

我孫子市保育園等における
医療的ケア児の受入れ等に関するガイドライン

令和5年5月

我孫子市

はじめに

医療技術の発展に伴い、新生児集中治療室等での入院治療後、日常生活及び社会生活を営むために、恒常的に経管栄養、喀痰吸引その他の医療行為（以下「医療的ケア」とする。）が不可欠である児童（以下「医療的ケア児」とする。）が増加し、医療的ケア児やその家族を取り巻く状況も多種多様化しています。そのような中、医療的ケア児やその家族が、個々の状況やニーズに応じた適切な支援を受けることができるよう体制を整備することが重要な課題となっています。

本ガイドラインは、「我孫子市保育園等における医療的ケア児の受け入れ等」に関して示したものです。平成28年、児童福祉法が改正され、各地方公共団体において、医療的ケア児が必要な支援を受けられるよう、保健、医療、障害福祉、保育、教育等の連携の推進をより一層図るよう努めることとされました。

また、令和3年6月には、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」が公布され、同年9月に施行されました。同法において、各地方公共団体は「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規定されました。

これら近年の状況に対応するため、令和5年に内容の見直しを行いました。

«ガイドライン改訂»

最新	令和	5年	5月26日	改訂
	令和	3年	2月25日	改訂
	平成	19年	11月14日	改訂
	平成	18年	3月30日	作成
	令和	5年	3月7日	改訂

目 次

1	基本的な考え方	1
2	医療的ケアの内容	1
3	保育利用	1
4	給食	2
5	対象児 及び 入園可能な条件	2
6	入園の問い合わせ・相談	3
7	「受入れの検討」から「体験保育」までの流れ	3～4
8	体験保育	4
9	入園の申込み	4～5
10	安全な保育実施のために（保護者対応 等）	
1.1	主治医との連携	5
1.2	必要書類の提出	5～6
1.3	体調不良時の対応	6
1.4	保育園との連携	6
1.5	看護師等の対応	6～7
1.6	緊急時対応	7
11	医療機器・医療消耗品の管理	7
12	保険	8
13	災害時の対応	8
14	入園までの流れ	9
15	様式集	10～

1 基本的な考え方

日常生活を送るために医療的ケアを必要とするが、主治医が他の子どもとの集団生活が可能であると判断し、かつ、保育の利用基準を満たしている場合に受け入れるものとする（疾病が急性期で医療行為が必要な場合を除く）。

乳幼児が長時間にわたって集団生活を送る保育園は、遊びや活動の中で子ども同士の濃厚な接触の機会が多く、感染症が発生しやすい環境である。また、十分に気を付けていても、転倒や子ども同士でぶつかる等、怪我や事故等のリスクがあることを主治医・保護者に理解を得る。

2 医療的ケアの内容

- (1) 喀痰吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内）
 - (2) ネブライザー吸入
 - (3) 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）
 - (4) 血糖値測定・インスリン投与
 - (5) 導尿
 - (6) 人工肛門・人工膀胱のパウチ交換 等
- ※ 人工呼吸器を使用する医療的ケア児の受け入れは行っていない。

3 保育利用

- (1) 定員は、原則 3 名とする。
 - (2) 利用は、月～金曜日で、祝日・年末年始（12/29～1/3）を除く。ただし、保育園が行事等で必要とした日は、保育を提供する（医療的ケアは保護者対応とする）。
 - (3) 利用時間は 8：30～16：30 の間で、保育時間は、保護者の就労等で保育が必要な時間とする。
 - (4) 保護者の仕事が休みの時は、家庭保育とする。
 - (5) 受入れについては、児童の住所、保護者の希望する園、空き状況、配慮が必要な児童数、職員配置、施設設備面等を総合的にみて、保育課と保育園で協議する。
 - (6) 各園での受入れ人数は、医療的ケアの内容や保育園の状況で判断する。受入れ体制が整うまでは、待機となることがある。
 - (7) 看護師不在により、保育園で医療的ケアを実施できないことがある。
- ※ 園外保育や遠足などで医療的ケアの実施が困難な場合は、保護者に同伴をお願いすることがある。

4 給食

- (1) 保育園の栄養士と相談し、できる範囲での対応とする。
- (2) エネルギーや栄養素（塩分や脂質等）を指示された治療食の提供はしない。
- (3) 給食の献立には、昼食・おやつエネルギー、塩分、たんぱく質、脂質について表示があるので、それを参考に、保護者が朝・夕の食事で調節する。
- (4) 医師から摂取制限されている食材を除去することは可能だが、代替食の提供は行わない。
- (5) 咀嚼や飲み込みがスムーズでない場合は、きざみ食や離乳食に変更することが可能である。
- (6) 「ミキサー食」及び「とろみ食」の対応はしない。
 - ※ 摂食や嚥下の練習は、自宅や専門施設で行い、誤嚥のリスクが少なくなってから医師の指示のもとで給食の対応を行う。

