外用薬	
☐	Claritin	Oral 内服薬	
☐	Piriteze	Oral 内服薬	
☐	Anti-bacterial eye drops 抗菌目薬	External 外用薬	Anti-biotic 抗菌
☐	Dolmaisin ointment ドルマイシン軟膏	External 外用薬	
☐	Cetaben	External 外用薬	dry, itchy, and eczema-prone skin 皮膚の保湿
☐	Kwells	Oral 内服薬	Motion sickness 酔い止め

Signed (Student) _____
生徒署名

Date _____
日付(日/月/西暦の順)

Signed (Parent/Guardian) _____
保護者署名

Date _____
日付(日/月/西暦の順)

I agree that my/my child's medication will be administered in accordance with Administration of Medicines Policy and that I/my child will be responsible for any detriment caused by my/ my child's failure to comply with the Policy.

私は、私/私の子どもの薬が学園の「医薬品管理に関する方針」に則って管理され、私/私の子どもがその方針を遵守せずにそれによって不利益が生じた場合に、その責任は私/私の子どもにある事に同意します。

Signed (Student) _____
生徒署名

Date _____
日付(日/月/西暦の順)

Signed (Parent/Guardian) _____
保護者署名

Date _____
日付(日/月/西暦の順)

付録 3

投薬技能の確認記録

Administration of Medication Competency Record

Name of staff member:

Date:

Name of qualified person assessing the competence:

Task	Rational	Date/Sign
Washes hands in preparation to give medication	Infection control	
Assembles all the correct equipment to administer the medication safely (including a fresh glass of water, if applicable), documentation and the medicines required	Safety and efficiency	
Observes cleanliness, care and safety in the preparation of all medication and necessary equipment	Infection control	
Correctly identifies the student and checks date of birth against prescription label if applicable	Safety	
Ensures the correct medication	Safety	
Gains informed consent	Ethics	
Checks for any allergies and warnings	Safety	
Understands what the medication is used for	Safety and Ethics	
Checks expiry and direction (e.g., route, dose, time, with food etc)	Safety	
Documents administration in line with policy	Safety	
Stores medication appropriately according to manufacturer's guidelines	Safety	
Ask the candidate if they are comfortable and confident enough to administer medications to students. Yes No Sign	Safety and Ethics	

Is the member of staff competent to administer medication? **Yes** **No**

Signed:

Date:

付録 4

言葉の定義

規制医薬品：

規制医薬品には、モルヒネなどの強い鎮痛剤や、精神安定剤、覚醒剤などがあります。また、メサドンのような依存症に効果のある薬も規制されています。特定の医薬品については、厳格な法的規制が必要です。なぜなら、適切に使用されないと、依存症（中毒）や体へ害を及ぼす深刻な問題を引き起こす可能性があるためです。時には、医学的でない理由でこれらの医薬品を違法に使用する人（薬物の乱用）もいるため、医薬品が安全かつ合法的に処方、供給、使用、保管されるように、特別な安全対策が必要となっています。

処方医薬品：

処方医薬品とは、調剤するために免許を持った医師や歯科医師、看護師、薬剤師からの医療用処方箋を法的に必要とする医薬品のことです。

市販薬：

市販薬は、非処方医薬品とも呼ばれます。これらはすべて、処方箋なしで購入できる薬のことを指します。説明書に記載されている使用方法と、医療専門家の指示に従えば、安全で効果的に使用できる医薬品です。

付録 5

ギリックコンピテンシー

GILICK COMPETENCY

ギリック・コンピテンシー（同意能力）の評価は、主に医学的なアドバイスに適用されますが、他の場面でも専門家が使用します。例えば、子どもや若者が以下のような状況にある場合です。

- 治療サポートを受けたいが、両親や介護者に知られたくない場合。
- 薬物乱用について、内密の支援を求めている場合。
- 将来の生活設計について自身の強い希望があるが、両親や介護者の意見と相反する可能性がある場合。

