

(様式1・保護者用)

## 医療的ケア等を実施するにあたっての確認事項（2・3号児）

認可保育所、認定こども園、家庭的保育事業、小規模保育事業、事業所内保育事業（以下、「保育所等」とする）では、医師が医療的ケアの必要性を認めている場合について、医師による指示・指導の範囲内で医療的ケアを行います。保育所等は、集団生活の場であり、児童の安全を確保する観点から、児童の状態、集団生活への対応、医師との協力関係等を確認した上で保育所等の人員配置や設備環境等も踏まえ、安全な利用が可能であるか確認することが必要です。

医療的ケアは、保育所等の看護師が主治医の指示等を受け、安全性が確認できた場合に実施します。保育士等の職員も保育中の児童の見守りや医療行為に該当しない範囲での補助などについて、看護師と協力しながら進めていきます。

つきましては、今後、利用の検討を進めるにあたって、以下の項目をご確認いただき必要な事項についてご理解・ご協力いただくとともに、お子さんの健康状態に関する関係機関との情報共有等について、同意いただきますようお願いします。

### 【確認項目】

☐ 在宅生活（医療）を1年以上実施していますか。（はい・いいえ）

（最終退院日： 年 月 日）

※1年に満たない場合は、利用ができないことがあります。

☐ 常にバイタルサインの確認（※脈拍、呼吸、体温等の生命徴候の確認）が必要でない状況ですか。（はい・いいえ）

※職員の見守りの中で他の児童との集団生活が可能でない場合は、利用ができないことがあります。

☐ 現在、お子さんは症状が安定しているか、回復傾向にあり、著しい症状の悪化が予見されない状況ですか。（はい・いいえ）

☐ 集団での生活が可能であることとして、感染症による基礎疾患の悪化や合併症の発症等のリスクについて確認させていただきます。

☐ お子さんが、集団生活を送ることが、健康への過度な負担とならない状況であるかについて確認させていただきます。

☐ 保育所等の人員配置や設備環境等条件が整っている施設のみでの受け入れとなります。

☐ 医療的ケアを実施できるのは、原則、週5日（月曜日から金曜日）、1日8時間を目安とし、時間帯は、保護者と協議の上、保育所等で決定します。

(様式1・保護者用)

- ☐入所決定後は準備期間（最低でも1～2か月）を設け、その期間や内容については、お子さんの状況を踏まえて保育所等と協議の上設定します。
- ☐やむを得ない事情により医療的ケアを行う看護師が不在の場合は、保護者等が実施するか、保育の利用ができない場合があります。
- ☐登園の際には児童の体調を把握し、体調が悪い場合は保育の利用ができないことをご了承ください。又、お預かり後の体調不良等に対して、お迎えをお願いすることがあります。
- ☐緊急時や災害時を含め、その他園から連絡をする場合があるため、必ず連絡がとれるようにしておいてください。
- ☐必要に応じて同行受診や面談、医療的ケアの手技指導等、主治医との適切な連携や、利用療育機関等との情報共有を行います。
- ☐入所に向けた検討にあたっては、子育て支援課の職員や公立園看護師が中心となり、面談等を行い、児童のより詳細な状況、医療的ケアの内容、日常生活の配慮事項等について確認させていただきます。必要に応じて、お子さまの状況を録画させていただく場合や直接主治医への確認を行う場合があります。
- ☐主治医意見書や医療的ケア指示書等の作成にかかる費用は、保護者が主治医に依頼し、保護者負担となります。
- ☐面談や施設見学等のお子さまの状態を直接確認させていただく場面においては、お子さまの同席や同行が必須となります。
- ☐施設の状況により、その他ご協力いただくことが判明した場合、別途協議させていただきます。
- ☐必要な範囲で利用施設等や関係機関への情報提供をすることがあります。また、市の他の機関が所有している個人情報について、必要に応じて共有することがあります。

【あて先】横須賀市長

関係機関への情報共有に同意し、上記の項目の確認を行いました。

年 月 日

保護者氏名（自署）： \_\_\_\_\_

児童氏名： \_\_\_\_\_

住所：横須賀市 \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

(様式2・保護者用)

【記入日】 年 月 日

保育所等の利用に関する医療的ケア等確認書

|                       |                                            |                |                     |
|-----------------------|--------------------------------------------|----------------|---------------------|
| 申し込みする<br>児童指名        |                                            | 生年<br>月日       | 年 月 日生まれ<br>( 歳 ヲ月) |
| 実施を申し込む医療的ケア等の内容および方法 | 医療的ケアの内容<br>(該当するケアの内容に○を記入ください)           | 保育所等で実施を希望する方法 |                     |
|                       | 吸引<br>口腔・鼻腔・気管切開部                          |                |                     |
|                       | 経管栄養<br>経鼻経管・胃ろう・腸ろう                       |                |                     |
|                       | 気管切開部の管理                                   |                |                     |
|                       | 導尿<br>一部要介助・完全要介助(間隔)                      |                |                     |
|                       | 血糖値測定等 (皮下注射の管理を含む)                        |                |                     |
|                       | その他の医療的ケア及び生活上の配慮事項                        |                |                     |
|                       | けいれん発作<br>症状:<br>回数: 回/日                   |                |                     |
|                       | 食事<br>形態食: ペースト食・きざみ食<br>姿勢: 座位保持装置・ベビーチェア |                |                     |