5 対象児 及び 入園可能な条件

安全性を確保しながら保育と医療的ケアを提供できるよう、次の全ての条件を満たしている児童を対象とする。

- (1) 原則、入園を希望する年度の4月1日時点において、満3歳に到達している。
(保育士が判断できる程度に、自身の体調や気持ち等を言葉で伝えられる。)
- (2) 保育園での集団保育・集団生活が適していると主治医が判断している。
- (3) 原則、複数の医療的ケアがない。
- (4) 医療的ケアを受け始めて半年以上が経過し、かつ状態が安定している。
- (5) 医療的ケアが定着し、保護者不在の状況でも、医療的ケア実施者の指示を理解して協力ができる（ケアに拒否がない）。
- (6) 原則、医療的ケア実施時のトラブル、カニキュレやチューブ（経鼻・胃ろう・腸ろう）の内腔の詰まりや事故抜去、医療機器の破損・故障等のトラブルが発生した場合に、「医療機関への緊急搬送中に急変等によって生命に危険が及ぶことはない」と主治医が判断している。
- (7) 特定の医療的ケアを必要とする疾病以外は、健康状態に問題がない。
- (8) 特定の医療的ケアを必要とする疾病以外での心身の発達に問題がなく、日常生活において年齢相応に自立しており、医療的ケアを妨げることがない。また、保育士の加配を必要としない。
- (9) 保育士・医療的ケア実施者が、常に児童のそばで待機し対処しなくても、安全に活動に参加できる。
- (10) 入園前に、緊急時対応・緊急搬送の受け入れ先の医療機関が決まっており、必ず対応してもらうことができる。

6 入園の問い合わせ・相談

- (1) 保育課を窓口とする。
- (2) 入園を希望する場合は、「我孫子市保育園等における医療的ケア児の受け入れ等に関するガイドライン」を用いて、受入れ基準の説明を行う。
- (3) 入園希望があり、保育の利用基準を満たしている場合は、保護者に次の書類の提出を求める。

保護者記入	「医療的ケアに関する相談及び実施依頼書」
主治医記入	「疾患等保育園（入園・継続）に関する意見書」 「保育活動一覧表」 「投薬指示書」（必要な場合）

- (4) 上記書類を受理後、対象の児童と保護者、保育課職員・心理相談員・園長・栄養士・看護師等で「入園相談」を行い、受入れを検討する。
※ ここで受入れ不可となる場合は、相談支援事業所と協議のうえ、児童発達支援事業所等を検討する。

7 「受入れの検討」から「体験保育」までの流れ

- (1) 担当看護師の配置・施設整備を行う。
- (2) 入園希望月に合わせ、体験保育前に面接を行う。

保護者記入	「医療的ケアが必要なお子様の入園についての同意書」 「医療的ケアに関する確認書」 「保育園入園申込書」 「子どものための教育・保育給付認定申請書（新規・変更）」
主治医記入	「医療的ケアに関する指示書」

- ※ 必要に応じ、体験保育までに保護者が「医療的ケアのマニュアル」を作成する。
（作成する際は保育園の看護師等と相談する。）
- (3) 入園の相談から「状況が変化」又は「6カ月以上経過」している場合は、追加で保護者に次の書類の提出を求める。

主治医記入	「疾患等保育園（入園・継続）に関する意見書」 「保育活動一覧表」、「投薬指示書」（必要な場合）
-------	--

- (4) 保護者からの聞き取りや提出された書類をもとに、保育課職員・嘱託医・心理相談員・園長・保育士・栄養士・看護師等で協議する。
- ※ **主治医記入**「医療的ケアに関する指示書」と保護者からの説明・聞き取り内容に違いが生じている場合は、主治医（医療機関）に確認する。
- (5) 体験保育の可否を保護者に通知する。
- ※ 体験保育不可と判断する場合は、相談支援事業所と協議のうえ、児童発達支援事業所等を検討する。
- (6) 体験保育の前に、対象の児童・保護者は、体験保育を予定している保育園で園長・担任保育士・栄養士・看護師等と面談を行う。

次の書類の内容を共有

保護者記入 「医療的ケアに関する確認書」（入園面接前に受理済み）
「医療的ケアのマニュアル」（必要な場合）

- (7) 体験保育期間の入園承諾を保護者に通知する。

8 体験保育

児童が心身に負担なく新しい集団生活の環境に慣れるために、準備期間を設ける。児童の普段の様子や集団での様子を、保護者と保育士・看護師等で確認しながら、保育内容や保育時間の調整を行う。

- (1) 保護者は体験保育に同伴し、看護師等は保護者から医療的ケアを習得する。
- (2) 10日間から3週間を目安に体験保育を実施し、必要に応じ延長する。

看護師等が、児童のそばで常に待機し対処しなければ、安全に活動に参加できない等の場合は、集団生活は難しいと判断することがある。

9 入園の申込み

- (1) 保護者は入園に必要な書類（一式）を提出し、入園の申込みを行う。
- (2) 利用調整を行う。
- (3) 利用調整結果を保護者に通知する。
- (4) 入園可能と判断した場合は、園長・担任保育士・栄養士・看護師等から保護者に対し、保育及び医療的ケアの利用に関する説明を行う。
- (5) 入園承諾期間は、原則6カ月とし、入園継続について判断する。

