

医療的ケア児の保育所等受入れガイドライン（案）

令和〇年〇月 策定

苦小牧市

目次

第1章 基本的事項	4
1 ガイドラインの趣旨・目的	4
2 医療的ケアの内容	4
3 保育所等における受入れの要件	6
4 対象児童	6
5 利用日と利用時間	6
6 受入れ時期	6
7 医療的ケアの実施体制	7
8 本市の役割について	7
第2章 利用開始までの流れ	8
1 保護者からの入所相談	10
2 医療的ケア児保育所等利用申込み	10
3 医療的ケア児保育所等利用の可否の審査	10
4 体験保育の実施	10
5 医療的ケア児保育所等利用見込みの可否の決定・通知	11
6 入所申込み	11
7 入所する保育所等との調整、実施計画作成	11
8 保育所等の利用開始（ならし保育からの開始）	11
9 医療的ケア児、保護者に対するフォローアップ	12
第3章 保育施設での医療的ケア児の保育実施体制及び対応について	13
1 保育所等における医療的ケアを必要とする児童の保育	13
2 医療的ケアの実施者	13
3 医療的ケアの安全実施体制	14
4 医療機器及び物品管理	14
5 文書管理	14
6 緊急時の対応	14
7 職員の研修	15
8 医療的ケアの継続について	15
9 受入れ後の医療的ケアの内容変更について	15
10 長期欠席について	16

第4章 保護者の了解事項について	17
1 保育施設の利用について	17
2 医療的ケアについて	17
3 ならし保育について	18
4 体調管理及び保育利用停止等の確認について	18
5 緊急時及び災害時の対応等について	19
6 情報の共有について	19
7 その他について	19
第5章 様式について	20

第1章 基本的事項

1 ガイドラインの趣旨・目的

近年、周産期医療、新生児医療の進歩や新生児集中治療室の増設等により、早産児、低出生体重児や生まれつき病気を持つ子どもたちが、医療機関での入院治療後に、引き続き、口呼吸管理や気管切開、経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な状態で暮らしていくケースが増加しています。

このような状況から、令和3年9月に「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」が施行され、「医療的ケア児及びその家族に対する支援は、医療的ケア児の日常生活及び社会生活を社会全体で支えることを旨として行わなければならない」と基本理念に明記されました。

また、「地方公共団体は、基本理念にのっとり、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、医療的ケア児及びその家族に対する支援に係る施策を実施する責務を有する」と記載されました。

のことから、本ガイドラインでは、日常生活及び社会生活を営むために恒常に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（以下、「医療的ケア児」という。）を認定こども園、認可保育所、小規模保育施設（以下、「保育所等」という。）で受け入れる際に必要となる基本的な事項や留意事項を示すことにより、医療的ケア児の円滑な受入れや安全かつ適切に医療的ケアを行いながら保育を行うことを目的に「医療的ケア児の保育所等受入れガイドライン」（以下、「ガイドライン」という。）を作成しました。

ガイドラインを活用し、保育所等への入所を促すことで、医療的ケア児及びその家族への支援へつながるよう取り組みを進めてまいります。

2 医療的ケアの内容

保育所等で行う医療的ケアの内容については、「保育所等での医療的ケア児の支援に関するガイドライン」（保育所等における医療的ケア児への支援に関する研究会 令和6年3月）に基づき、以下のもの及びその他市長が認めたものとします。

概要	
経管栄養	・自分の口から食事を取れなくなった人に対し、鼻あるいは口から胃まで挿入されたチューブや、胃ろう・腸ろう（胃や腸から皮膚までを専用のチューブで繋げる）を通じて、栄養剤を胃や腸まで送る方法。
服薬管理	・主治医の処方箋に基づき、薬の管理を日々行い、指定された時間に服薬援助を行う。処方された薬を処方通りに正しく服薬できる習慣を身に付け、薬の飲み忘れの防止、受診への意識付けを図る。
吸引	・痰や唾液、鼻汁などを自分の力だけでは十分に出せない場合に、器械を使って出す手伝いをすること。吸引は、本人にとって決して楽なものではないが、痰や唾液を取り除くことで、呼吸を楽にし、肺炎などの感染症を予防するために必要。

概要	
導尿	<ul style="list-style-type: none"> ・排尿障害により、自力で排尿が難しい場合に、膀胱にカテーテルを留置し、排尿するもの。 ・子どもの場合、成長に伴い自分で導尿ができるようになる場合もある。その場合でも、身体介助や清潔操作の介助が必要になる場合があるが、その際の介助は医行為には当たらない。
酸素療法 (在宅酸素療法)の管理	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸機能の低下が原因で、体内の酸素が不足している場合、酸素供給器等を使い、酸素を補う。
気管切開部の管理	<ul style="list-style-type: none"> ・気管とその上部の皮膚を切開してその部分から気管にカニューレを挿入することで気道を確保している者について、気管カニューレ周辺の管理を行う。
吸入	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸器系の疾患を持つ患者が薬剤の吸入をしたり、スチームの吸入をしたりする。
人工呼吸器の管理	<ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器（肺を出入りする空気の流れを補助するために用いる機械であり、その目的は適切な換気量の維持、酸素化（酸素が血液に取り込まれること）の改善、呼吸仕事量（呼吸のために呼吸筋群が行う仕事量）の軽減を図るもの。）の動作確認や設定等の管理を行う。
インスリン注射（皮下注射の管理を含む）	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病によりインスリンの分泌が十分でない場合等、定期的なもしくは、身体状況や医師の指示に合わせて主に皮下注射によりインスリンを補う。
ストーマ等	<ul style="list-style-type: none"> ・病気などにより自然に排便が難しい場合に、腹部の排便用のルートを造るものの。 ・装具の開発が進み、生活上の不便や不快感は少ない。 ・人工肛門の装具の交換、排泄物の処理は医行為には当たらない。

※当該ガイドラインに係る医療的ケア児の受入れは苦小牧市長が受入れを認めた認可保育所、認定こども園、小規模保育施設とします。また、保育の必要性がない子どもであっても、市長が認めた認定こども園においては、満3歳以上（1号認定）であれば受入れの対象とします。また、各幼稚園における、医療的ケア児の受入れについては道の管轄となることから、このガイドラインを参考にしていただきたい。

※令和8年4月からの受入れ可能施設

施設名	施設形態	住所

詳細につきましては下記にお問い合わせください。

苦小牧市健康こども部こども育成課 TEL：0144-32-6378

3 保育所等における受入れの要件

- 保育所等で受入れるにあたり、以下のすべての要件を満たす必要があります。
- ①主治医から、保育所等における集団保育が可能であると判断されていること。
 - ②病状や健康状態などケア児の容体が安定していること。
 - ③日常的に保護者が自宅で行っている医療的ケアが確立されており、保護者による安定した医療的ケアが行われていること。
 - ④病状や医療的ケアに関する情報を保護者と保育所等で十分に共有できること。
 - ⑤必要に応じて保育所等が受診同行や面談等で、主治医と連携を図ることができること。
 - ⑥保育所等での受入れ体制（人員配置や施設環境）が整えられていること。

4 対象児童

上記「3 保育所等における受入れの要件」を満たすとともに、苫小牧市に在住している1歳児クラス以上で苫小牧市医療的ケア児等支援会議において受入可能と判断された医療的ケア児を対象とします。

5 利用日と利用時間

医療的ケア児の健康状態、保護者が保育を必要とする就労等の状況、保育所等における看護師や保育士の受入れ体制等を勘案し、保育所等と保護者の同意の上、決定します。

①利用日

原則、祝日及び12月29日から1月3日を除く、月曜日から金曜日とします。ただし、保育所等で対応できる場合はこの限りではありません。

②利用時間

利用時間は原則、保育短時間である8時30分から16時30分までの8時間以内とします。ただし、保育所等で対応できる場合はこの限りではありません。

6 受入れ時期

原則、各月1日入所を基本とします。

7 医療的ケアの実施体制

保育所等において実施する医療的ケアについては、各保育所等が配置する看護師、派遣された看護師（※1）が実施し、必要に応じて社会福祉士及び介護福祉士法に基づく「喀痰吸引等研修（第3号）」を修了し、業務登録を受けた保育士（以下、「認定特定行為業務従事者」（※2）という。）が主治医（医療機関）の指示に基づき実施します。

※1 派遣された看護師とは、市が行う医療的ケア児レスパイト事業等により派遣する看護師を指します。

※2 認定特定行為業務従事者ができる医療的ケアは、口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内の喀痰吸引、経管栄養等になります。