関係機関で必要書類の複写等を行い情報共有が行われることに同意します。

保護者氏名(自署): \_\_\_\_\_

住所: 横須賀市 \_\_\_\_\_

連絡先: \_\_\_\_\_

緊急連絡先: 携帯(続柄) \_\_\_\_\_ ( ) 携帯(続柄) \_\_\_\_\_ ( )

## 医療的ケア児童状況書(子ども情報共有シート)

## 1. 基本情報

記入日 年 月 日/記入者名

|           |       |            |
|-----------|-------|------------|
| 名前        | 生年月日  | 年 月 日 ( 歳) |
| 保護者氏名     |       |            |
| 基礎疾患名/障害名 |       |            |
| 主治医       | 医療機関名 | 医師名        |
| かかりつけ医    | 医療機関名 | 医師名        |

## 2. 医療的ケア等の状況について

| 医療ケア名                                   | 主な内容                                                                                                                            |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 吸引             | <input type="checkbox"/> 口腔内・鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 / (1日吸引回数おおよそ 回)                                                  |
| <input type="checkbox"/> 気管切開 ( 年 月 施行) | <input type="checkbox"/> カフあり <input type="checkbox"/> カフなし 術式 ( )                                                              |
| <input type="checkbox"/> 酸素吸入 ( 年 月 開始) | <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 状態に応じて /酸素量 L/分                              |
| <input type="checkbox"/> 経管栄養           | <input type="checkbox"/> 経鼻チューブ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう                                       |
| <input type="checkbox"/> 点滴             | <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養 / 注入時間 ~                                                        |
| <input type="checkbox"/> 血糖管理           | <input type="checkbox"/> 持続皮下インスリン <input type="checkbox"/> 持続血糖測定 <input type="checkbox"/> 非持続型インスリン、血糖測定                      |
| <input type="checkbox"/> 導尿             | 1日の導尿回数 (おおよそ 回~ 回)                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 人工肛門           | <input type="checkbox"/> 消化器ストーマ <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ                                                                |
| <input type="checkbox"/> その他            | <input type="checkbox"/> V-Pシャント <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |

## 3. 入退院履歴 直近を記入ください。

| 入院日 | 退院日 | 医療機関名 | 診断名 | 備考 (合併症あり) |
|-----|-----|-------|-----|------------|
|     |     |       |     |            |
|     |     |       |     |            |
|     |     |       |     |            |

## 4. 家・保育園 での1日の流れ (食事や水分補給、活動内容、姿勢、医療ケア、お風呂、寝る時間など)

|       |  |       |  |
|-------|--|-------|--|
| 05:00 |  | 17:00 |  |
| 06:00 |  | 18:00 |  |
| 07:00 |  | 19:00 |  |
| 08:00 |  | 20:00 |  |
| 09:00 |  | 21:00 |  |
| 10:00 |  | 22:00 |  |
| 11:00 |  | 23:00 |  |
| 12:00 |  | 24:00 |  |
| 13:00 |  | 01:00 |  |
| 14:00 |  | 02:00 |  |
| 15:00 |  | 03:00 |  |
| 16:00 |  | 04:00 |  |

上記についての補足でなにかあれば記載:

## 5. 日常生活の状況について お子様の現在の様子をわかりやすく記入してください

## ① 経口摂取について

| 詳細情報 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食事   | <p>〈食事状況〉</p> <p><input type="checkbox"/> 食べさせている <input type="checkbox"/> 介助は必要だが、自分で食べようとする <input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>・ 食事の姿勢 ( ) ・ 1 回の量 ( ) ・ 所要時間 ( 分)</p> <p>〈食事形態〉</p> <p><input type="checkbox"/> 経腸栄養剤 <input type="checkbox"/> ミキサー・ペースト食 <input type="checkbox"/> 柔らかく調理 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>〈食食用具〉</p> <p><input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>〈食べ方など〉</p> <p><input type="checkbox"/> 飲み込めない <input type="checkbox"/> 噛まずに飲み込む <input type="checkbox"/> 普通に食べる <input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 食後口に残あり</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>〈食欲〉</p> <p><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変動する</p> <p>・ 好きな食べ物やおやつ ( )</p> <p>・ 嫌いな食べ物やおやつ ( )</p> <p>〈その他必要な配慮〉 ※血糖チェックやインスリン投与、食後の口腔ケアの有無</p> |
|      | <p><input type="checkbox"/> 水分は飲めない <input type="checkbox"/> 哺乳瓶で飲む <input type="checkbox"/> スプーンで一口ずつ飲ませる <input type="checkbox"/> ストローで飲む</p> <p><input type="checkbox"/> コップで飲める・飲ませる <input type="checkbox"/> とろみをつける</p> <p><input type="checkbox"/> 普段飲んでいるもの ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 1 回量 (約 CC)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 日量 (約 CC)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 水分補給 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