提出書類 入園に必要な書類（一式）

資料 「入園のしおり」
「保健のしおり」
「我孫子市保育園等における医療的ケア児の受け入れ等
に関するガイドライン」
「災害避難時に持ち出す物品のリスト」

10 安全な保育実施のために（保護者対応 等）

1. 主治医との連携

- (1) 保育及び医療的ケアを実施するにあたり、主治医との面談が必要と保育園で判断した場合、保護者は速やかに面談の調整を行う。
- (2) 児童に対して配慮すべき内容や健康状態が変化した場合は、保育園に必ず連絡を行う。
- (3) 保育園から主治医（緊急時の搬送病院含む）に連絡した際、主治医の助言や必要な対応が受けられるよう、保護者は入園前に主治医と調整する。

2. 必要書類の提出

«入園継続について»

- (1) 入園して6カ月経過した時点で、保護者は、次の書類を保育園に提出する。（以降、6カ月ごとに提出）

主治医記入 「疾患等保育園（入園・継続）に関する意見書」
「保育活動一覧表」
「投薬指示書」（必要な場合）
「医療的ケアに関する指示書」

- (2) 提出された書類をもとに、保護者・園長・担任保育士・栄養士・看護師等で確認の面談を行う。
- (3) 次年度の入園継続の可否（入園承諾期間の決定）は、6カ月ごとに提出される書類をもとに、体調や保育園生活の状況によって判断する。
- (4) 体調が安定せず、集団生活が困難な場合には、利用の継続が難しいと判断することがある。
- (5) 児童の病状の変化等によって医療的ケアの内容が増える場合は、入園の継続が難しいと判断することがある。

≪医療的ケアの内容変更・終了について≫

- (1) 医療的ケアの増減に関わらず、内容変更を希望する場合は、次の書類を提出後、保育課職員と園長・担任保育士・栄養士・看護師等で面談を行う。

主治医記入	「疾患等保育園（入園・継続）に関する意見書」 「保育活動一覧表」 「投薬指示書」（必要な場合） 「医療的ケアに関する指示書」
-------	---

- (2) 「医療的ケアの終了」を希望する場合は、次の書類を提出する。

主治医記入	「医療的ケア終了届出書」
-------	--------------

3. 体調不良時の対応

- (1) 当日の朝、平熱であっても体調が良好でない場合は、子どもの負担を考慮し、家庭保育とする。
- (2) 保育中、平熱であっても体調が良好でない場合は、保護者の早急なお迎え対応とする。
- (3) 体調不良となった翌日は、家庭保育とする。
- (4) 前日から当日の健康状態など、些細な状況の変化であっても、保護者は速やかに保育園に報告する。
- (5) 感染症流行時の登園は保護者に判断を委ねるが、保育園の判断で家庭保育をお願いすることがある。

4. 保育園との連携

- (1) 医療的ケアは、保護者の協力が不可欠なため、保育園と常に連携することが必要となる。
- (2) 保育中の子どもの体調不良や容態の変化に伴う緊急事態に備え、保護者は必ず複数の連絡先を明確にし、常時、保育園と連絡が取れるようにする。

5. 看護師等の対応

- (1) 医療的ケアは、原則、担当看護師が実施する。
- (2) 医療的ケアは、主治医記入の「医療的ケアに関する指示書」で指示を受ける。
※ 看護師等は、医師の指示書で医療的ケアを実施する。
- (3) 保育園全体業務を行う看護師等も医療的ケア担当看護師と同様に医療的ケアの手技を習得する。
- (4) 医療的ケア担当看護師の不在や突発的な事象が発生し、医療的ケアの対応ができない場合、やむを得ず、保護者に協力を依頼することや受入れができないことがある。

- (5) 医療的ケア担当看護師の変更が生じた場合、安全に実施するための準備が整うまでの間、医療的ケアの対応について保護者に協力を依頼することがある。
- (6) 医療的ケア担当看護師の配置が整わない状態が継続する場合には、保護者と別途協議する。

「気管カニューレ」や「経管栄養チューブ」の入れ替えは、保護者の責任のもと自宅や病院受診の際に行うものとする。

6. 緊急時対応

- (1) 予期せぬ事態により、生命の危険があると判断した場合は、保育園の看護師等が医師の指示書に従い対応を行うと同時に救急車を要請する。ただし、次の状況下においては、救急隊（救急車）及び緊急搬送先の医療機関に全ての対応・処置を任せることとする。
 - ※ 不測の事態により、保育園での対応が困難な場合
 - ※ 児童が興奮状態にあり、保育園での対応が困難な場合

注：緊急対応を要す際に児童が興奮状態にある時は、身体を拘束して対応を行う場合がある。

- (2) 緊急時の受診や救急搬送によって発生する費用は、保護者負担とする。
- (3) 緊急時の対応については、保護者・園長・担任保育士・栄養士・看護師等で話し合い、入園前に同意を得るものとする。
 - ※ チューブ類の事故抜去時は、原則、園での再挿入は行わず、主治医、又は保護者が行うものとする。
 - ※ 園は、「緊急時の対応（医師の指示がある）」に限って行うものとする。
- (4) 緊急時は、保護者の早急なお迎え対応とする。