医療関係者は、16 歳未満の子どもや若者が両親や介護者の同意なしに、もしくは本人の知識が乏しい状態で治療を受けたいと希望する場合、ギリック・コンピテンシー（同意能力）を考慮する必要があります。

本人が希望する治療を両親に伝えたが、両親がその決定に同意しない場合でも、その子どもや若者に同意能力があると評価されれば、治療を続行することができます。

医療関係者向けには、同意能力判定に関する具体的なガイダンスがあります。

ギリック・コンピテンシー（同意能力）の評価

同意能力を評価するための一連の決まった質問はありません。専門家は、対象者の同意能力を評価する際に、以下のようないくつかの事柄を考慮する必要があります。

- 対象者の年齢、成熟度、精神的・知的能力
- メリット、デメリット、長期的な影響など、その問題や内容に対する理解度
- その決定から生じるリスク、意味合い、結果についての理解度
- 与えられたアドバイスや情報の理解度
- 代替案がある場合、その理解度
- 理由と意思決定の根拠を説明できるかどうか

対象者が、誰かから圧力を受けていたり、影響を受けたりしている場合、同意は有効なものではないことを忘れないようにする必要があります。

対象者の同意能力は、ストレス、精神的な健康状態、意思決定の複雑さなど、さまざまな要因によって影響を受ける可能性があります。同じ対象者でも、ある決定については、同意能力があると見なされることがありますが、別の決定については同意能力がないと見なされることもあります。

対象者が同意能力がないと思われる場合、または対象者の理解に矛盾がある場合には、手続きを進める前に、その事項に対して両親または介護者の同意を求める必要があります。

治療に関する意見の相違など、複雑な医療ケースの場合は、対象者の同意能力について同僚の意見を求めることもよいでしょう（Care Quality Commission, 2019）。

対象者には、他の医療専門家にセカンドオピニオンを求める権利もあります（General Medical Council, 2020）。

医療処置の拒否

ギリック・コンピテンシーは、子どもや若者が医療行為を拒否したい場合にも利用することができます。しかし、対象者が自身の死や深刻な後遺症につながる可能性のある治療を拒否した場合、その決定は医師によって覆されることがあります。これに関する詳しい情報は、英国各国の医療関係者向けガイダンスに掲載されています。

子どもの保護に関する懸念

子どもの安全と幸福が最優先されます。

ギリック・コンピテンシー（同意能力）を評価する際、子どもの安全について懸念がある場合は、過去に児童保護の問題が提起されていないかを確認し、虐待の危険にさらされる可能性がある要因を探る必要があります。

児童保護に関する懸念は、たとえその子どもの希望に反していても、常に関連機関と情報を共有しなければなりません。

詳細については、以下のリンクを参照してください。

<https://learning.nspcc.org.uk/child-protection-system/gillick-competence-fraser-guidelines#heading-top>