## ② 姿勢・移動について

| 項目        |                                         | 詳細情報                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 姿勢・移動について | 姿勢                                      | <input type="checkbox"/> 寝たきりで首のすわりなし <input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 支えがあれば座れる <input type="checkbox"/> 支えなしで座れる<br><input type="checkbox"/> 膝で立つ <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 一人で立つ <input type="checkbox"/> 装具、コルセットなど ( )                                                                                                                                |
|           | 麻痺                                      | <input type="checkbox"/> あり (具体的な情報) <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|           | 屋外                                      | <input type="checkbox"/> バギー・車いすで移動 <input type="checkbox"/> 車いすで自走 <input type="checkbox"/> 支えられて歩く <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具使用にて歩行<br><input type="checkbox"/> 自力歩行可 <input type="checkbox"/> 階段上り降り可 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                           |
|           | 屋内                                      | <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝返りをする <input type="checkbox"/> 背で軸回りをする <input type="checkbox"/> 背ばいで移動する <input type="checkbox"/> 腹ばいで移動する<br><input type="checkbox"/> 四つ這いで移動する <input type="checkbox"/> 膝立ちで移動する <input type="checkbox"/> つたい歩きをする <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具使用にて歩行<br><input type="checkbox"/> 装具ありで歩行可能 <input type="checkbox"/> 自力歩行可 |
|           | <p>〈その他、必要な配慮〉 本人の楽な姿勢やつっぱり、不安の軽減方法</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

(様式 3・保護者用)

### ③ トイレ・着替え・洗面・睡眠について

| 項目    |      | 詳細情報                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| トイレ   | 排尿   | <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> パンツを使用 <input type="checkbox"/> 尿器を使用 <input type="checkbox"/> おむつを使用 <input type="checkbox"/> 定時排尿（時間）<br><input type="checkbox"/> 導尿（時間）<br>（カテーテルの種類）      太さ<br><input type="checkbox"/> 尿器を教える<br><input type="checkbox"/> その他必要な配慮 |
|       | 排便   | <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助するとトイレでできる <input type="checkbox"/> 便意を教える（方法）<br><input type="checkbox"/> 自然に便がでる（毎日      ・      日毎）（1日）<br><input type="checkbox"/> 浣腸・下剤を使用している<br><input type="checkbox"/> その他必要な配慮                                                |
| 衣服着脱  |      | <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助（内容）<br><input type="checkbox"/> その他必要な配慮                                                                                                                                                               |
| 洗面・入浴 | 洗面   | <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部部分介助 <input type="checkbox"/> 口をゆすぐことはできる<br><input type="checkbox"/> その他必要な配慮                                                                                                                            |
|       | シャワー | <input type="checkbox"/> シャワー時に必要な配慮<br><input type="checkbox"/> 水濡れ厳禁な部位がある                                                                                                                                                                                                                      |
| 睡眠    |      | <input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使用 <input type="checkbox"/> モニタリングが必要 <input type="checkbox"/> その他（）<br><input type="checkbox"/> その他必要な配慮（体位変更など）                                                                                     |

#### ④ コミュニケーションについて

| 本人から相手に伝えるとき |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 主な手段         | <input type="checkbox"/> 通常の会話可能 <input type="checkbox"/> 2 語文 <input type="checkbox"/> 言葉 <input type="checkbox"/> 音声のみ <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 表情（笑う、泣くなど）<br><input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> その他（ ）                         |
| 理解度の程度       | <input type="checkbox"/> 通常の会話を理解 <input type="checkbox"/> 簡単な会話なら理解 <input type="checkbox"/> 簡単な単語なら理解 <input type="checkbox"/> 理解できない<br><input type="checkbox"/> 話しかけに反応 <input type="checkbox"/> タッチングに反応 <input type="checkbox"/> 反応しない                                           |
| 要求の仕方        |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 拒否の仕方        |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| その他          |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 相手から本人に伝えるとき |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 主な手段         | <input type="checkbox"/> 言葉 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 絵カード（絵、写真）<br><input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                     |
| 配慮するポイント     | 難聴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない                  視覚障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない<br>気管切開 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない    その他 （ ） |

## 医療的ケアに係わる主治医意見書

記入日 年 月 日

園では、施設の人員配置や設備環境を踏まえ、医療ケア児を含む児童が安全に過ごせる環境を整えるために、受け入れの可否を慎重に判断しております。つきましては、対象児の病状や身体状況について、ご意見をお聞かせいただきたく、本様式への記入または関連書類（診療情報提供書等）の添付をお願いいたします。