1 1 **医療機器・医療消耗品の管理**

- (1) 保育園で使用する医療機器、医療消耗品、医薬品、経管栄養剤等は、保護者が持参するものを使用する。
- (2) 医療機器、医療廃棄物（針やカテーテル等）は、保護者が毎日持ち帰ることとする。
- (3) 医療消耗品の保管場所を決め、医療消耗品の補充は保護者が責任を持って行うこととする。
- (4) 医療消耗品の保管数は、保護者と保育園で話し合い決めることとする。
- (5) 保育園に保管している医療消耗品は、年末年始や長期休暇の際には、保護者が自宅に持ち帰ることとする。
- (6) 医療機器のメンテナンスは、保護者が責任を持って行うこととする。

1 2 保険

- (1) 医療機器の補償は、市が加入の保険で対応する（保育園で管理している間に発生した破損、故障等が対象）。
- (2) 原疾患がもとで起きた事故・怪我等の賠償は、免責とする。
（例：カテーテルの事故抜去、低血糖での意識障害による転倒事故等）

1 3 災害時の対応

- (1) 入園時及び6カ月ごとに、災害避難時に持ち出す物品のリスト（医療機器、医薬材料、医薬品、非常食等）を保護者と保育園で確認する。
- (2) 保護者は、保育園に備蓄する3日分程度の災害避難時持ち出し品を準備する。
- (3) 入園時及び6カ月ごとに、災害避難時用の医療機器のバッテリーや発電機、避難時の移動方法等について、保護者と保育園で確認する。
- (4) 災害時は、保護者の早急なお迎え対応とする。

14 入園までの流れ

保育園等の入園基準に該当しない場合は、入園不可となります。入園基準に該当していても、お子さんの状況により受け入れできない場合は、相談支援事業所と協議のうえ、児童発達支援事業所等を検討していただくことになります。

入園基準に該当し、保育園等で受け入れ可能な場合は、以下のとおりとなります。

保護者	保育園	保育課
保育課に問い合わせ		入園相談の設定 必要書類の案内
入園相談 必要書類の提出 p.3 参照	保護者と児童、園長、看護師、栄養士、心理相談員、保育課職員 等で状況の聞き取りと、書類の確認	
体験保育の申込 必要書類の提出 p.3.4 参照	保護者と児童、関係職員で面接実施	
		体験保育の可否を通知
体験保育可能な場合は、実施園と調整のうえ、体験保育を実施。		
	体験保育の結果を踏まえ、受け入れの検討。	
入園の申込 保育園等入園のご案内参照	入園面接	利用調整
		利用調整結果の通知
	入園決定した園で、入園についての説明	
	保育の実施	

15 様式集

医療的ケアに関する相談 及び 実施依頼書（保護者記入）

疾患等保育園（入園・継続）に関する意見書

保育活動一覧表

投薬指示書

医療的ケアに関する指示書

- ・ 喀痰吸引
- ・ ネブライザー吸入
- ・ 経管栄養
- ・ 血糖値測定・インスリン投与
- ・ 導尿
- ・ 人工肛門・人工膀胱のパウチ交換
- ・ その他の医療的ケア

医療的ケアが必要なお子様の入園についての同意書（保護者記入）

医療的ケアに関する確認書（保護者記入）

医療的ケア終了届出書（保護者記入）

医療機器等預かり同意書

医療的ケア実施計画書

医療的ケアに関するヒヤリハット報告書

緊急対応等の記録

体調連絡カード

医療的ケアに関する相談 及び 実施依頼書 (保護者記入)

我孫子市長 あて

保育園の入園相談、及び下記の医療的ケアの実施を希望します。

記入日 年 月 日

申請者	住所	我孫子市			
	保護者	氏名	生年月日	職業	電話番号
	児童	氏名	生年月日	入園希望年月日	入園希望園

医療的ケアについて

希望するケアの内容	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 血糖値測定 <input type="checkbox"/> インスリン投与 <input type="checkbox"/> ネブライザー吸入 <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱のパウチ交換 <input type="checkbox"/> その他 ()	
主治医	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	医師名	

※別途、次の書類を添付のこと

主治医記入

「疾患等保育園 (入園・継続) に関する意見書」

「保育活動一覧表」

「投薬指示書」 (必要な場合)