8 本市の役割について

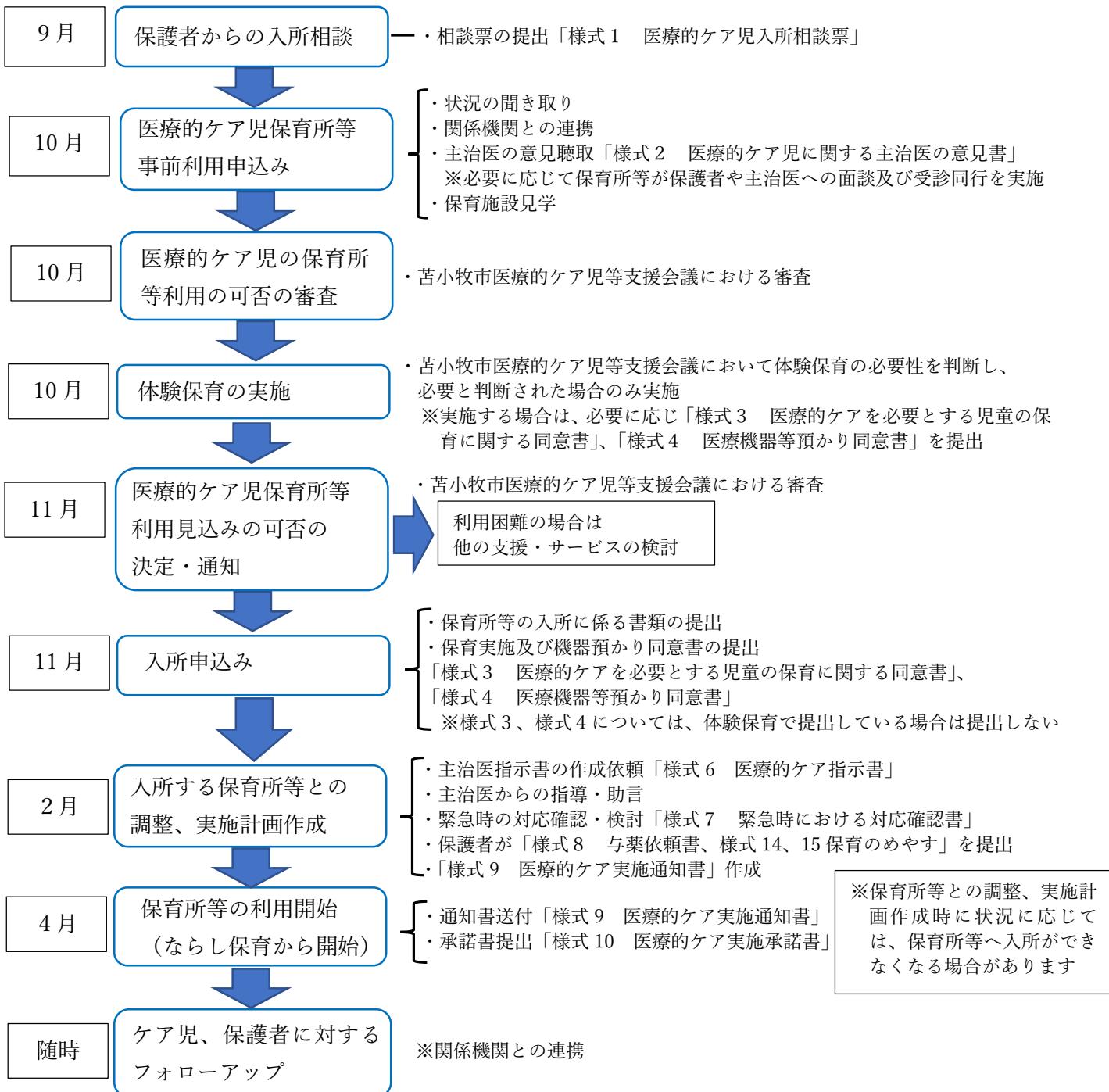
本市では、医療的ケア児を保育所等に入所させたい保護者の方と医療的ケア児の受入れができる保育所等をつなぐとともに、保育所等と連携し、それぞれの担当課が保護者の困りごとに対する相談を行うことで医療的ケア児及びその保護者が安心して生活ができるよう努めてまいります。

また、医療的ケア児を受入れる保育所等の医療的ケアのオペレーションや書類等の確認を行い、医療的ケア児の保育の充実を目指していきます。

第2章 利用開始までの流れ

医療的ケア児の利用開始までの流れは以下のとおりとします。

(4月入所の例)



・手続きの流れ

手続き	主治医	保護者	市こども育成課 (保育所等)	支援会議等
①入所相談		・保育所等への入所相談 ・(様式 1) の提出	→・説明、聞き取り →・(様式 1) の受理	
②医療的ケア児保育所等利用申込み	・主治医意見書作成	・主治医へ意見書作成依頼 →・主治医からの意見書提出(様式 2) ・保育施設見学	→ 意見書提出(様式 2) を受けての聞き取り ・主治医面談、受診同行(必要時) →・保育施設見学受入れ ・関係機関との連携	
③利用の可否の審査			・意見聴取	→・支援会議の開催(体験保育の必要性の審議等)
④体験保育		・保育体験参加(保護者も参加) ・必要に応じ、(様式 3) 及び(様式 4) の提出	←・保育体験実施 ←・必要に応じ、(様式 3) 及び(様式 4) の受理 ・体験保育記録票作成(様式 24)	
⑤保育所等利用見込みの可否の決定		・医療的ケア児受入れ内定・保留通知書(様式 5) 受理 ※利用困難の場合は他の支援・サービスの検討	←・意見聴取 →・医療的ケア児受入れ内定・保留通知書(様式 5) 通知	→・支援会議の開催(体験保育を実施後の会議)
⑥入所申込み		・保育所等の入所に係る書類の提出 ・必要に応じ、(様式 3) 及び(様式 4) の提出	←・保育所等の入所に係る書類の受理 ←・必要に応じ、(様式 3) 及び(様式 4) の受理	
⑦保育所等との調整、実施計画作成	・医療的ケア指示書(様式 6)作成 ・保護者、保育所等との面談(必要に応じて)	・医療的ケア指示書(様式 6)作成依頼・提出 ・緊急時における対応確認書(様式 7) 提出 ・与薬依頼書(様式 8) 提出 ・保育のめやす(様式 14、15) 提出 ・主治医、保育所等との面談(必要に応じて)	←・医療的ケア指示書(様式 6) 受理 ←・必要に応じ、医療的ケア指示書(様式 6) を関係機関と共有 ←・緊急時における対応確認書(様式 7) 受理 ←・与薬依頼書(様式 8) 受理 ←・保育のめやす(様式 14、15) 受理 ←・医療的ケア実施計画書(様式 11) 作成 ・緊急時対応マニュアル(様式 16)、アセスメント票(様式 17) 作成 ←・主治医、保護者との面談(必要に応じて)	・必要に応じ、医療的ケア指示書(様式 6) を関係機関と共有
⑧保育所等の利用開始(ならし保育)		・医療的ケア児実施通知書(様式 9) 受理 ・医療的ケア実施承諾書(様式 10) 提出 ・ならし保育開始(保護者同伴) ・保護者と保育所等の双方の合意により通常保育へ移行	←・医療的ケア児実施通知書(様式 9) 作成、通知 ←・医療的ケア実施承諾書(様式 10) 受理 ←・ならし保育開始 ←・保護者と保育所等の双方の合意により通常保育へ移行	
⑨フォローアップ	・連携	・主治医受診結果報告書(様式 18) 提出 ・保育所等、主治医等との連携	→・医療的ケア実施報告書(様式 19) 通知 ・その他保育及び医療的ケアに係る書類を作成 ←・保護者、主治医、関係機関との連携	・連携及び必要に応じて支援会議の開催 ←(医療的ケアが変更となった場合等)

※⑥以降は保育所等への受け入れの内定があった場合のみの対応となります。

1 保護者からの入所相談

市は、本ガイドラインに基づき、医療的ケアの内容、保育所等の受入れ要件等について説明を行うとともに、保育が必要な家庭の状況や児童の様子、必要な医療的ケア、生活上の注意事項、希望する施設や利用時間等についての聞き取りを行います。

同時に、利用開始までの流れや保育の申請に必要な書類や手続き、医療的ケアの実施にあたり、同意しなければならない事項について説明します。

このとき、市は保護者から「様式1 医療的ケア児入所相談票」の提出を受けます。

2 医療的ケア児の保育所等利用申込み

市は保護者から医療的ケア児の状況について、入所相談時に不足する情報を聞き取るとともに、「様式2 医療的ケア児に関する主治医の意見書」を受け取ります。

また、必要に応じて、保育所等の園長等が保護者や主治医への面談、受診同行、保護者の入所希望施設の見学を行います。

3 医療的ケア児保育所等利用の可否の審査

市は保護者から提出された書類に基づき、保育所等における集団保育の可否及び体験保育の要否について苦小牧市医療的ケア児等支援会議において協議します。このとき、必要に応じて、関係機関に参加を要請し意見を求めます。

4 体験保育の実施

3 医療的ケア児保育所等利用の可否の審査において、あるいは受入れの可能性がある保育所等が、体験保育を必要と判断した場合のみ体験保育を実施し、必要に応じて保護者が「様式3 医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書」、「様式4 医療機器等預かり同意書」を市に提出します。

受入れの可能性がある保育所等において、園長、看護師、保護者が参加して体験保育を実施し、保育中の児童の様子、医療的ケアの方法等について聞き取り等を行います。

このときに、保育、医療の観点から、集団保育が可能であるかどうかの確認を行い、この結果を用い、再度、苦小牧市医療的ケア児等支援会議において、集団の保育の可否について協議します。このとき、必要に応じて、関係機関に参加を要請し意見を求めます。

5 医療的ケア児保育所等利用見込みの可否の決定・通知

医療的ケア児の保育所等での受け入れについて苦小牧市医療的ケア児等支援会議において判断し、「様式5 医療的ケア児受け入れ内定・保留通知書」をもって通知します。

受け入れ可能な場合は入所日からその年度の末日までの入所を原則とし、医療的ケア児の病状が変化した際など、必要に応じて保育所等の利用内容の更新の手続きすることを条件として内定とします。ただし、内定は保育所等への入所の可能性を示したものであり、入所を決定するものではありません。

受け入れができない場合は他のサービスの検討を依頼します。

6 入所申込み

保護者は市が指定する保育所等の入所申請書類及び体験保育を実施していない場合は「様式3 医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書」、「様式4 医療機器等預かり同意書」を市に提出します。

7 入所する保育所等との調整、実施計画作成

保護者が「様式6 医療的ケア指示書」、「様式7 緊急時における対応確認書」、「様式8 与薬依頼書」を市へ提出後、保育所等が医療的ケア児の保育実施計画等を作成します。このとき、保育所等は必要に応じて、保護者や主治医へ聞き取りや苦小牧市医療的ケア児等支援会議において、集団の保育の可否について協議します。