## 1. 医療ケア児の健康状態

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |         |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------|
| 児童                                 | ふりがな<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 生年月日<br>年 月 日 | 年齢<br>歳 |
| 診断名                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |         |
| 既往歴、経過、今後の見通し<br>※別紙添付でも可          | ※生まれてから現在までの治療、手術歴、現在の状況や今後の治療方針を記載してください<br>□別紙書類を添付する→（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |         |
| 予想される緊急時の状況と対応方法<br>※別紙添付でも可       | 状況・頻度・対応方法 緊急搬送目安、緊急搬送先<br>□別紙書類を添付する→（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |         |
| 必要な医療的ケア<br>該当する項目にチェックと○をつけてください。 | <input type="checkbox"/> 吸引（口腔内・鼻腔内・気管内）<br><input type="checkbox"/> 気管切開部管理（単純気管切開・咽頭気管分離・その他）<br><input type="checkbox"/> 酸素吸入（鼻カニューラ・酸素マスク・気管切開部）<br><input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻チューブ・胃ろう・腸ろう）<br><input type="checkbox"/> 点滴（CVポートあり）<br><input type="checkbox"/> 血糖管理（持続皮下インスリン有・持続血糖計測有）<br><input type="checkbox"/> 導尿・自己導尿（一部要介助・完全要介助）<br><input type="checkbox"/> 人工肛門（消化器ストーマ・尿路ストーマ）<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |               |         |
| 呼吸障害                               | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 内容：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |         |
| 摂食・嚥下の状況                           | 経口摂取： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可<br>誤嚥の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>食形態： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト状<br>その他（内容 ）                                                                                                                                                               |               |         |
| 排泄障害                               | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有（内容 ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |         |
| 身体障害                               | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有（具体的に                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |         |

(様式 4 ・ 医師用)

2. 園を利用するにあたっての確認事項

対象児童の現在の状況をふまえ主治医の観点より以下の内容についてのご意見の記入をお願いします。

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 在宅での状況                                        | <input type="checkbox"/> 保護者による医療的ケアの提供のもと、在宅で安定した生活をおおむね 1 年間以上送っていること (在宅へ以降した日 年 月 )<br><input type="checkbox"/> 入退院を繰り返している (入院歴 回/年)<br><input type="checkbox"/> 在宅に移行して 1 年未満である (最終退院日 年 月)                                                                                                                          |
| 症状の現状や変化への対応                                  | <input type="checkbox"/> 現在症状の悪化は認められないもしくは、回復傾向であり、症状の悪化は予見されない状態である<br><input type="checkbox"/> 症状の悪化は予見される (具体的に )                                                                                                                                                                                                       |
| 集団生活への対応                                      | <input type="checkbox"/> 感染症による基礎疾患の悪化や合併症の発生等のリスクは低い<br><input type="checkbox"/> 職員の見守りの中でほかの児童との集団生活が可能である<br><input type="checkbox"/> 集団生活を送ることが児の健康への過度な負担とならない状況であること                                                                                                                                                  |
| 医師との協力体制                                      | <input type="checkbox"/> 主治医との面談、医療的ケアの手技指導等、主治医との適切な連携が可能である<br><input type="checkbox"/> 協力体制を作ることは難しい                                                                                                                                                                                                                     |
| 個別の配慮について<br>複数選択可<br>※別紙 保育士の配置基準を参考にしてください。 | <input type="checkbox"/> とくに配慮は必要としない<br><input type="checkbox"/> 一部配慮が必要 (具体的に )<br><input type="checkbox"/> 常時保育士の見守りが必要 (理由 )<br><input type="checkbox"/> 看護師が常に側にいなくてもよいが、必要時相談、医療ケアを対応できる体制が必要 (理由 )<br><input type="checkbox"/> 看護師が施設内に常駐していなくてもよい (巡回や訪問対応などで可) (理由 )                                               |
| 保育時間に対する体力的な許容範囲                              | <input type="checkbox"/> 8 時間保育可 (例 9 : 00 ~ 17 : 00) / 週 5<br><input type="checkbox"/> 11 時間保育可 (例 7 : 00 ~ 18 : 00) / 週 5<br><input type="checkbox"/> 保育時間制限あり ( 時間) (理由 )                                                                                                                                                |
| 集団保育中の活動について                                  | <input type="checkbox"/> 活動に制限なし<br><input type="checkbox"/> 軽度の運動 (ほとんど息がはずまない程度の運動) は参加可能<br><input type="checkbox"/> 中等度の運動 (少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動) には参加可能<br><input type="checkbox"/> 強度の高い運動 (息がはずみ息苦しさをかんじるほどの運動) には参加可能<br><input type="checkbox"/> 原則として、運動は制限し、静養を基本とする<br><input type="checkbox"/> 条件つきで運動可能 (条件 ) |
| その他連絡事項                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