付録 6

学園で用意している市販医薬品のリスト

医薬品名	目的	使用方法
Paracetamol 500mg	軽度から中等度の痛みまたは発熱の症状緩和	必要に応じて 1～2 錠を 4～6 時間おきに服用し、24 時間以内に 4 錠を超えて服用しないこと。
Ibuprofen 200mg	軽度から中程度の痛み、炎症の症状緩和 喘息がある場合、水疱瘡発症中の場合には禁忌	必要に応じて、 食べ物と一緒にもしくは食後に 、4 時間ごとに 1～2 錠、24 時間以内に 3 錠を超えて服用しないこと。
Ibuprofen 5% w/w Gel	軽度から中程度の痛み、炎症の症状緩和 喘息がある場合、水疱瘡発症中の場合には禁忌	1 回につき 1～4cm ジェルを患部に薄く塗布する。24 時間以内に 3 回を超えて使用しないこと。
Strepsils	風邪や鼻づまりに伴う口やのどの感染症、乾燥した刺激性の咳の症状緩和	2～3 時間おきに 1 個を口の中でゆっくり溶かす。24 時間以内に 12 個を超えて服用しないこと。
Lemsip	風邪やインフルエンザの症状（痛み、頭痛、鼻づまり、発熱など）の症状緩和 Paracetamol と同時には投与しない	必要に応じて、4～6 時間ごとに 1 袋服用し、24 時間以内に 4 袋を超えて服用しないこと。
Biofermin	腹痛、便秘、下痢などの腹部不快感に対する症状緩和	1 日 3 回食後に服用する。
Anthisan Cream	虫刺され、かぶれなどによる痛み、かゆみ、炎症の症状緩和	1 日 2～3 回、最大 3 日間患部に塗布する。
Clarityn	アレルギーの症状緩和	1 日 1 錠服用する。
Piriteze	アレルギーの症状緩和	1 日 1 錠服用する。
EpiPen 0.3mg	アナフィラキシーの緊急処置	1 回量(アドレナリン 0.3mg)を大腿部前外側から、必要時は衣服を通して、注射する。効果がない場合は、5～15 分後に 2 回目の注射を行う。
Diffiam 0.15%w/v Oral Rinse	口やのどの痛みを伴う炎症の症状緩和	必要に応じて、1 時間半から 3 時間おきに 15ml（大さじ 1 杯程度）でうがいをする。
Antibiotic Eye Drop	眼精疲労、結膜炎、目のかゆみ、眼瞼炎の症状緩和	1 回に 2～3 滴、1 日 5～6 回を目安に点眼する。
Dolmycin Ointment	外傷・熱傷の化膿、膿疱疹、毛包炎、湿疹、グラム陽性・陰性菌の感染による皮膚疾患、感染性皮膚炎、皮膚潰瘍の予防と治療	1 日 1～3 回、患部に直接、またはガーゼにのせて塗布する。
Certraben Cream	乾燥肌、かゆみ、湿疹などの症状緩和	患部に直接塗布する。
Kwells	乗り物酔いの予防と症状緩和	必要に応じて、6 時間ごとに 1 錠服用する。24 時間以内に 3 回を超えて服用しないこと。

付録 7

振り返りの報告書

Reflective Account

Name of person doing the reflection:

Date:

What happened? What do you want to reflect on? - Describe the situation

Reflection-in-action – Thinking ahead, analysing, experiencing, critically responding (in the moment)
What were you thinking at the time?

What was influencing that thinking? E.g., distractions/hurry

Reflection-on-action – Thinking through subsequent to the situation, discussing, reflective journal.
What is your thinking about the event now?

How did you and how will you learn from this?

How have you been affected by this?

Signed:

Approved by name:

Sign:

付録 8

医薬品を自己管理する生徒のアセスメントシート

Assessment for Students to self-administer medication

Name of Student:

DOB:

Name of Assessor:

	Competent Y or N	Nurse/Welfare Officer sign	Student Sign
Can correctly state what the name of the medication is			
Can correctly state what the medication is used for			
Can understand the instructions on the label or information leaflet			
Can correctly state the correct dose and time/s of the medication			
Can correctly state the correct route for the medication			
Can correctly state any special instructions for the medication e.g., with food			
Can correctly state the common side effects of the medication if applicable			
Can open the medication container correctly			
Can demonstrate safe and appropriate storage of medication			
Can correctly measure out the dose of the medication			
Can correctly document the medication administration			
Can correctly administer eye drops			
Can correctly administer topical treatment			
Can correctly administer sub cutaneous injection			
Can correctly administer transdermal patch			
Can correctly use an inhaler			
Can correctly use an EpiPen			

Student is competent to self-administer medication: Y or N

Signed:

Date:

付録 9

定期的な医薬品管理の記録

Routine Medication Administration Record

Name: _____
 DOB: _____
 Medication Name: _____

Allergies: _____
 Dose: _____
 Route: _____

Month/Year: _____
 Frequency: _____

Code: R-Refused A-Away O-Ommitted

Date:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Time/Code																
Duty Sign																
Student Sign																
Date:	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Time/Code																
Duty Sign																
Student Sign																