保育所等が医療的ケア児の保育実施計画書等を作成し、保育所等への入所が可能と判断した場合、市は保護者に対し「様式9 医療的ケア実施通知書」をもって通知します。このとき、保護者は「様式10 医療的ケア実施承諾書」をもって、医療的ケアの実施について承諾します。

なお、保育所等が「様式11 医療的ケア児の保育実施計画書」等を作成し、保育所等への入所が不可能と判断した場合は、別途、市から保護者へ文書で通知します。

8 保育所等の利用開始（ならし保育からの開始）

保育所等の利用はならし保育から開始します。また、ならし保育は保護者の同伴を必須とし、時間や方法については、保育所等と保護者が相談の上、決定します。

ならし保育の終了については、保育所等及び保護者の双方の了解をもって決定します。

保育所等の利用開始後、予期せぬ問題等が発生した場合、保育所等は必要に応じて、主治医へ聞き取りや苦小牧市医療的ケア児等支援会議において、集団の保育の可否について協議します。

9 医療的ケア児、保護者に対するフォローアップ[¶]

保育所等の利用開始後、保育所等は主治医や保護者、その他関係機関との連携し、適切な医療的ケアに努めます。

また、保育所等は保育時に起きた医療的ケア児の変化については逐次、保護者に伝え、必要があれば受診を勧めるなど、保護者等へのフォローアップを行っていきます。

※保育所等に医療的ケア児の入所申込を行う際に必要となる主治医の意見書等、保育所等の入所申込及び入所後に係る書類の費用負担について、保育所等に入所できる、できないに問わらず、すべて保護者の負担になることを了承願います。

第3章 保育施設での医療的ケア児の保育実施体制及び対応について

1 保育所等における医療的ケアを必要とする児童の保育

- ①児童の障がい、疾病の状況、心身の状況、医療的ケアの状況、生活状況を把握します。
- ②医療的ケアを安全に実施し、ケア児が快適で健康に過ごせるように保育環境を整備します。
- ③児童の発達状況を把握し、発達過程と個人差に配慮して集団保育を行います。
- ④児童に適切な保育を提供します。
- ⑤登園・降園時の保護者との引継ぎや定期的な個人面談等により、保護者の気持ちを受け止め、保護者の支援に努めます。また、必要に応じて関係機関と連携します。

2 医療的ケアの実施者

(1) 医療的ケア実施に関する情報の共有

保育所等は、「様式2 医療的ケア児に関する主治医の意見書」、「様式6 医療的ケア指示書」の内容を確認し、主治医の助言を受け、医療的ケアを実施します。また、医療的ケアに関する情報は、園長、看護師、保育士等の職員間で共有します。

(2) 保育所等の関係者の役割

児童が保育所等で安全に医療的ケアを受けながら、集団保育の中で快適に過ごせるよう、園長、看護師、保育士、主治医及びかかりつけ医が連携します。

- ①園長は保育所等における医療的ケア児の受け入れ責任者として、保育及び医療的ケアの安全実施のマネジメント、職員育成等を行います。
- ②看護師及び喀痰吸引等研修を受講した保育士は、保育所等の職員及び保護者と連携して、主治医等の医療的ケア指示書に基づき、「様式11 医療的ケア実施計画書」を作成し、医療的ケア児への医療的ケアを行います。また、「様式12 医療的ケア個別ケアマニュアル」を作成するとともに、医療的ケアの実施内容について「様式13 医療的ケア実施記録」を作成し、保護者や主治医に医療的ケアの状況を報告します。
- ③保育所等は、保護者と連携して、児童の健康状態を把握します。また、保護者は、主治医の指示書等に基づき「様式14 保育のめやす(0~2歳児)」あるいは「様式15 保育のめやす(3~5歳児)」を作成し、保育所等は「様式16 医療的ケア児の保育に係る緊急時対応マニュアル」、「様式17 アセスメント票(予想される緊急時の対応方法)」等を作成し、保護者の理解及び同意の上、安全に医療的ケアを実施します。
- ④主治医は、必要に応じて医療的ケアの実施計画とケアの実技についての確認を行い、職員への助言及び指導を行います。
- ⑤保育所等は、医療的ケア児が主治医による診察を受診した場合、保護者へ「様式18 主治医受診結果報告書」の作成と提出を依頼します。
- ⑥保育所等は、3か月ごとに「様式19 医療的ケア実施報告書」を作成し、保護者へ提出する。

3 医療的ケアの安全実施体制

- ①医療的ケアを実施する場合は、衛生面、安全面、児童のプライバシー等に留意し、適切な環境において医療的ケアを実施します。
- ②児童が使用する医療的ケアの物品、備品については、保護者と保育施設において相互に確認の上、衛生的に保管・管理します。

4 医療機器及び物品管理

保護者は、保育中の医療的ケアに必要となる物品を保育所等へ提供します。その際、保護者は「様式4 医療機器等預かり同意書」を保育所等へ提出し、保育所等が物品の管理を行います。なお、使用後の物品については、家庭に持ち帰ることとします。

5 文書管理

医療的ケアの実施に関する書類は、保育所等において必要期間（少なくとも対象となる医療的ケア児が在園中）保管します。

6 緊急時の対応

- ①保育所等は、医療的ケア児の健康管理、事故防止のため、主治医及び関係機関等の協力により医療・保育を実施します。また、緊急時には、主治医あるいは通院している医療機関と連携して対応します。
- ②緊急時、病院につなげるまでの対応は「様式7 緊急時における対応確認書」、「様式16 医療的ケア児の保育に係る緊急時対応マニュアル」、「様式17 アセスメント票（予想される緊急時の対応方法）」に基づき行動します。
- ③保育所等は、緊急時の対応について事前に十分に保護者へ説明し、同意を得ることとします。
- ④医療的ケア児の体調が急変し、緊急的な対応が必要な場合は発見者からの連絡を受けた園長の指示のもと保護者に連絡し、必要があれば救急車で病院へ搬送します。緊急時の対応については、保育所等と保護者との状況を共有した後に保護者が主治医に報告することとします。
- ⑤緊急時の対応及びその顛末については、保育所等から苫小牧市健康こども部こども育成課に報告します。また、必要に応じて、北海道や国に報告する場合があります。
- ⑥保育所等が医療的ケア児の体調が悪化した等の理由により、保育所等での保育の継続が困難と判断した場合には、保育所等からの連絡により、利用時間の途中であっても保護者が児童を降園させることとします。

7 職員の研修

- ①保育所等は、児童発達過程や疾病の状況を踏まえ、安全かつ適切に医療的ケアを提供するため、医療的ケアに関する職員が必要な知識や技術を身につけることができるよう、研修等の機会の確保に努めることとします。また、医療的ケア児を受入れる場合には、北海道医療的ケア児等支援センターにおける研修あるいはこれと同等の研修を受講するとともに苫小牧市医療的ケア児相談室との連携に努めるものとします。
- ②保育所等は、ヒヤリハット、事故等の事例の集積及び分析を行う等、事故の未然防止に努めます。このとき、「様式 20 医療的ケア「ヒヤリハット報告書」」、「様式 21 医療的ケア「事故報告書」」を活用し、保育所等において関係職員がこれらを共有します。

8 医療的ケアの継続について

- ①保育所等での医療的ケアについて、翌年度も継続する場合については、児童の健康状態等を勘案し、毎年 1月末までに、保護者が保育施設へ「様式 3 医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書」、「様式 6 医療的ケア指示書」を保育所等へ提出し、保育所等の園長及び苫小牧市医療的ケア児等支援会議が医療的ケアの継続の可否を検討します。
- ②提出された書類及び主治医の意見を参考に、引き続き保育所等で医療的ケアの継続が可能と認められた場合、保育所等は継続して保育を実施します。

9 受入れ後の医療的ケアの内容変更について

- ①受入れ後、年度途中において医療的ケアの内容に変更があった場合は、保護者は改めて「様式 1 医療的ケア児入所相談票」を市こども育成課に、「様式 6 医療的ケア指示書」を保育所等へ提出するものとします。
- ②提出書類、児童の健康状態に基づき、保育施設における集団保育の継続実施については、苫小牧市医療的ケア児等支援会議で協議します。
- ③苫小牧市医療的ケア児等支援会議での協議結果及び主治医の指示に基づき、保育所等が規定する医療的ケアの内容で医療的ケアが実施できると判断できる場合は、継続して保育を実施します。一方、保育所等が規定する医療的ケアの内容以外の医療的ケアが必要となり、安全の確保が困難等の理由から、園長と看護師等が対応できないと判断した場合には、集団保育を終了し、原則、退園となります。
- ④主治医の指示に基づき、医療的ケアが終了しても安全な日常生活を送ることが可能となった場合には、必要に応じて園長あるいは看護師等が主治医の受診に同行し、医療的ケアの終了の確認を行うとともに、保護者へ「様式 22 医療的ケア終了届出書」の提出を依頼します。
- ⑤医療的ケアが終了となった場合は、主治医の指導を受けながら児童の健康状態等を確認し、終了後は通常の保育等の利用の変更となります。

⑥就学前の児童においては、児童の心身の状況等によって支援を必要とする内容が大きく変わる可能性があります。医療的ケアにおいても児童の成長に伴って、自分でできることは自分で行うようにする等、成長や育成への配慮から医療的ケアの内容が変わることもあることも考慮し、随時対応していきます。その際、保護者及び主治医とともに、医療的ケアの内容について確認を行います。

10 長期欠席について

入院等の長期欠席後、通園が可能となった場合は、保育施設における集団保育の再開について、必要に応じて主治医に意見を求めることがあります。

第4章 保護者の了解事項について

保育所等において、安全に医療的ケア児の保育を行い、保護者や医療的ケア児本人が安心して保育施設を利用するため、次の事項について事前に保護者の同意を得るものとします。