医療機関名

医師氏名 印

住所

電話

医療的ケア指示書

|        |  |      |   |       |
|--------|--|------|---|-------|
| 施設名    |  |      |   |       |
| 児童氏名   |  | 生年月日 | 年 | 月 日 歳 |
| 主たる疾患名 |  |      |   |       |

|                                              |                                                                                                                                           |                                                                     |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引            | <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引                             |
| <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻胃管)          | <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> その他( ) |
| <input type="checkbox"/><br>喀<br>痰<br>吸<br>引 | <input type="checkbox"/> 鼻、口からの吸引<br><br>吸引カテーテルのサイズ( )Fr. 吸引圧( )cmH <sub>2</sub> O 以下<br>鼻からの挿入の長さ( )cm 口からの挿入の長さ( )cm<br>注意点など [ ]      |                                                                     |
|                                              | ※持続吸引について 吸引カテーテルのサイズ ( ) Fr. 吸引圧( )cmH <sub>2</sub> O<br>部位 (鼻・口) 挿入の長さ ( ) cm 注意点など [ ]                                                 |                                                                     |
|                                              | <input type="checkbox"/> 気管カニューレからの吸引 (または気管内吸引)<br>吸引カテーテルのサイズ( )Fr. 吸引圧( )cmH <sub>2</sub> O 以下<br>カニューレ入り口からの挿入の長さ ( ) cm<br>注意点など [ ] |                                                                     |
|                                              |                                                                                                                                           |                                                                     |
|                                              |                                                                                                                                           |                                                                     |
|                                              |                                                                                                                                           |                                                                     |
| <input type="checkbox"/><br>経<br>管<br>栄<br>養 | 種類 <input type="checkbox"/> 鼻腔留置チューブ サイズ( )Fr. 挿入長さ ( ) cm <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう                      |                                                                     |
|                                              | <input type="checkbox"/> 栄養剤注入<br>栄養剤 実施時間 ( : ) ( : )<br>内容・量 ( ) 注入時間 ( 分～ 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 (褐色・黄色・緑色) 場合は ( )                                                                                    |                                                                     |
|                                              | <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応<br>( )                                                                                      |                                                                     |
|                                              | <input type="checkbox"/> 水分注入 実施時間 ( : ) ( : )<br>内容 ( ) 1回量 ( ) 注入速度 ( 分～ 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 (褐色・黄色・緑色) 場合は ( )                                                                                    |                                                                     |
|                                              | <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応<br>( )                                                                                      |                                                                     |
|                                              | <input type="checkbox"/> 薬剤注入 実施時間 ( : ) ( : ) 注意点など [ ]                                                                                  |                                                                     |
|                                              | <input type="checkbox"/> 胃からの脱気<br>脱気のタイミング ・注入前 ・注入中 ・注入後 ・その他 ( : ) ( : )<br>注意点など [ ]                                                  |                                                                     |

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。 氏名( )

|                              |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| の観察                          | <input type="checkbox"/> 気管切開部   | <input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 肉芽について    有 ・ 無 ・ 検査(      ヶ月毎) ・ 不定期(最終検査      年      月)<br>カニューレの種類(                  )内径(                  )mm      入口から先端までの長さ(                  )cm<br>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<br><br>[ ] |
| 部の観察                         | <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう | ①チューブの種類(                  ) サイズ(                  )Fr. (                  )cm 挿入<br>バルンの水の量(                  )ml Yガーゼ    有 ・ 無<br>②チューブの種類(                  ) サイズ(                  )Fr. (                  )cm 挿入<br>バルンの水の量(                  )ml Yガーゼ    有 ・ 無<br>チューブ抜去時の対応など [ ]                                       |
|                              | <input type="checkbox"/> 導尿      | 実施時間 (       :       ) (       :       ) (       :       ) (       :       ) (       :       )<br>カテーテルの種類 (                  ) サイズ(                  )Fr.<br>尿道に挿入する長さ(                  )cm      用手圧迫 (    可    ・    不可)<br>注意点など [ ]                                                                                        |
| 吸入                           | <input type="checkbox"/> 定時の薬液   | 吸入時間 (       :       ) (       :       )<br>吸入薬内容／量 (                  /                  ) (                  /                  )<br>(                  /                  ) (                  /                  )<br>注意点など [ ]                                                                                            |
| 管理                           | <input type="checkbox"/> 酸素素     | 酸素流量(                  )L／分      SP02(                  )%以下の場合 [ ]<br>注意点など [ ]                                                                                                                                                                                                                                               |
| チェック                         | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の  | 本人の状態及び呼吸器の作動状況についての注意点<br>[ ]<br>起こりやすいトラブルと対処方法<br>[ ]<br>条件は別紙参照してください                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 測定等                          | <input type="checkbox"/> 血糖値     | 測定時間 (       :       ) (       :       )<br>対処方法    詳細は別紙に記載のこと                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> その他 |                                  | 別紙あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