疾患等保育園（入園・継続）に関する意見書

	氏名	生年月日	住所・電話番号
児 童			
疾 患 名			
既 往 歴			
病状・経過			
現在の状況（該当項目すべてにチェックをつけ、記入してください）			
病状について <input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 安定していない			
<input type="checkbox"/> 定期的に受診している（頻度： 回/ 週・月・年）			
<input type="checkbox"/> 定期的に検査を行っている （検査内容： 最終検査日： 年 / ） （検査内容： 最終検査日： 年 / ） （検査内容： 最終検査日： 年 / ）			
<input type="checkbox"/> 医療的ケアが必要である（回数： 回/日）（時間： 時間ごと） <input type="checkbox"/> 喀痰吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内） <input type="checkbox"/> ネブライザー吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> インスリン投与 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱のパウチ交換 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
≪医療的ケアが必要な場合≫ ケアの受け入れ（保護者以外） <input type="checkbox"/> 拒否なし <input type="checkbox"/> 拒否あり ケアを開始した時期 <input type="checkbox"/> 半年以上経過 <input type="checkbox"/> 半年未満 _____カ月経過 カニューレ・チューブ等、挿入部及び内部の異常（リスクの度合・高・中・低） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 症状・理由 _____ 事故抜去時に急変の可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 理由 _____			
<input type="checkbox"/> 酸素飽和度を測定している 回数： 回/日（※飽和度が _____%以下の時の対応： _____）			
<input type="checkbox"/> 心拍数を測定している 1日 回（※脈拍 _____回/分以下の対応： _____） （※脈拍 _____回/分以上の対応： _____）			
<input type="checkbox"/> 投薬治療中である 1日 回 朝・昼・夜・他（薬品名： _____） 1日 回 朝・昼・夜・他（薬品名： _____） 1日 回 朝・昼・夜・他（薬品名： _____） ※「お薬手帳」又は「薬剤情報提供書のコピー」を添付してください。			
<input type="checkbox"/> 手術歴（今後の手術予定含む）がある 術式： _____（手術日・予定日： 年 / ）			
<input type="checkbox"/> リハビリや訓練（今後の予定を含む）を行っている （頻度 回/ 週・月・年） 医療機関名： _____			
<input type="checkbox"/> 発作を起こしたことがある（最終発作から半年以上が経過し、状態が安定していることが入園の目安となります） <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他： _____ （初発： 年 / ）（最終発作： 年 / ）（頻度： 回/ 週・月・年） （※発作時の対応： _____）			

（裏面に続く）

食事	
<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 軟らかめに調理したもの <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食
<input type="checkbox"/> その他 ()
排泄	
<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> その他 (
)	
アレルギー	
<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり (アレルギー:	症状:
)	
<input type="checkbox"/> 制限する食品等がある	
(<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他:)
<input type="checkbox"/> 触れられないものがある	
(<input type="checkbox"/> 食品:	<input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> その他: _____)
<input type="checkbox"/> エピペンを持っている	
※保育園に「常備する必要がある薬」「エピペン」等がある場合には、別途投薬指示書が必要です。	
身体的発達	
<input type="checkbox"/> 年齢相応の発達	<input type="checkbox"/> 発達に遅れがある (才児相当)
知的発達	
<input type="checkbox"/> 年齢相応の発達	<input type="checkbox"/> 発達に遅れがある (才児相当)
介助員 (職員の加配) の必要性	
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
日常生活や動作での介助の必要性 (実年齢を基準に判断してください)	
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
《介助が必要な場合》 介助内容を記入してください (例: 階段の昇降は右側に立ち介助が必要)	
.	
.	
姿勢 及び活動の制限・注意事項	
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (
)	
※活動の制限が必要なものは、別紙「保育活動一覧表」に「※」印の記入をお願いします。	
手帳	
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (身体障害者・療育・精神障害者保健福祉) <input type="checkbox"/> 申請中
集団生活 (保育園での活動)	
<input type="checkbox"/> 可能	理由:
<input type="checkbox"/> 不可能	理由:
その他、注意事項等	

記入日 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 名

保育活動一覧表

児童氏名 _____

※ 活動の制限が必要なものに「✖」印をお願いします。

活動	ごく軽度の活動	軽度の活動	中等度の活動	強めの活動
室内遊び	椅子に座って 製作	大型積木	ハイハイ	跳び箱
	ブロック	室内用の滑り台	高這い	マット（前転等）
	粘土	平均台	しがみつき	
	お絵かき		転がる	
	折り紙		ジャンプ	
	手遊び		スキップ	
			行進	
			ブリッジ （マット運動）	
	走る			
		椅子取りゲーム		
戸外活動	砂場遊び		自分のペースで 歩く	友達と手をつなぎ、 同じペースで歩く （片道 30～40 分 かかる場所へ 出かける）
	ままごと遊び		滑り台	
	泥遊び		うんてい	
			ブランコ	
			ジャングルジム	サッカー
			鉄棒	鬼ごっこ（走りまわ る）
			三輪車	
			リヤカー引き	ボール投げ
				ドッジボール
				タイヤ飛び
		マラソン		
		縄跳び		
			跳び箱	
プール	水遊び		水につかる	水にもぐる
			顔付け	バタ足
				輪くぐり

（裏面に続く）

行事	おまつり ごっこ	15～20分の活動（踊り、みこしかつぎ等） ※夏の園庭で実施（全体で2時間程度）
	運動会	行進、開会式、リレー、遊戯、綱引き、玉入れ、親子競技等 ※春、又は秋に実施（半日・午前中）
	遠足	徒歩遠足（年中・年長） ・往復2時間程度歩く。 ・お弁当、水筒、着替えをリュックに入れて背負って歩く。
		バス遠足（年長） ・バスに乗る（1時間程度） ・お弁当、水筒、着替えを入れたリュックを背負って歩く。 （バスから会場まで10分程度） ・博物館の見学（半日） ・大型遊具で遊ぶ（トランポリン等）
	生活 発表会	発表、見学 ・室内で秋から冬頃に実施（全体で1時間程度）
		歌を歌う
		劇に参加
		楽器の演奏