1 保育施設の利用について

- ①保育の利用日・利用時間は、原則、月曜日から金曜日（祝日及び12月29日から1月3日は除く）の8時30分から16時30分の範囲において、保護者が保育を必要とする時間で、なおかつ、医療的ケア児の健康状態等を勘案し、保育所等と保護者が同意の上で決定します。
- ②毎年1月末までに、保護者が保育所等へ「様式3 医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書」、「様式6 医療的ケア指示書」を保育所等へ提出し、保育所等の園長が医療的ケアの継続の可否を検討します。
- ③児童が集団生活する保育所等では、午睡や食事、集団での遊びなど、密接に関わる機会が多くあり、医療的ケア児のための専用の個室がないことから、感染症に罹患する可能性があることを了承願います。

2 医療的ケアについて

- ①保育所等が医療的ケアを実施する上で主治医の指導・助言が必要な場合に、保育所等の園長、看護師等が保護者の同意を得て、医療的ケア児の受診に同行し、主治医との相談を行う場合があります。
- ②保育所等では、主治医の指示書及び「様式7 緊急時における対応確認書」、「様式16 医療的ケア児の保育に係る緊急時対応マニュアル」、「様式17 アセスメント票（予想される緊急時の対応方法）」に基づいて緊急時の対応を行います。
- ③保護者は、医療的ケア児が主治医による診察を受診した場合、「様式18 主治医受診結果報告書」を作成し、保育所等へ提出してください。
- ④保護者は、医療的ケアの内容に変更があった場合には、その内容を速やかに保育所等の園長へ報告するとともに「様式1 医療的ケア児入所相談票」を市こども育成課に、「様式6 医療的ケア指示書」を保育所等へ提出してください。
- ⑤保育所等が医療的ケアを実施するにあたり、必要な文書等の発行に伴い発生する費用、医療的ケアの実施手続きに要する経費等は、保護者の負担になることを了承願います。
- ⑥保護者は、医療的ケアの実施に必要な医療機器、医療用具、医薬品及び消耗品等を不足なく準備、点検及び整備し、保育所等の園長に預託してください。また、使用後の物品は家庭に持ち帰ることを了承願います。

⑦保育所等で提供する医療的ケアは、保護者が日常的に家庭内で実施している範囲で行うものであり、治療行為を提供するものではありません。また、看護師は児童の医療的ケアに対して配置され、児童の保育等を含めたすべてを担うものではないことを十分にご理解ください。

3 ならし保育について

- ①児童が新しい環境に慣れるとともに医療的ケアを安全に実施するために、初日から一定の期間、保護者付き添いのもと登園する、ならし保育を実施します。
- ②ならし保育の保育時間及び実施期間は保育所等と相談の上、決定します。

4 体調管理及び保育利用停止等の確認について

- ①やむを得ない事情により、医療的ケアを行う看護師等が勤務できない場合は、あらかじめ保護者に保育中の医療的ケアが実施できない旨を説明し、保護者に付き添いをお願いします。また、保護者の付き添いができない場合は、保育の利用ができませんので、了承願います。
- ②登園前あるいは登園時に健康観察をして、顔色、動作、食欲、体温等がいつもと違い、体調が悪い時には、保育所等の判断で、保育の利用ができないことがあります。
- ③登園後に医療的ケア児が発熱、下痢、おう吐、痙攣重責等の体調不良の場合、また、熱がなくても感染症への感染の疑いがある場合に備えて、保護者等が必ず連絡を取れる状態にしてください。また、体調不良により、保育所等が保育の継続が困難と判断した場合には、利用時間内であっても保育の利用を中止し、保護者等による児童の引き取りをお願いします。
- ④集団保育の場では、感染症にかかるリスクが高くなることも予想されるため、保育所等で感染症が流行した場合には、保育所等の情報により、保護者が保育を利用するかどうか判断してください。また、保育所等の判断で保育等の利用を控えてもらう場合があります。
- ⑤保育所等が主治医等の受診が必要と判断した場合には、主治医等の受診をしてください。なお、その費用は保護者の負担となります。
- ⑥医療的ケア児の病状の変化により、保育所等が規定する医療的ケア児の内容以外の医療的ケアが必要となった場合で、安全の確保が困難等の理由により対応不可と判断した場合には、原則、退園となります。
- ⑦保育所等の職員、施設又は設備の状況により、当該保育所等での受け入れができなくなる場合があります。

5 緊急時及び災害時の対応等について

- ①児童の症状が急変し、緊急事態と保育所等が判断した場合、保育所等は主治医の指示書及び「様式7 緊急時における対応確認書」、「様式16 医療的ケア児の保育に係る緊急時対応マニュアル」、「様式17 アセスメント票（予想される緊急時の対応方法）」に基づいて緊急時の対応を行います。
- ②挿入物の事故抜去等の緊急時に備え、保育所等は保護者及び主治医等と事前に対応を協議し、「様式11 医療的ケア実施計画書」、「様式17 アセスメント票（予想される緊急時の対応方法）」に沿って対応を行います。
- ③災害時の対策として、災害時に保護者が迎えに来ることができないケースを想定し、十分な量の薬や食事（栄養剤）を保育所等へ持参してください。また、医療的ケアの使用物品もストックを準備してください。

6 情報の共有について

- ①ケア児に対して安心安全な保育を提供するために、保護者から提供された申請内容等について保育所等の園長、看護師等で共有してください。また、必要に応じて、医療的ケア児が居住する地区の専門機関等に意見を求めるために共有します。
- ②緊急時の対応のために主治医から保育所等に提出された「様式2 医療的ケア児に関する主治医の意見書」、「様式6 医療的ケア指示書」等の内容を主治医以外に、必要に応じて関係機関に情報提供します。
- ③医療的ケア児の状況について、集団保育を実施する上で必要なことは、保護者同意の上、他の児童の保護者との間で共有する場合があります。

7 その他について

「第4 保護者の了解事項について」1～6のほか、保育所等との間で取り決めた事項を遵守してください。

第5章 様式について

手続き	様式	名称	内容	作成者	提出先
申込関係書類	様式 1	医療的ケア児入所相談票	対象者やお子さまの状況、保育所等における保育について記載するもの。保護者からこども育成課へ提出します。	保護者	こども育成課
	様式 2	医療的ケア児に関する主治医の意見書	主治医が児童の健康面や生活上の配慮事項等について明記します。保護者が主治医に記入を依頼して提出します。	主治医 (保護者が依頼)	こども育成課
	様式 3	医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書	医療的ケア児の保育所等への受け入れに関する事項について、保護者が同意の上、担当課へ提出します。	保護者	こども育成課
	様式 4	医療機器等預かり同意書	保護者が保育所等へ医療機器等を預ける際に、保育所等における医療機器の取り扱いに関する事項について、保護者が同意の上、担当課へ提出します。	保護者	こども育成課
	様式 5	医療的ケア児受入れ内定・保留通知書	保育所等における受入れの可能性についてお知らせする通知書でこども育成課から保護者へ通知します。	こども育成課	保護者
入園準備・最終判断資料	様式 6	医療的ケア児指示書	主治医等が受入れ児童の医療的ケアの内容と実施範囲等の指示内容を記載するもの。保護者が主治医に記入を依頼して提出します。	主治医 (保護者)	保育所等
	様式 7	緊急時における対応確認書	緊急時における連絡先や対応、搬送すべき医療機関等を記載するもの。保護者が記入して、提出します。	保護者	保育所等
	様式 8	与薬依頼書	与薬に関する情報についての必要事項を保護者が記載して提出します。	保護者	保育所等
意書 保育実施通知・同	様式 9	医療的ケア実施通知書	主治医等から保護者を通して医療的ケア指示書の提供を受けた後に、保護者に対して保育所等で実施する医療的ケアについて通知します。 ※保育所等の利用の決定	こども育成課	保護者
	様式 10	医療的ケア実施承諾書	医療的ケア実施通知書	保護者	こども育成課
保育計画の作成及び緊急時対応	様式 11	医療的ケア実施計画書	主治医等から保護者を通して医療的ケア指示書の提供を受けた保育所等が、保護者に対して保育施設で実施する医療的ケア実施計画書を作成して通知します。	保育所等	保護者 (主治医)
	様式 12	医療的ケア個別マニュアル	医療的ケアの個別の手順や内容等について記載し、保育所等で共有します。	保育所等	
	様式 13	医療的ケア実施記録	実施した医療的ケアを記録し、そのコピーを保護者へ渡し、状況を報告します。	保育所等	保護者 (主治医)
	様式 14	保育のめやす(0～2歳児)	保護者が主治医等との面談のもと、児童の保育活動について可能な範囲について記載します。	保護者	保育所等
	様式 15	保育のめやす(3～5歳児)	保護者が主治医等との面談のもと、児童の保育活動について可能な範囲について記載します。	保護者	保育所等
	様式 16	医療的ケア児の保育に係る緊急時対応マニュアル	緊急時の対応について、やるべき順番と緊急連絡先をまとめたものを保育所等で作成します。	保育所等	

手続き	様式	名称	内容	作成者	提出先
緊急時対応	様式 17	アセスメント票 (予想される緊急時の対応方法)	医療的ケア児の保育中に起きうるアクシデントとその対応策について事前に準備し、緊急時に迅速に対応できるようにします。	保育所等	
受診	様式 18	主治医受診結果報告書	保護者は、月に1回程度、主治医の診察を受け、その内容について保育所等へ提出します。	保護者	保育所等
保護者報告	様式 19	医療的ケア実施報告書	保育所等は3ヵ月ごとに報告書を作成して保護者に渡すことにより安全な医療的ケアを目指します。	保育所等	保護者
事故防止	様式 20	医療的ケア「ヒヤリハット報告書」	保育所等は、医療的ケアを実施する中で、事故につながる可能性があったことを記録に残すことで、同様の事例を再び起こさないようにします。	保育所等	
	様式 21	医療的ケア「事故報告書」	保育所等は、医療的ケアを実施する中で、起きた事故の内容を記録に残すことで、同様の事例を再び起こさないようにします。	保育所等	
終了届	様式 22	医療的ケア終了届出書	主治医等の指示により、対象児童の医療的ケアが終了した場合に、保護者が「医療的ケア終了届出書」を保育所等へ提出します。	保護者	保育所等
緊急時対応	様式 23	医療的ケア児「災害時対応マニュアル」	災害が起きた場合に持ち出すものや避難手順、避難場所などをまとめておいて、迅速に対応できるようにします。	保育所等	
体験保育	様式 24	看護師等による体験保育記録票	体験保育を実施した場合に看護師等が記録し、入所の可否についての判断材料とともに、保育所等の職員で共有し、今後の保育に生かしていきます。	保育所等	