殿

令和

年

月

11

医療機関名

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住所

電話

## 食事の提供における指示書

食事の介助について、下記のとおり指示いたします。 指示期間(入所日から 年 月 日まで)

|        |  |      |         |
|--------|--|------|---------|
| 施設名    |  |      |         |
| 児童氏名   |  | 生年月日 | 年 月 日 歳 |
| 主たる疾患名 |  |      |         |

<施設での食事の摂取について>

- ・指示書に沿って、市関係機関等の言語聴覚士や理学療法士等の助言を受けた後、施設の保育士が食事の介助を行います。
- ・施設では、誤嚥がある児童に対して食事の介助は行っておりません。

※該当の指示内容に☑(チェック)・必要事項を記入してください。

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 児童の状況について伺います。<br>日常的に介助をしている保護者以外が介助をしても、誤嚥なく安全に経口摂取ができますか。<br><input type="checkbox"/> 誤嚥はない <input type="checkbox"/> 誤嚥はある                                                                                                                                                                                                                    |
| 2 | 誤嚥はない場合、集団保育の場で保育士による児童への経口摂取介助を行ってもよろしいでしょうか。<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ      いいえの場合<br>(理由 )                                                                                                                                                                                                                  |
| 3 | 実施してよい場合、具体的な方法をご指示願います。<br><b>食事摂取の実施方法</b><br>①姿勢：角度( 度程度)<br><input type="checkbox"/> 座位保持椅子( )<br><input type="checkbox"/> 園で共通で使用している園児用の椅子<br>②食事の形態： <input type="checkbox"/> ペースト食<br>[ 配慮すること ]<br>[ 一口の量の目安 ]<br>[ 一回の食事量の目安 ]<br>[ 食具の種類はどのようなものがよいか ]<br><input type="checkbox"/> その他 [ ]<br>③食事摂取を行う時間：( ) 分以内 *園での標準的な食事時間は 30 分程度 |

## 水分摂取の実施方法

①姿 勢：角度（度程度）

- ☐ 座位保持椅子（ ）
- ☐ 園で共通で使用している園児用の椅子

②水分摂取について：※施設で提供できるのは、基本は麦茶となります。

- ☐ ほうじ茶

  - 配慮すること
  - 一回の水分摂取量の目
  - 一日（保育時間内）の水分摂取量の目安（食事分を除く）
  - 水分摂取の用具はどのようなものがよいか

☐ その他

4 食事摂取・水分摂取を中止する基準を、ご指示願います。

中止基準に当てはまる場合は、食事摂取・水分摂取の介助を中止し、保護者に連絡をさせていただきます。

## 中止基準

- ☐ 誤嚥が認められた時（吸引時に食物や着色痰が引けた等）  
☐ 食事にむせが（ ）回程度あった時  
☐ 1回の食事での吸引回数が、（ ）回以上になった時  
☐ その他 [ ]

5 その他、注意が必要なことがあればご記載ください。

年 月 日

医療機関名

住所

電話

医師氏名 印

園長

## 医療的ケア児の保育に関する同意書

児童氏名

### 1 基本的事項

- ☐ 保育の利用日・利用時間は、利用調整結果の範囲内において、保護者が保育を必要とする時間とし、医療的ケアの状況、保育所等の状況を踏まえ、保育所等と保護者との同意の上、決定します。  
(利用曜日： ) (決定時間： ～： )
- ☐ 初日から一定の期間慣らし保育を保護者付き添いのもと行います。準備期間及び利用時間については、保育所等と相談の上、決定します。児童の様子や状態によっては、慣らし保育を含めた準備期間が短縮・延長される場合もあります。
- ☐ 通常の保育と異なる状況（行事等）の際は、事前に主治医等に相談をしながら、児童に負担がかからない参加方法を検討します。体調の状況、天候等によって、参加を見合わせる場合があります。
- ☐ 必要な範囲で関係機関へ情報提供します。

### 2 医療的ケアの対応内容

- ☐ 医療的ケアの対応は、医療的ケア主治医意見書及び医療的ケア指示書の内容に基づき実施します。
- ☐ 必要に応じて、保育所等の担当看護師等が、主治医に医療的ケアの相談、手技指導等を行うことがあります。
- ☐ 主治医の指示以外の保護者による判断での医療的ケアの対応は行ないません。
- ☐ 医療的ケアを実施するにあたり必要な文書等の発行等は保護者が医療機関に依頼し、かかる費用は保護者負担になります。
- ☐ 医療的ケアを安全に進めるためにカンファレンスを開催することがあります。

### 3 実施体制

- ☐ 日常における健康状態が安定している中での保育になります。
- ☐ 保護者が、医療的ケアに必要な医療機器、医療用具、医薬品及び消耗品等を準備、整備を行い、毎日持参してください。
- ☐ 使用済みの医療器具の廃棄物はお持ち帰りください。
- ☐ 登園の際に体調を把握し、体調が悪い場合は保育所等を利用できないことがあります。
- ☐ やむを得ない事情により医療的ケアを行う看護師が不在の場合は、保護者等がケアを実施する、または、保育所等を利用できないことがあります。