記入日 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 名

投薬指示書

(氏名) _____ さんについて

当院で加療中です。登園の際は、保護者に代わり下記の指示どおり投薬をお願いします。

疾患名: _____

薬の処方内容

薬の名前 用量 使用順位	投薬方法 使用順位	注意事項 (副作用含む)	保存 方法	薬の有効 期限
記載例 ポララミン <u>mg</u> (※用量記載)	<ul style="list-style-type: none">・〇〇を食べて発疹が出た時に内服する。・効果がなければ②を投与する。	<ul style="list-style-type: none">・〇〇の症状がある時は、ポララミンは内服せず、②を投与する。・副作用でふらつくことがある。	冷所	
①				
②				
③				
④				
投薬をしても次のような症状がある時は、救急車を呼ぶ ・ ・ ・				

記入日 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 名

喀痰吸引

気管切開の術式	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他 ()	
カニューレ	種類 () 入口から先端までの長さ () cm サイズ () Fr 内径 () cm	
肉芽の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 位置 () 危険度 (低 ・ 中 ・ 高) 検査 (か月毎) 不定期 (最終検査 年 月)	
気管腕頭動脈との位置関係	カニューレとの距離 () cm 程 挿入時の危険度 (低 ・ 中 ・ 高) 最終検査 (年 月)	
カニューレ事故抜去時	<input type="checkbox"/> 気管切開孔・気管が、すぐに閉鎖することはない <input type="checkbox"/> 気管切開孔・気管が、すぐに閉鎖することがある	
気管カニューレ事故抜去時の対応 (詳しく記入してください)	<input type="checkbox"/> 緊急時に看護師以外の者(その場にいる職員等)が、上記の対応を行うことを認める。	
気管切開による合併症	例) 気管腕頭動脈瘻からの出血、肉芽、誤嚥性肺炎等	
気管切開部・気管内出血時の対応		
気管・カニューレ内の痰のつまり	症状	
	対応	

- 保育園に入園し、集団生活を送ることが可能であると判断する。
- 緊急時に急変や生命に危険が及ぶことがないと判断する。
- 今後、起こり得る合併症、緊急時のリスク等について、保護者に説明している。
- 保育園からの問い合わせに対応できる。
- 当院で、緊急時対応・緊急搬送の受け入れが可能である。
- 緊急時の搬送先として、_____病院へ依頼済である。
- 認定特定行為業務従事者（保育士）が喀痰吸引を上記指示に従い実施が可能である。

※上記のチェック欄に、チェックがない場合、下記余白に理由の記載をお願いします。

記入日 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
（ F A X ）
医 師 名

医療的ケアに関する指示書（ネブライザー吸入）

児童氏名		生年月日	年 月 日
診断名			
現在の病状			
与薬内容			

指示内容

回数	() 回/日
時間	() 時間ごと (時・ 時)
部位	<input type="checkbox"/> くち <input type="checkbox"/> 鼻
薬剤名	
薬剤量	
家族に連絡し受診すべき状態はどのような時か	
予想される緊急時の状況及び対応について（詳しく記入をお願いします）	
状態： 対応： 緊急搬送の目安：	

- 保育園に入園し、集団生活を送ることが可能であると判断する。
- 緊急時に急変や生命に危険が及ぶことがないと判断する。
- 今後、起こり得る合併症、緊急時のリスク等について、保護者に説明している。
- 保育園からの問い合わせに対応できる。
- 当院で、緊急時対応・緊急搬送の受け入れが可能である。
- 緊急時の搬送先として、_____ 病院へ依頼済である。

※上記のチェック欄に、チェックがない場合、下記余白に理由の記載をお願いします。

記入日 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 名

注入時間	() 分 から () 分かけて
注入速度	() 滴/分
注入時の体位と角度	体位： 角度：
注入開始前の確認 <input type="checkbox"/> 栄養剤注入前 <input type="checkbox"/> 薬剤注入前 <input type="checkbox"/> 水分注入前 ※園では必ず看護師が確認を行います。指示をお願いします。	<input type="checkbox"/> 固定位置の確認 <input type="checkbox"/> 空気注入音の確認 ※注入前の確認は必須とします () ccの空気を注入 () の部位で聴診 <input type="checkbox"/> 胃内容の吸引 <input type="checkbox"/> その他 ()
注入開始前の確認で (空気注入音、 胃内容の吸引等) 不明瞭時の対応方法 (詳細記入)	
注入を中止する 必要がある状態 (詳 細 記 入)	前 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 顔色不良 <input type="checkbox"/> 嘔吐(回以上) <input type="checkbox"/> その他()
	中 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 顔色不良 <input type="checkbox"/> 嘔吐(回以上) <input type="checkbox"/> その他()
	後 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 顔色不良 <input type="checkbox"/> 嘔吐(回以上) <input type="checkbox"/> その他()
※園では嘔吐をした際、保護者に連絡しお迎え要請をしています。 咳込みによる嘔吐は様子をみています。	
栄養剤の注入終了後	() ml の () を注入する <input type="checkbox"/> ショット <input type="checkbox"/> () 分間かけて注入
注入後の体位 と安静時間	体位： 安静時間 () 分
園で薬剤の注入 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不必要 ※定期処方に限る。臨時で投薬するかぜ薬等は、自宅で投薬していただき体調がよくなってからの登園をお願いしています。	
薬剤名	
投 薬 量	
実施時間	() 時に投薬
薬剤注入終了後	() ml の () を注入する