樣式 1

医療的ケア児入所相談票

1. 対象者

(ふりがな) 園児の氏名		性別	生年月日・年齢				
		男 女	年 (年)	月 月	日 日	現在: 歳)	
保護者氏名		続柄					
現住所				TEL	(自宅) (携帯電話)		
入所希望 保育所等	第1希望:						
	第2希望:						
	第3希望:						
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで						
利用希望曜日	月 火 水 木 金						
利用希望時間	時 分 ~ 時 分						
苦小牧市発達支援課の利用はありますか							
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 今後予定							
その他療育施設の利用はありますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 今後予定							
有の場合: ①施設名							
利用日: 曜日 時間: 時 分 ~ 時 分							
有の場合: ②施設名							
利用日: 曜日 時間: 時 分 ~ 時 分							
同居家族	氏名	続柄	生年月日		年齢	性別	勤務先・学校等
障がい手帳をお持ちですか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 今後予定							
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 : <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 : <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 : <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級							
保育所等における対象児童の支援の実施にあたり、以下の実施要件について、主治医の確認を得ていますか。							
1. 主治医が、対象児童が保育所等において保育及び医療的ケアを受けることが可能であると判断していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 未確認							
2. 主治医(医療機関)が、医療的ケアの手技を医療的ケア児担当看護師に指導することは可能であると判断していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 未確認							
保育所等における対象児童の支援の実施にあたり、以下の実施要件について、同意しますか。							
1. 病状や医療的ケアに関する情報(主治医の意見や健康状態の変化等)を保育所等や専門機関等と十分に共有すること <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
2. 医療的ケアに必要な機材・器具及び衛生用品等を不足のないように毎日持参し持ち帰り、準備、点検及び整備を行うこと <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
3. 保育所等において保育及び医療的ケアを実施するにあたり、物品の借用、費用の負担及び付き添いをお願いすることがあること <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							

2.お子さまについて

お子さまの病名（ ）	
アレルギーについて <input type="checkbox"/> 有 食物（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） アナフィラキシー：あり・なし <input type="checkbox"/> 無	
内服薬等の影響により、食べることができない食品はありますか <input type="checkbox"/> 有 食べ物（ ） 原因となる薬（ ） <input type="checkbox"/> 無	
かかりつけ医について 病院名： 診療科名： 医師名： 受診頻度： <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 3か月毎 <input type="checkbox"/> 半年ごと <input type="checkbox"/> 1年ごと	
病院名： 診療科名： 医師名： 受診頻度： <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 3か月毎 <input type="checkbox"/> 半年ごと <input type="checkbox"/> 1年ごと	
病院名： 診療科名： 医師名： 受診頻度： <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 3か月毎 <input type="checkbox"/> 半年ごと <input type="checkbox"/> 1年ごと	
リハビリテーションについて <input type="checkbox"/> 実施 (施設名：) PT(理学療法)・OT(作業療法)・ST(言語聴覚療法) <input type="checkbox"/> 未実施	
相談している保健師について <input type="checkbox"/> いる (担当保健師：) <input type="checkbox"/> いない	
相談している相談支援専門員について <input type="checkbox"/> いる (事業者名：) 相談支援専門員名：) <input type="checkbox"/> いない	
服薬している、使用している薬について (薬の名称：) <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> 臨時の)	
食事について 種類 <input type="checkbox"/> 離乳食 (・初期・中期・後期) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 刻み食 食べ方 <input type="checkbox"/> お口 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 腸ろう	
回数 <input type="checkbox"/> 回/日 (時 時 時 時 時 時 時 時) <input type="checkbox"/> ml/回 1回の所要時間 分程度	
酸素吸入について <input type="checkbox"/> 有 (□マスク □カニュラ □人工呼吸器 □その他) <input type="checkbox"/> 無	
吸引について <input type="checkbox"/> 有 (□口の中 □鼻から □気管カニューレ) <input type="checkbox"/> 無 1日 最高 回程度 最低 回程度	
尿・便について <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 導尿 回/日程度 <input type="checkbox"/> 人工肛門	
けいれんについて <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (ある場合 回程度/日) 持続時間 <input type="checkbox"/> 2～3秒 <input type="checkbox"/> 10秒くらい <input type="checkbox"/> 30秒くらい <input type="checkbox"/> 1分以上 回数 <input type="checkbox"/> 単発 <input type="checkbox"/> 2、3回 <input type="checkbox"/> 繰り返す 対処方法 <input type="checkbox"/> 何もない <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 座薬使用 <input type="checkbox"/> 口腔溶液(プラコム)使用 <input type="checkbox"/> 救急車要請	
発達について 首が座った時期 (か月) <input type="checkbox"/> まだ 寝返り (か月) <input type="checkbox"/> まだ はいはい (か月) <input type="checkbox"/> まだ つかまり立ち (か月) <input type="checkbox"/> まだ 歩き始め (歳 か月頃) <input type="checkbox"/> まだ	
移動について <input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> 車いす(自走 手伝う 電動) <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> その他	
コミュニケーションについて <input type="checkbox"/> 会話 (単語 ・ 二語文 ・ 文章) <input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> 表情	
お子様が好きなことについて (自由記載)	
その他配慮すべきことについて (自由記載)	

3 保育所等における保育について

実施を申し込む医療的ケアの内容及び方法等	医療的ケアの内容 (該当する内容に○を記入してください)		保育施設で実施を希望する方法
	吸引 ・口腔　・鼻腔 ・気管切開部		
	経管栄養 ・経鼻経管 ・胃ろう　・腸ろう		
	その他(具体的に)		
保育所等での生活上の注意事項・要配慮事項等	運動(遊び)について	軽い運動	・わらべ歌遊び(可・不可)　　・すべり台(可・不可) ・砂遊び(可・不可)　　・ボール遊び(可・不可) ・簡単な体操(可・不可)　　・水遊び(可・不可) ・その他()
		中程度の運動	・飛び降り(可・不可)　　・マット遊び(可・不可) ・玉あて遊び(可・不可)　　・鉄棒遊び(可・不可) ・ブランコ(可・不可) ・その他()
		強い運動	・かけっこ(可・不可) ・鬼ごっこ等の追いかけ遊び(可・不可) ・縄跳び(可・不可) ・水遊び(可・不可) ・その他()
	運動等	その他の	・運動会(可・不可) ・遠足(可・不可) ・発表会での劇(可・不可) ・楽器演奏(可・不可)
			※これらの調査は保護者の意向を調査するもので、保育所等ですべての対応を保証するものではありませんので、ご了承ください。
集団生活上での留意事項			
び 急 の 状 及 予 想 さ れ る 緊	対 応	〔状況・頻度〕 〔対応方法〕 〔緊急時の目安〕	
		年　月　日	記入者：氏名
		続柄：	

様式 2

医療的ケア児に関する主治医の意見書

下記の児童が認定こども園、認可保育所、小規模保育施設（以下、「保育所等」という。）において安全な集団生活が可能かを判断するために、ご意見を記入してください。

この意見書は、治療行為を必要としない医療的ケアを必要とする児童の状態を把握し、保育所等における受け入れの判定に使用します。保育所等は療育施設等とは異なり集団生活となるため、安全な生活をする上で配慮が必要かどうかについても、ご意見をお願いします。

児童氏名等	氏名： 男・女 (年 月 日生) 歳
現病歴 (治療経過・症状・治療方針など)	
服薬状況	
痙攣の既往	
医療的ケアの項目	<input type="checkbox"/> 咳痰吸引 (口腔 ・ 鼻腔) 吸引カテーテル Fr cm <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経管胃管 Fr cm (水分) 栄養剤) <input type="checkbox"/> 胃ろう Fr cm (水分) 栄養剤) <input type="checkbox"/> 導尿 (時間ごと) カテーテルの種類 () サイズ () Fr <input type="checkbox"/> その他 ())
予想される緊急時の状況及び対応	(状態) (対応) (緊急搬送の目安)
集団保育の中での生活	<input type="checkbox"/> 望ましい (理由 :) <input type="checkbox"/> 望ましくない (理由 :)

保育所等での生活上の注意・配慮事項	・施設外保育	<input type="checkbox"/> 可	(注意事項：)
		<input type="checkbox"/> 不可	
	・水遊び	<input type="checkbox"/> 可	(注意事項：)
		<input type="checkbox"/> 不可	
・その他 ()	<input type="checkbox"/> 可	(注意事項：)	
	<input type="checkbox"/> 不可		
日常生活の配慮	項目	状況	
	食事		
	排泄		
	移動		
その他特記事項			
記入日	年	月	日
医療機関名			
住所			
電話番号			
医師署名			