### 4 安全管理体制

- ☐ 緊急時を含め、園から連絡する場合があるため、必ず連絡が取れるようにしてください。
- ☐ 園としては十分注意をしますが、集団生活の中では、「かみつき」や「けんか」等によるけがをすることもあります。
- ☐ 集団生活の場では、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、園内で感染症が発症した場合には、保護者が園の情報により、保育を利用するかどうか判断してください。また、園の判断で保育の利用を控えてもらうことがあります。
- ☐ 緊急時の対応については、保護者及び医療機関と事前に対応を協議し、「予想される緊急時の対応フロー」「安全管理マニュアル」などを記載のうえ、それに沿って対応します。
- ☐ 災害時対策として、万が一災害時に保護者が迎えに来られないことがある可能性を想定し、3 日分の薬と食事(栄養剤)を保育所等へ持参してください。医療的ケアの使用物品もお預かりします。その場合、定期的な点検等は保護者をお願いします。

年 月 日

上記に同意します

保護者氏名

(保護者 2 枚署名→ 1 枚保護者保管、 1 枚保育所等保管)

## 医療機器等預かり同意書

教育・保育施設で医療機器等をお預かりする場合、集団生活の中での思わぬアクシデントを考慮し、安全に保育を実施する必要があります。保育・教育施設での安全な医療機器等の取り扱いについて、次のとおり預かる内容を確認させていただきます。ご理解ご協力をお願いいたします。

【確認事項】

|                        |                                                                    |                |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| 歳児クラス <div>ぐみ</div>    |                                                                    | (ふりがな)<br>児童氏名 |
| 機器の種類                  | <input type="checkbox"/> 医療機器                                      |                |
| 預かり方法                  | <input type="checkbox"/> 毎日持参<br><br><input type="checkbox"/> 園で保管 |                |
| 使用中の注意事項               |                                                                    |                |
| 管理方法<br>(受領時に施設が記載します) | 管理場所 ( )<br>注意事項 ( )<br>管理責任者 ( )                                  |                |

【同意事項】 ☒をお願いします。

- 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、子ども同士で思わぬアクシデント等が生じた場合、原則として教育・保育施設では補償はしかねますのでご了承ください。
- 医療機器の点検等は保護者が定期的に行ってください。
- 災害時用にお預かりした機器については、保護者が点検・バッテリーの充電を定期的に行ってください。
- 記載内容に変更があった場合、「医療機器等預かり同意書」を改めて保育・教育施設に提出してください。

年 月 日

保護者氏名

(様式 9 ・ 医師用)

## 医療的ケアに関する主治医意見書（中止）

【あて先】 施設長殿

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                        |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| (ふりがな)<br>児童氏名                    | 生年<br>月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 年 月 日<br>( 歳 カ月)                                                       |
| 診断名                               | 受診状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 受診の状況 ( カ月おき)<br><input type="checkbox"/> 不定期 |
| 中止する<br>医療的ケア                     | <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 ( <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内)<br><input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 気管切開部の管理<br><input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 血糖値測定等 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                        |
| 入園以降の経過<br><br>※特記する経過があれば御記載ください |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                        |
| 中止の理由                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                        |
| 受診頻度                              | <input type="checkbox"/> 定期 ( カ月に 回) <input type="checkbox"/> 不定期 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                        |
| 今後の治療<br>(経過観察) 方針                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                        |