- 保育園に入園し、集団生活を送ることが可能であると判断する。
- 緊急時に急変や生命に危険が及ぶことがないと判断する。
- 今後、起こり得る合併症、緊急時のリスク等について、保護者に説明している。
- 保育園からの問い合わせに対応できる。
- 当院で、緊急時対応・緊急搬送の受け入れが可能である。
- 緊急時の搬送先として、_____ 病院へ依頼済である。
- 認定特定行為業務従事者（保育士）が栄養剤の準備、注入、観察を上記指示に従い実施が可能である。

※上記のチェック欄に、チェックがない場合、下記余白に理由の記載をお願いします。

記入日 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 名

医療的ケアに関する指示書（血糖値測定・インスリン投与）

児童氏名		生年月日	年 月 日
診断名			
現在の病状			
与薬内容			
血液感染症 検査の結果	HBs 抗原 () HBs 抗体 () HBe 抗原 () HIV 抗体 () HCV 抗体 ()		

指示内容

保育園での血糖値測定 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不必要				
回数 () 回				
時間 () 時 () 時 () 時 () 時				
<input type="checkbox"/> 午前おやつ前 (0・1・2歳児クラスのみ) <input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 午後おやつ前 <input type="checkbox"/> その他 ()				
測定部位				
標準の血糖値	mg/dℓ			
時間ごとのインスリン投与 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不必要 <input type="checkbox"/> 持続投与中				
<input type="checkbox"/> ペン型簡易注射器 <input type="checkbox"/> ポンプ持続投与				
薬剤名				
投与時間				
投与単位				
血糖値に対してのインスリン投与 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不必要				
薬剤名				
血糖測定時間	血糖値	単位	部位	投与方法
低血糖時				
症状 : 血糖値 : 低血糖時の対応 (詳しく記入をお願いします) :				

血糖値測定・インスリン投与

高血糖時
症状： 血糖値： 高血糖時の対応（詳しく記入してください）：
おやつや給食の制限 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不必要
朝のおやつ <input type="checkbox"/> おかわりなし <input type="checkbox"/> その他（ ） ※朝のおやつは、0・1・2歳児クラスが対象です。 昼食 <input type="checkbox"/> おかわりなし <input type="checkbox"/> その他（ ） 午後のおやつ <input type="checkbox"/> おかわりなし <input type="checkbox"/> その他（ ）
家族に連絡し受診すべき状態はどのような時か
予想される緊急時の状況及び対応について（詳しく記入をお願いします）
状態： 対応： 緊急搬送の目安：

- 保育園に入園し、集団生活を送ることが可能であると判断する。
- 緊急時に急変や生命に危険が及ぶことがないと判断する。
- 今後、起こり得る合併症、緊急時のリスク等について、保護者に説明している。
- 保育園からの問い合わせに対応できる。
- 当院で、緊急時対応・緊急搬送の受け入れが可能である。
- 緊急時の搬送先として、_____ 病院へ依頼済である。

※上記のチェック欄に、チェックがない場合、下記余白に理由の記載をお願いします。

記入日 年 月 日

医療機関名
 住 所
 電 話
 (FAX)
 医 師 名

医療的ケアに関する指示書（人工肛門・人工膀胱のパウチ交換）

児童氏名		生年月日	年 月 日
診 断 名			
病 状			
与薬内容			

指示内容

実施時間	
方法（詳しく記入をお願いします）	
家族に連絡し受診すべき状態はどのような時か	
予想される緊急時の状況及び対応について（詳しく記入をお願いします）	
状態： 対応： 緊急搬送の目安：	

- 保育園に入園し、集団生活を送ることが可能であると判断する。
- 緊急時に急変や生命に危険が及ぶことがないと判断する。
- 今後、起こり得る合併症、緊急時のリスク等について、保護者に説明している。
- 保育園からの問い合わせに対応できる。
- 当院で、緊急時対応・緊急搬送の受け入れが可能である。
- 緊急時の搬送先として、_____ 病院へ依頼済である。

※上記のチェック欄に、チェックがない場合、下記余白に理由の記載をお願いします。

記入日 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 名

医療的ケアに関する指示書（ケア内容）

児童氏名		生年月日	年 月 日
診 断 名			
病 状			
与薬内容			

指示内容

実施時間	
方 法	（詳しく記入をお願いします）
家族に連絡し受診すべき状態はどのような時か	
予想される緊急時の状況及び対応について（詳しく記入をお願いします）	
状態： 対応： 緊急搬送の目安：	