様式 3

医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書

以下の事項をよくお読みいただき、□にチェックをお願いします。

1. 「医療的ケア児の保育所等受入れガイドライン」をよく読み、理解しました。また、保護者の了解事項の内容を理解し、すべて了承します。	<input type="checkbox"/>
2. 主治医の意見書等、保育所等の入所申込及び入所後に係る書類の費用負担について、保育所等に入所できる、できないに関わらず、すべて保護者が負担することに了承します。	<input type="checkbox"/>
3. 主治医の指示書にない医療的ケアについては、保育所等が臨時的であっても行うことができないことに了承します。	<input type="checkbox"/>
4. やむを得ない事情により医療的ケアを行う看護師等が勤務できない場合には、保護者が付き添います。また、保育中の医療的ケア実施の体制が取れない場合は、保育の利用ができないことを了承します。	<input type="checkbox"/>
5. 登園前に健康観察をし、顔色、動作、食欲、体温等がいつもと違い、体調が悪い場合には、保育の利用について十分に検討し、必要であれば保育を利用しないことを了承します。	<input type="checkbox"/>
6. 登園後に発熱、下痢、嘔吐、痙攣重複等の体調不良が発言した場合や、発熱がなくても感染症の感染の疑いがある場合には、保育所等が保育の継続が困難と判断するため、保護者は必ず連絡が取れるようにすること及び保護者による児童の引き取りについて了承します。	<input type="checkbox"/>
7. 園内で感染症が流行した場合の登園の判断は、保護者の責任で行います。また、保育所等の判断で登園を控えていただく場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
8. 保育所等が必要と認める場合、保護者の費用負担で主治医等を受診することを了承します。また、必要な文書等の発行に伴う費用等は保護者の負担になることを了承します。	<input type="checkbox"/>
9. 児童の症状に急変が生じ、緊急事態と保育所等が判断した場合、その他緊急的に病院受診が必要な場合には、保護者へ連絡する前に児童を緊急時対応病院に搬送し、受診または治療が行われること、また、それに伴い生じた費用は保護者の負担になることを了承します。	<input type="checkbox"/>
10. 災害発生に備えて、非常食や医薬品、医療材料の備蓄、医療機器のバッテリーに関して、主治医と確認し、必要量を保育所等へ提供することを了承します。	<input type="checkbox"/>
11. 児童の病態の変化等により、医療的ケア実施申込時の医療的ケアの内容以外の医療的ケアが必要になり、保育所等が医療的ケアの対応ができないと判断した場合、集団保育を終了し退園となることを了承します。	<input type="checkbox"/>
12. 保育所等の人員、施設又は設備の状況により、保育所等での児童の受け入れができなくなる場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
13. 医療的ケア児に対して、安全安心な保育を提供するため、保護者から提出された申請内容等について関係機関と共有することを了承します。	<input type="checkbox"/>
14. 市に提供された主治医意見書、医療的ケア指示書の内容を、緊急時対応病院等の連携病院に情報提供することを了承します。	<input type="checkbox"/>
15. 医療的ケアが必要な児童の状況について、集団保育を実施する上で必要最低限の範囲において、他の児童の保護者との間で共有する場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
16. 保育所等が必要に応じて病院受診に同行させていただく場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
17. 医療的ケアに必要な医療機材や消耗品は保護者が用意し、医療機材を毎日、持ち帰ることを了承します。	<input type="checkbox"/>
18. 災害時に備えて、薬や栄養剤、医療的ケアに必要な物品（カテーテル等）は、1日分以上を保育所等に預けることを了承します。	<input type="checkbox"/>
19. 1～18 のほか、保育所等との間で取り決めた事項を遵守します。	<input type="checkbox"/>

以上の確認事項について、全て同意の上で、保育所等への入所を申し込みます。

年 月 日

保護者署名

様式4

医療機器等預かり同意書

保育所等で医療機器等をお預かりする場合、思わぬアクシデント（破損や紛失や、子ども同士の関わりあいの中で起こりうる事象等）を考慮し、安全に保育を実施する必要がありますので、保育所等での安全な医療機器等の取り扱いについて、次のとおりお預かりする内容を確認させていただきます。

【確認事項】

保育所等名：	歳児クラス	氏名：
機器の種類	医療機器 (装具等 (その他 (※使い捨ての医療材料等は含まない。)
	保育所等での使用目的	
	保育所等での使用開始 及び使用時間帯	使用開始予定 (年 月 日) 使用時間帯 ()
	保育所等での使用中の 注意事項	
その他		

【同意事項】

- 保育中の医療機器等の取り扱いには十分注意しますが、何らかの原因で破損や紛失、子ども同士での思わぬアクシデント等が生じた場合、原則として保育所等では補償しかねます。
- 保育所等での使用は、家庭で十分に慣れてからの使用開始とします。
- 内容の変更があった場合、「医療機器用預かり同意書」を改めて保育所等へ提出してください。

以上、確認の上、同意します。

年 月 日

園長様

保護者署名 _____

様式5

年 月 日
様

苦小牧市長

医療的ケア児受入れ内定・保留通知書

入所希望の相談がありましたら医療的ケア児の保育所等への入所につきまして、検討した結果、下記のとおりと判断しましたのでお知らせいたします。

記

児童	氏名	
	生年月日	年 月 日
検討結果		内定 ・ 保留 <u>※内定施設：</u>
備考		<p>【内定の場合】 保護者は市に、主治医が作成した「医療的ケア指示書」を提出してください。</p> <p>【保留の場合】 (保留の理由について)</p>

※内定とは、医療的ケア児の保育所等での受け入れの可能性があることをお知らせするものであり、保育所等への入所の決定を意味するものではありません。

様式6

医療的ケア指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。

指示期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

施設名			
児童氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
診断名			

※該当する指示内容に☑チェック、数値等を記入してください。

□ 経管 栄養	【種類】
	<input type="checkbox"/> 経鼻胃チューブ <input type="checkbox"/> 経鼻十二指腸留置チューブ サイズ () Fr. 挿入長さ () cm <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう チューブの種類 () サイズ () Fr. () cm 插入 バルーン水量 () ml
	※チューブの抜去時の対応や注意点など
	〔 〕
	□栄養剤注入
	栄養剤 実施時間 (:) (:) (:) (:) (:) 内容 () 1回量 (ml) 注入速度 (分) <input type="checkbox"/> 胃残量が () 未満の時は、そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が () ml 以上 () ml 未満の時 () <input type="checkbox"/> 胃残量が () ml 以上の時 () <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある場合 () <input type="checkbox"/> その他、胃残の 性状に異常がある場合の対応
	〔 〕
	<input type="checkbox"/> 水分注入 実施時間 (:) (:) (:) (:) (:) 内容 () 1回量 (ml) 注入速度 (分) <input type="checkbox"/> 胃残量が () 未満の時は、そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が () ml 以上 () ml 未満の時 () <input type="checkbox"/> 胃残量が () ml 以上の時 () <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある場合 () <input type="checkbox"/> その他、胃残の正常に異常がある場合の対応
	〔 〕
	□胃からの脱気

	<p>脱気のタイミング <input type="checkbox"/>注入前 <input type="checkbox"/>注入中 <input type="checkbox"/>注入後 <input type="checkbox"/>その他 (:) (:) (:)</p> <p>注意点など</p> <p style="text-align: right;">[]</p>
<input type="checkbox"/> 咳痰吸引	<p><input type="checkbox"/>鼻、口からの吸引 吸引カテーテルのサイズ () Fr. 吸引圧 () cmH20 以下 鼻からの挿入の長さ () cm 口からの挿入の長さ () cm</p> <p>注意点など</p> <p style="text-align: right;">[]</p> <p><input type="checkbox"/>気管カニューレからの吸引（または気管内吸引） 吸引カテーテルのサイズ () Fr. 吸引圧 () cmH20 以下 カニューレ入口からの挿入の長さ () cm 口からの挿入の長さ () cm</p> <p>注意点など</p> <p style="text-align: right;">[]</p> <p><input type="checkbox"/>持続吸引</p>
<input type="checkbox"/> 気管切開部の観察	<p><input type="checkbox"/>単純気管切開 <input type="checkbox"/>咽頭気管分離 <input type="checkbox"/>その他 カニューレの種類 () 内径 () mm 入口から先端までの長さ () cm カニューレ抜去時や気管切開部・気管内出血への対応など</p> <p style="text-align: right;">[]</p>
<input type="checkbox"/> 酸素管理	<p>酸素流量 () L/分 SpO₂ () %以下の場合 ()</p> <p>注意点など</p> <p style="text-align: right;">[]</p>
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<p><input type="checkbox"/>TPPV <input type="checkbox"/>NPPV 機種 () 呼吸モード () 吸気圧 () PEEP () 呼吸回数 () 酸素 () 機械トラブル時の連絡先 () その他</p> <p style="text-align: right;">[]</p>

<input type="checkbox"/> 薬液注入	実施時間 (　　:　　)(　　:　　)(　　:　　)(　　:　　)(　　:　　) 吸入内容・量 (注意点など [])
<input type="checkbox"/> 導尿	実施時間 (　　:　　)(　　:　　)(　　:　　)(　　:　　)(　　:　　) カテーテルの種類 (　　　　　　　　　) サイズ (　　　　　) Fr. 尿道に挿入する長さ (　　　　　　　) cm 用手圧迫 (可 ・ 不可) 注意点など [])
<input type="checkbox"/> 血糖値測定・インスリン注射	<input type="checkbox"/> 血糖測定 測定時間 (　　:　　)(　　:　　)(　　:　　)(　　:　　)(　　:　　) 対処方法 []) <input type="checkbox"/> インスリン注射 薬剤名 (　　　　　　　) 1回投与量 (　　　　　　　) 投与時間 (　　:　　)(　　:　　)(　　:　　)(　　:　　)(　　:　　)
<input type="checkbox"/> その他医療的ケア	
緊急時の対応 ※至急受診が必要な状態は、どのような場合かご記入をお願いします。	

年　　月　　日

園長 様

医療機関名

医師名

住所

電話

本指示書に基づき、保育所等で医療的ケアを実施することに同意します。

年　　月　　日

保護者氏名

様式 7

年 月 日

園長 様

保護者名住 所連絡先

緊急時における対応確認書

緊急時における対応について確認書を提出します。

児童氏名		男 ・ 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
------	--	-------------	--------	---	----------	--------