上記のとおり意見書とします。

年 月 日

医療機関名

住所

電話

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

# 予想される緊急時の対応フロー

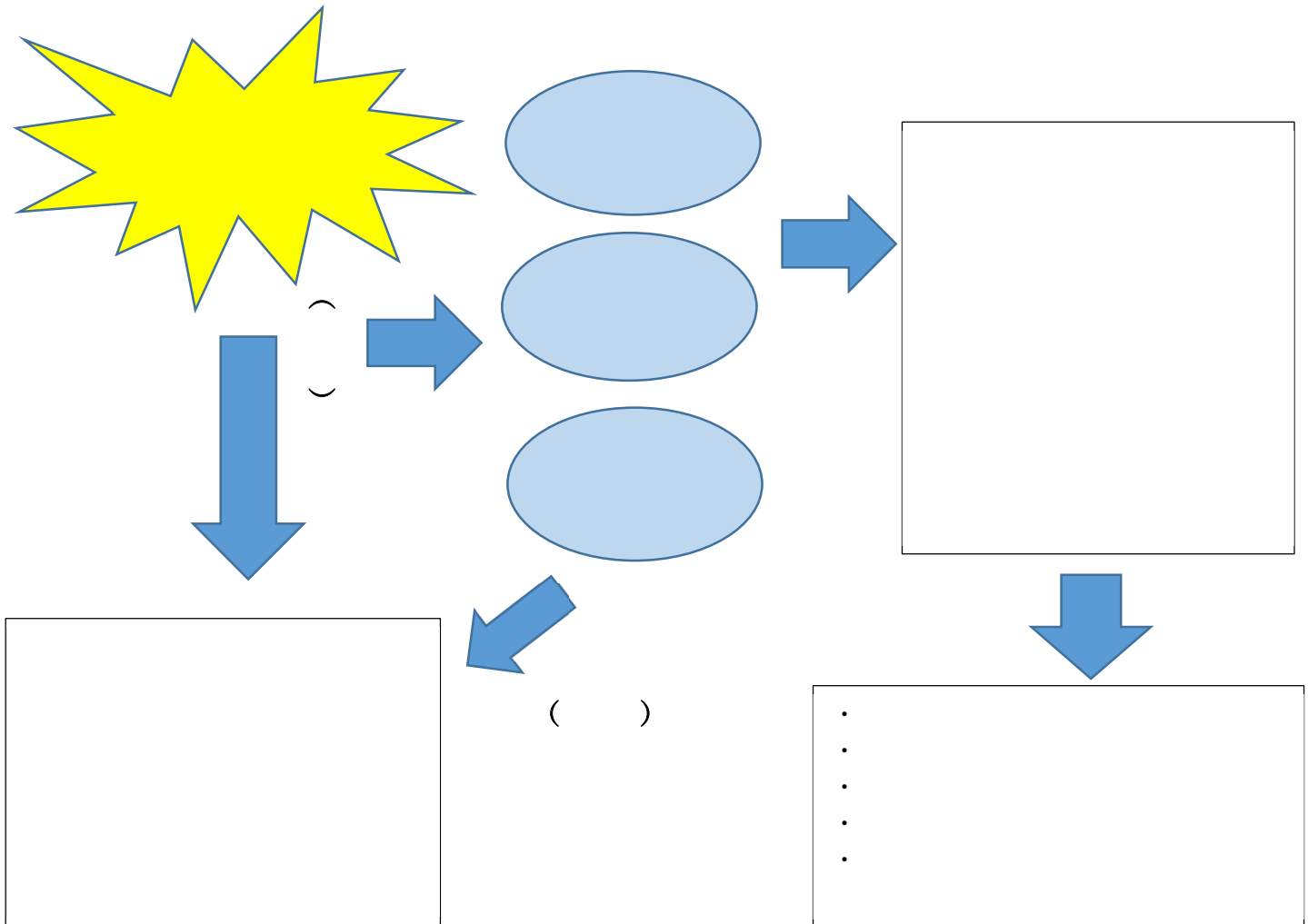
参考様式 ⑩

児童名： \_\_\_\_\_

生年月日      年      月      日 (      歳児 )

医療的ケアの内容 \_\_\_\_\_

|   |     |
|---|-----|
| 園 | TEL |
| 〒 |     |

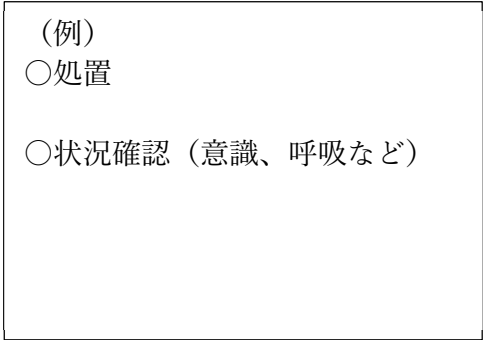


| 保護者緊急連絡先      |   |    |    |                  |
|---------------|---|----|----|------------------|
| 保護者           | 母 | 氏名 |    | TEL              |
|               |   | 職場 | 会社 | TEL              |
|               |   |    | 〒  | 医療機関までの所要時間<br>分 |
|               | 父 | 氏名 |    | TEL              |
|               |   | 職場 | 会社 | TEL              |
|               |   |    | 〒  | 医療機関までの所要時間<br>分 |
| かかりつけ<br>医療機関 |   | 病院 |    | TEL              |
| 主治医           |   | 科  | 医師 | TEL              |

参考様式⑩（記載例）

|     |     |
|-----|-----|
| ●●園 | TEL |
| 〒   |     |

## 医療的ケアの内容



| 保護者緊急連絡先      |   |         |          |                  |
|---------------|---|---------|----------|------------------|
| 保護者           | 母 | 氏名      |          | TEL              |
|               |   | 職場      | 会社       | TEL              |
|               |   |         | 〒        | 医療機関までの所要時間<br>分 |
|               | 父 | 氏名      |          | TEL              |
|               |   | 職場      | 会社       | TEL              |
|               |   |         | 〒        | 医療機関までの所要時間<br>分 |
| かかりつけ<br>医療機関 |   | ●●●● 病院 |          | TEL              |
| 主治医           |   | ●●科     | ●● ●● 医師 | TEL              |