- 保育園に入園し、集団生活を送ることが可能であると判断する。
- 緊急時に急変や生命に危険が及ぶことがないと判断する。
- 今後、起こり得る合併症、緊急時のリスク等について、保護者に説明している。
- 保育園からの問い合わせに対応できる。
- 当院で、緊急時対応・緊急搬送の受け入れが可能である。
- 緊急時の搬送先として、_____ 病院へ依頼済である。

※上記のチェック欄に、チェックがない場合、下記余白に理由の記載をお願いします。

記入日 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 名

医療的ケアが必要なお子様の入園についての同意書（保護者記入）

※ 全ての項目をご確認頂き、確認欄に✓印をお願いします。

同意事項		確認欄
1	「我孫子市保育園等における医療的ケア児の受け入れ等に関するガイドライン」を読み、内容を十分理解し、納得しました。	
2	「我孫子市保育園等における医療的ケア児の受け入れ等に関するガイドライン」及び保育園との間で取り決めた事項について順守します。	
3	入園に必要な受診・医師との面談、及び文書作成等にかかる費用は保護者が負担します。	
4	医療的ケアに関する個人情報、嘱託医及び関係職員で共有します。	
5	保育園（集団保育・集団生活の場）で行われる医療的ケア及び緊急時の対応等に関するリスクについて、医師から説明を受けました。これらの点を十分に理解・納得し、入園を希望します。 （※入園前に、医師からの説明内容を保育園に報告することを約束します。）	
6	「医療的ケアに関する指示書」の範囲で行う医療的ケア及び緊急時の対応によって何等かの症状や合併症による症状が発症した場合に、本市及び医療的ケア実施者に責任は問いません。	

入園にあたり、子どもが安全な環境で楽しく保育園生活を送るために、上記に同意します。

記入日 年 月 日

児童氏名 _____

保護者氏名 _____

医療的ケアに関する確認書（保護者記入）

児童氏名		記入日	年	月	日
医療的ケアの内容					
家でのケアの様子とケアに要する時間					
クラスの友達に伝えたいこと（病気のこと・医療的ケアのこと等）					
<input type="checkbox"/> 保護者から伝えたい <input type="checkbox"/> 看護師・保育士から伝えてほしい					
どのような内容で伝えるか					
ケアの時にどのような声掛けをしているか					

必要物品

手 順

体調が悪いときの様子や症状

保護者に連絡が必要な状態

緊急対応が必要な状況

緊急時の対応方法

救急搬送が必要な状況

緊急連絡先

	氏名・児童との続柄	連絡先名称	電話番号	備考
1	()			
2	()			
3	()			
4	()			
5	()			

主治医		緊急時の搬送先	
医療機関名		医療機関名	
住 所		住 所	
電 話		電 話	
医 師 名		医 師 名	
診察券番号		診察券番号	

医療的ケア終了届出書（主治医記入）

下記の日付をもって、保育園で行う医療的ケアを終了とします。

児童氏名	
終了年月日	年 月 日 で 終了

記入日 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 名

医療機器等預かり同意書

保育園で医療機器等（めがね・補聴器等含む）をお預かりする場合、破損や紛失、子ども同士の関わり合いの中で怪我等が起こる可能性があります。保育園での安全な医療機器等の取り扱いについて、次の内容を確認させていただきます。

【確認事項】

保育園	組	児童氏名
機器の種類 (○をしてください)	医療機器 () めがね 補聴器 装具等 () その他 ()	
使用目的		
使用開始 及び使用時間等	使用開始予定 年 月 日 使用時間 ()	
使用中の 注意事項		

【同意事項】 に✓印をお願いします。

- 保育園での使用は、家庭で十分に慣れてから使用を開始します。
- 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紛失をした場合、補償ができません。
- 子ども同士の関わり合いの中で、怪我等が起こる可能性があります。
- 医療機器等の使用中に怪我等が起こり、受診が必要と思われる場合には、保護者の方をお願いします（緊急時を除く）。
- 園内外で破損や紛失、怪我について保育園へ責任を問いません。
- 緊急時に備え、保育園から常時連絡が取れるようにします。
- 内容変更があった場合は「医療機器等預かり同意書」を改めて保育園へ提出してください。

以上、確認の上で同意します。

年 月 日

保護者氏名 _____

医療的ケア実施計画書

ケアの内容：

アレルギー：

必要物品：

手順	() の場合	留意点
1 登園時		
2 ケア実施手順		
3 ケア終了後		

- 主治医
- 体調の観察
- 物品が不足した場合
- 担当看護師が不在になる場合
- 災害時の対応
- その他

医療的ケアに関するヒヤリハット報告書

児童氏名		生年月日	年 月 日
発生日時	年 月 日 ()	発生場所	保育園
	時 分		
医療的ケア の内容			
原因			
ヒヤリ ハット 内容・経緯			
防止策			

提出日： 年 月 日
記入者氏名：