通院先等

※現在、通院している医療機関をすべて記入してください。

医療機関名	診療科	担当医名	電話	診察券番号	通院頻度
					年・月・週 回
					年・月・週 回
					年・月・週 回
					年・月・週 回

緊急時の対応

※保護者、通院先に連絡

症状（器具のトラブルなど）	対応

緊急時の薬の処方

※別途、与薬依頼書が必要になります。

該当する項目に☑を記入してください。

なし

<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 貼付薬 <input type="checkbox"/> 注射薬 薬品名 (_____) (薬処方日 年 月 日・有効期限 年 月 日)
-----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

緊急連絡先

※確実に連絡がつきやすい順番でご記入ください。

※勤務先（職場）へは、勤務中でも電話を取りついでいただけるように手配をお願いします。

優先順位	氏名	続柄	電話番号
1			(携帯・自宅・職場)
2			(携帯・自宅・職場)
3			(携帯・自宅・職場)
4			(携帯・自宅・職場)
5			(携帯・自宅・職場)

その他

「医療的ケア児の災害の備え」を所有している はい いいえ

※所有している場合には、写しの提供をお願いします。

様式 8

年 月 日

園長 様

保護者名住 所連絡先

与薬依頼書

対象児童の与薬依頼書を提出します。

フリガナ 児童氏名		男・女	歳	年 月 日生
診断名				
主治医氏名		医療 機関名		電話

薬剤名		用 量	
剤 型	粉・液(シロップ)・外用薬・その他()		
使用方法	<input type="checkbox"/> ：通常使用 <input type="checkbox"/> ：緊急使用		
使用する時間		保管方法	
処方された日	年 月 日		
与薬期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

薬剤名		用 量	
剤 型	粉・液(シロップ)・外用薬・その他()		
使用方法	<input type="checkbox"/> ：通常使用 <input type="checkbox"/> ：緊急使用		
使用する時間		保管方法	
処方された日	年 月 日		
与薬期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

薬剤名		用 量	
剤 型	粉・液(シロップ)・外用薬・その他()		
使用方法	<input type="checkbox"/> ：通常使用 <input type="checkbox"/> ：緊急使用		
使用する時間		保管方法	
処方された日	年 月 日		
与薬期間	年 月 日	～	年 月 日

薬剤名		用 量	
剤 型	粉・液(シロップ)・外用薬・その他()		
使用方法	<input type="checkbox"/> ：通常使用 <input type="checkbox"/> ：緊急使用		
使用する時間		保管方法	
処方された日	年 月 日		
与薬期間	年 月 日	～	年 月 日

薬剤名		用 量	
剤 型	粉・液(シロップ)・外用薬・その他()		
使用方法	<input type="checkbox"/> ：通常使用 <input type="checkbox"/> ：緊急使用		
使用する時間		保管方法	
処方された日	年 月 日		
与薬期間	年 月 日	～	年 月 日

薬剤名		用 量	
剤 型	粉・液(シロップ)・外用薬・その他()		
使用方法	<input type="checkbox"/> ：通常使用 <input type="checkbox"/> ：緊急使用		
使用する時間		保管方法	
処方された日	年 月 日		
与薬期間	年 月 日	～	年 月 日

薬剤名		用 量	
剤 型	粉・液(シロップ)・外用薬・その他()		
使用方法	<input type="checkbox"/> ：通常使用 <input type="checkbox"/> ：緊急使用		
使用する時間		保管方法	
処方された日	年 月 日		
与薬期間	年 月 日	～	年 月 日

様式9

年 月 日

様

苦小牧市長

医療的ケア実施通知書

申込みのありました医療的ケアについて、下記のとおり実施することといたしますので、通知します。

記

1 児童氏名：_____ 性別：男・女

生年月日：_____ 年 月 日 生 年齢：_____ 歳

2 実施施設：_____

3 実施する医療的ケアの内容

医療的ケアの項目	実施する内容

4 実施期間：_____ 年 月 日 から _____ 年 月 日 まで

5 保育時間：_____ 時 分 から _____ 時 分 まで

6 緊急時の対応

- (1)緊急事態発生時は、保護者及び実施施設で確認した主治医の指示内容のもとに、連携する医療機関等に連絡を行い、必要な措置を講じ、同時に保護者等に連絡します。
- (2)緊急時やむを得ない場合には、保護者の同意を得る前に対象園児を緊急搬送する場合があります。
- (3)保護者は、常に連絡がとれる体制を整えていただきますようお願いします。

7 留意事項

- (1)定期的に主治医の診察を受け、結果や指示を保育施設に連絡ください。
- (2)登園時、子どもの健康状態について担任、看護師等に連絡し、当日の医療的ケアの内容について確認してください。
- (3)医療的ケアの実施に必要な用具、消耗品の点検・補充をお願いします。
- (4)使用後の物品については、ご家庭へ持ち帰り、処分をお願いします。
- (5)災害時に備え、内服薬等は必要数を毎日ご持参ください。

様式 10

苦小牧市長 様

年 月 日

児童氏名

生年月日 年 月 日

性別 男 · 女

保護者氏名

医療的ケア実施承諾書

医療的ケア実施通知の内容について承諾します。

様式 11

医療的ケア実施計画書				
園児氏名	氏名： (生年月日 年 月 日)			
作成年月日	年 月 日			
施設における医療的ケア開始日	年 月 日			
医療的ケアの種類・内容				
時刻	実施するケア	実施するケアの具体的計画		

様式 12

医療的ケア個別マニュアル			
園児氏名	氏名：	(生年月日)	年　月　日
作成年月日	年　月　日		
医療的ケアの内容			
実施時間（目安）			
実施場所			
必要物品			
実施手順	実施内容	実施上の留意点	

※実施手順は、必要物品の準備から片付けまで、医療的ケアの流れについて順序立てて記載します。

※実施内容は、医療的ケアの内容を手順ごとに箇条書きで簡潔に記載します。

緊急時の対応				
安静時のバイタル	平熱	°C、脈拍	回/分、SpO2	%
予想される緊急状況・症状		対処方法		

医療的ケア 実施記録

様式 14

保育のめやす（0～2歳児）

児童氏名：	施設名：	歳児
診断名：		

※下記の表は通常保育活動です。年齢に関係なく可能な項目にチェックをつけてください

	軽い運動	中程度の運動	強い運動
0歳児	<input type="checkbox"/> 腕や足の曲げ伸ばしや開閉をする <input type="checkbox"/> すべり台（室内用）を大人にさせてもらう <input type="checkbox"/> 抱っこされる	<input type="checkbox"/> 手を握って体を起こす <input type="checkbox"/> 散歩（10分程度） <input type="checkbox"/> 抱っこして左右に揺らす	<input type="checkbox"/> 水遊び（手足を水につける） <input type="checkbox"/> 布に乗せて揺らす <input type="checkbox"/> 激しく泣く <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を揺らす
1歳児	<input type="checkbox"/> 砂遊び <input type="checkbox"/> すべり台を自分ですべる <input type="checkbox"/> ボールを追う	<input type="checkbox"/> 散歩（ 分程度まで可能） （最高 1km 往復 30 分程度） <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り（ 段位） <input type="checkbox"/> 4輪ミニカーに乗る	<input type="checkbox"/> 走る（ 分程度） <input type="checkbox"/> 水遊び（腰まで水につける） <input type="checkbox"/> 坂のぼり
2歳児	<input type="checkbox"/> 砂遊び <input type="checkbox"/> すべり台を自分ですべる <input type="checkbox"/> その場でジャンプする	<input type="checkbox"/> 散歩（最高 2km 往復 40 分程度） <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り（ 段位） <input type="checkbox"/> 三輪車をこぐ <input type="checkbox"/> ボールを投げたり蹴ったりする	<input type="checkbox"/> 走る（ 分程度） <input type="checkbox"/> 水遊び（胸まで水につける） <input type="checkbox"/> 高い所から飛び降りる（50 cm位） <input type="checkbox"/> 音楽に合わせてリズミカルに動く

生活	行事その他	保育時間	所見
<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 沐浴 <input type="checkbox"/> うす着	<input type="checkbox"/> 遠足（徒歩） <input type="checkbox"/> 遠足（バス） <input type="checkbox"/> 運動会	<input type="checkbox"/> 通常保育時間 （8時間） <input type="checkbox"/> 保育時間制限必要 （ 時間程度）	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> SpO2 低下 <input type="checkbox"/> 分泌物の増加 <input type="checkbox"/> 脈の以上（頻脈） <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> その他 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">〔 〕</div> <input type="checkbox"/> 特になし

該当する指導区分に○をつけてください。

- ・「軽い運動」 同年齢の平均的乳幼児にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動
- ・「中程度の運動」 同年齢の平均的乳幼児にとって、少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動で、身体の強い接触を伴わないもの
- ・「強い運動」 同年齢の平均的乳幼児にとって、息がはずみ息苦しさを感じる運動

年　　月　　日　　保護者氏名：

看護師等氏名：_____

様式 15

保育のめやす (3~5歳児)

児童氏名 :	施設名 :	歳児
診断名 :		

※下記の表は通常保育活動です。年齢に関係なく可能な項目にチェックをつけてください

	軽い運動	中程度の運動	強い運動
3歳児	<input type="checkbox"/> 砂遊び <input type="checkbox"/> すべり台をすべる <input type="checkbox"/> ボールを投げたり蹴ったりする	<input type="checkbox"/> 散歩 (分程度まで可能) (最高 3km 往復 50 分程度) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り (段程度) <input type="checkbox"/> 鉄棒のぶらさがり <input type="checkbox"/> 三輪車をこぐ <input type="checkbox"/> マット遊び	<input type="checkbox"/> 走る (m まで) (分程度) ・鬼ごっこ休憩しながら 20 分程度 ・長距離かけっこ 200m <input type="checkbox"/> 水遊び <input type="checkbox"/> プール遊び (プール内 15 分程度) <input type="checkbox"/> 高い所から飛び降り (60 cm程度) <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を動かす
4歳児	<input type="checkbox"/> 砂遊び <input type="checkbox"/> すべり台をすべる <input type="checkbox"/> ボールを投げたり蹴ったりする	<input type="checkbox"/> 散歩 (分程度まで可能) (最高 4km 往復 60 分程度) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り (段程度) <input type="checkbox"/> 鉄棒の前まわり、足抜きまわり <input type="checkbox"/> 登り棒を補助されて登る <input type="checkbox"/> 水遊び	<input type="checkbox"/> 走る (m まで) (分程度) ・鬼ごっこ休憩しながら 30 分程度 ・長距離かけっこ 300m <input type="checkbox"/> プール遊び (プール内 20 分程度) <input type="checkbox"/> 縄跳び <input type="checkbox"/> 太鼓橋を渡る <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を動かす
5歳児	<input type="checkbox"/> 砂遊び <input type="checkbox"/> すべり台をすべる <input type="checkbox"/> ボールを投げたり蹴ったりする	<input type="checkbox"/> 散歩 (分程度まで可能) (最高 5km 往復 75 分程度) <input type="checkbox"/> 鉄棒の前まわり <input type="checkbox"/> ものを運ぶ (給食: バケツの水) <input type="checkbox"/> 登り棒を自分で上まで登る <input type="checkbox"/> 太鼓橋を渡る <input type="checkbox"/> 水遊び	<input type="checkbox"/> 走る (m まで) (分程度) ・鬼ごっこ休憩しながら 40 分程度 ・長距離かけっこ 500m <input type="checkbox"/> プール遊び (プール内 30 分程度) <input type="checkbox"/> とび箱を助走して飛ぶ <input type="checkbox"/> 鉄棒の逆上がり <input type="checkbox"/> 相撲 <input type="checkbox"/> サッカー <input type="checkbox"/> ドッジボール <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を動かす

生活	行事その他	保育時間	所見
<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 沐浴 <input type="checkbox"/> うす着	<input type="checkbox"/> 遠足 (徒歩) <input type="checkbox"/> 遠足 (バス) <input type="checkbox"/> 運動会	<input type="checkbox"/> 通常保育時間 (8 時間) <input type="checkbox"/> 保育時間制限必要 (時間程度)	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> SpO2 低下 <input type="checkbox"/> 分泌物の増加 <input type="checkbox"/> 脈の以上 (頻脈) <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> その他 〔 〕 <input type="checkbox"/> 特になし

該当する指導区分に○をつけてください。

- ・「軽い運動」 同年齢の平均的乳幼児にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動
- ・「中程度の運動」 同年齢の平均的乳幼児にとって、少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動で、身体の強い接触を伴わないもの
- ・「強い運動」 同年齢の平均的乳幼児にとって、息がはずみ息苦しさを感じる運動

年 月 日 保護者氏名 :

看護師氏名 :

医療的ケア児の保育に係る緊急時対応マニュアル

施設名

園児名

●園児の急な体調変化により救急車の要請が必要となった場合

1. 救急車を要請する（119番通報）

- ・医療的ケア児であることを伝える

2. 緊急時対応病院へ連絡

緊急時対応病院

()

電話番号

()

- ・医療的ケア児の緊急搬送がある旨を伝え、
緊急時対応病院での受入れ準備を依頼する。

3. 保護者へ連絡

電話番号

()

4. 救急車での搬送

- ・救急隊員に、緊急時対応病院が設定されていること及びその病院にすでに連絡済みであることを伝える
- ・救急隊員に、医療的ケア児指示書及び薬の処方状況のわかるものを渡す
- ・関係者が同乗し、適宜情報提供を行う

●緊急連絡先

緊急時対応病院	電話番号	担当医
かかりつけ病院	電話番号	担当医
園医（病院）	電話番号	担当医
保護者名（優先順位1）	電話番号（優先順位1）	勤務先（優先順位1）
保護者名（優先順位2）	電話番号（優先順位2）	勤務先（優先順位2）

様式 17

アセスメント票（予想される緊急時の対応方法）

年 月 日作成

対象児童	氏名： 性別 年齢	病名	
安静時 バイタル	T _____ 度 P _____ 回/分 SpO2 _____ %	医療的ケア 実施内容	

項目	普段の状態 (S・O) ※医師の指示を含む	保育活動での介入の 必要性 (A・P)	予想される 緊急状況	予想される 症状	対処方法
登園時					
保育室に 入った とき					
医療的 ケアの 管理					
食事・ おやつ時					
着替え					

項目	普段の状態（S・O） ※医師の指示を含む	保育活動での介入の 必要性（A・P）	予想される 緊急状況	予想される 症状	対処方法
室内遊び					
外遊び					
排泄					
降園					
水遊び、 シャワー 時					
その他					

施設名

様式 18

年 月 日

園長 様

保護者名 _____

住 所 _____

連絡先 _____

主治医受診結果報告書

受診結果報告書を提出します。

児童氏名	男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日
受診日	年 月 日				
医療機関名 (病院名)				医師名	
主治医 からの 指示内容	(保育施設での留意事項、行事への参加等について記入してください。)				
検査を受けた場合は、結果等について項目に☑を付し、記入ください。					
□血液検査					
□脳波検査					
□レントゲン検査					
□その他の検査					
与薬の状況について項目に☑を付し、記入ください。					
□変更なし					
	(変更内容)				
□変更あり					
次回受診予定日					

_____年_____月_____日

様保育施設長

医療的ケア実施報告書

医療的ケアの実施について報告書を提出します。

児童氏名		男 女	年 齢	歳	生年 月日	年　月　日
作成者	(職名)	(氏名)				

実施した医療的ケアの内容	児童の様子等

主治医への質問事項等	主治医確認欄

医療的ケア「ヒヤリハット報告書」

提出日： 年 月 日

記入者：

施設名【 】

児童氏名			年齢	
発生日時	年 月 日 ()		場所	
	時	分		
医療的ケア の内容	<input type="checkbox"/> 痰吸引（気管切開部からの吸引・口腔内吸引・鼻腔内吸引） <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻経管栄養・胃ろう・腸ろう）			
原因	<input type="checkbox"/> 勘違い <input type="checkbox"/> マニュアル以外の行為 <input type="checkbox"/> 連絡ミス <input type="checkbox"/> チームワーク <input type="checkbox"/> 確認もれ <input type="checkbox"/> 忘れ <input type="checkbox"/> 判断ミス <input type="checkbox"/> 施設・設備 <input type="checkbox"/> 観察不十分 <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 転記ミス <input type="checkbox"/> 機器の整備不良 <input type="checkbox"/> 聞き違い <input type="checkbox"/> 技術不足 <input type="checkbox"/> 思い込み <input type="checkbox"/> 疲労・体調不良 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> パニック・焦り <input type="checkbox"/> その他（ ））			

ヒヤリ ハットした 内容・経緯	
防止策	

医療的ケア「事故報告書」

提出日： 年 月 日

記入者：

施設名【 】

児童氏名			年齢	
発生日時	年 月 日 ()		場所	
	時 分			
医療的ケア の内容	<input type="checkbox"/> 痰吸引（気管切開部からの吸引・口腔内吸引・鼻腔内吸引） <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻経管栄養・胃ろう・腸ろう） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
原因	<input type="checkbox"/> 勘違い <input type="checkbox"/> マニュアル以外の行為 <input type="checkbox"/> 連絡ミス <input type="checkbox"/> チームワーク <input type="checkbox"/> 確認もれ <input type="checkbox"/> 忘れ <input type="checkbox"/> 判断ミス <input type="checkbox"/> 施設・設備 <input type="checkbox"/> 観察不十分 <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 転記ミス <input type="checkbox"/> 機器の整備不良 <input type="checkbox"/> 聞き違い <input type="checkbox"/> 技術不足 <input type="checkbox"/> 思い込み <input type="checkbox"/> 疲労・体調不良 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> パニック・焦り <input type="checkbox"/> その他（ ）			
発生時の 状況と経過				
実施した 措置と その後の 経過	病院受診： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 医師の診断書： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
今後の対応 と再発 防止策				
保護者への 説明	説明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （有の場合に説明内容を記入）			

医療的ケア終了届出書

園長 様

届出年月日： 年 月 日

保護者氏名：

児童氏名：

上記児童は、保育施設入園児に必要であった下記医療的ケアに関し、主治医の指示のもと、下記の期日をもって、その医療的ケアを終了しても、安全な日常生活を送ることが可能であることが確認できたのでお届けいたします。

なお、必要に応じて下記の看護師等が主治医医療機関の受診に同行・確認を行い、今回の届け出内容に関連する指示を仰いだ上でこの届出書を提出いたします。

記

医療的ケア内容	
医療的ケア終了年月日	年 月 日
同行（確認）看護師等氏名	

※主治医の指示に変更があった場合は、必ずお知らせください。

※ケースによっては、主治医や医療機関の受診同行・確認が必要でないこともあります。

様式 23

医療的ケア児「災害時対応マニュアル」

1.災害時に持ち出すもの

2.避難手順

①
②
③
④
⑤
⑥

3.避難場所

地震	
津波の危険性	
土砂崩れ	
水害	

【特記事項】

看護師等による体験保育記録票

(年 月 日実施)

児童名		生年月日	
実施施設		観察者	
		対応者	
(遊び・興味・関心) 集団における行動の様子			
(コミュニケーション) 意思伝達			
親との様子			
運動面 身体面・			
基本的生活習慣	食事		
	排泄		
	着脱		
	その他		
の所見 観察者、対応者			

