

神戸市長 宛

※保護者→主治医→保護者→区役所→施設長・幼保事業課

医療的ケアに関する主治医の意見書(No.1)

【児童氏名】	生年月日:	年	月	日
【アレルギー】 ☐ 有 ☐ 無 アレルギー:	症状:	注意事項:		
【診断名(基礎疾患名)】				
【経過及び現在の状況】 初診日: 年 月 日				
次回受診日: 年 月 日ごろ				
【治療方針・投薬内容】 ☐ 定期受診: 月・ 週 ごと ☐ 手術予定(あり・なし) 年 月 ごろ ☐ 服薬(あり・なし) 内容:				
【必要な医療的ケア】 ☐ 経管栄養(経鼻経管・胃ろう・腸ろう) ☐ 吸引(口腔・鼻腔・気管カニューレ内) ☐ 酸素療法(酸素カヌー・酸素マスク) ☐ 導尿(自己導尿・一部介助・全面介助) ☐ その他:				
【集団保育(保育施設)の中で安全に生活することは可能か】 ☐ 可能 ☐ 集団の中での生活は好ましくない 判断の理由:				
【保育の制限】※年齢別の活動状況は(No.2)を参照してください。 ☐ 制限なし: 同年齢児童と同じ強度・速度の生活および運動が可能 ☐ 制限なし: 本児童のペースで、発達に応じた生活および運動が可能 ☐ 制限あり				
【保育上の支援】※発達や生活上の問題など 保育上、特別な支援を ☐ 必要としない ☐ 部分的に必要とする ☐ 常に必要とする				
【保育上必要とする特別な支援の内容】				
【予測される緊急の場面と具体的な対応】				

★No.2(様式1-②)も記載してください

記入日: 年 月 日

※医療的ケアに関する主治医の意見書は、以下の場合に
更新(新規作成)が必要です

- ・年度替わり
- ・病状の変化や医療的ケアの内容が変わったとき

医療機関名: _____
住 所: _____
電話 番号: _____
医師 氏名: _____

医療的ケアに関する主治医の意見書(No.2)

0・1・2歳児用 医療的ケアが必要な児童の保育のめやす

(□心臓疾患あり)

年 月 日

児童氏名: _____

★下記の内容は健常児の通常保育活動です。この中の活動可能な項目にチェックを入れてください。

		軽い運動	中等度の運動	強い運動	生活	保育時間
年齢別 活動内容・ 利用 クラス	0歳児	☐ 砂あそび ☐ 腕や足の曲げ伸ばしや開閉をする ☐ ブランコに抱っこされてのる ☐ すべり台(室内用)を大人にさせてもらう	☐ ゆさぶり(抱っこされて) ☐ 手を握って引起す ☐ 散歩(往復10分程度)	☐ 高い高い ☐ 水あそび ☐ 布に乗せてゆする ☐ 激しく泣く ☐ ボートこぎあそび	☐ 日光外気浴 ☐ 沐浴 ☐ 足浴 ☐ 温水シャワー ☐ 体を拭く ☐ うす着	☐ 通常保育時間(1日8時間) ☐ 保育時間制限必要あり
	1歳児	☐ 砂あそび ☐ ブランコに抱っこされてのる ☐ すべり台(室内用)をすべる	☐ 散歩(最高1km往復30分程度) ☐ 階段の昇り降り(室内2往復程度) ☐ コンビカー(四輪ミニカー)に乗る ☐ 鉄棒のぶら下がり(支えられて)	☐ 走る ☐ 階段の昇り降り(歩道橋等) ☐ 水あそび ☐ 坂登り	☐ 行事その他	
	2歳児	☐ 砂あそび ☐ ブランコに押してもらってのる ☐ すべり台を自分ですべる ☐ シャボン玉を吹く	☐ 散歩(最高2km往復40分程度) ☐ 階段の昇り降り(歩道橋等) ☐ 三輪車をこぐ ☐ 体操 ☐ 鉄棒のぶら下がり ☐ 両足跳び(ジャンプ)	☐ 走る(鬼ごっこ 休憩しながら15分程度) ☐ 水あそび ☐ プールあそび(水の中15分程度) ☐ 高い所からの飛び降り(60cmくらい) ☐ リズムあそび	☐ 散歩 徒歩 ☐ 遠足 バス ☐ 運動会 ☐ その他確認したい行事	

指導区分	A	B	C	D	E
	在宅医療または入院が必要	基本的な生活は可能だが運動は不可	軽い運動には参加可能	中等度の運動まで参加可能	強い運動にも参加可能

★該当する指導区分に○をつけてください。

※『軽い運動』・・・同年齢の平均乳幼児にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動。

※『中等度の運動』・・・同年齢の平均乳幼児にとって、少し息がはずむが、苦しくはない程度の運動で、身体の強い接触を伴わないもの。

※『強い運動』・・・同年齢の平均乳幼児にとって、息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動。

★No.1(様式1-①)も記載してください

医療的ケアに関する主治医の意見書(No.2)

3・4・5歳児用 医療的ケアが必要な児童の保育のめやす

(□心臓疾患あり)

児童氏名: _____

★下記の内容は健常児の通常保育活動です。この中の活動可能な項目にチェックを入れてください。

		軽い運動	中等度の運動	強い運動	生活
年齢別活動内容・利用クラス	3歳児	☐ 砂あそび ☐ ブランコに自分でのる ☐ すべり台をすべる ☐ シャボン玉を吹く	☐ 散歩(最高3km往復50分程度) ☐ 階段の昇り降り(歩道橋) ☐ ブランコをこぐ ☐ 鉄棒のぶらさがり ☐ 三輪車をこぐ ☐ マットあそび ☐ 水あそび	☐ 走る(鬼ごっこ 休憩しながら20分程度) ☐ 走る(長距離かけっこ300m) ☐ 水あそび ☐ プールあそび(水の中15分程度) ☐ 高い所からの飛び降り(1mくらい) ☐ リズム運動 ☐ ボールあそび	☐ シャワー ☐ 体を拭く(上半身裸) ☐ 足浴 ☐ 午睡準備(布団運び) ☐ 裸足で活動 ☐ うす着
	4歳児	☐ 砂あそび ☐ ブランコをこぐ ☐ すべり台をすべる ☐ シャボン玉を吹く	☐ 散歩(最高4km往復60分程度) ☐ 階段の昇り降り(歩道橋) ☐ 鉄棒の前まわり・足抜きまわり ☐ マットあそび ☐ 登り棒を補助されて登る ☐ 水あそび ☐ 風船をふくらます	☐ 走る(鬼ごっこ 休憩しながら30分程度) ☐ 走る(長距離かけっこ300m) ☐ プールあそび(水の中20分程度) ☐ 跳び箱を助走して跳ぶ ☐ ドッジボール ☐ 相撲 ☐ サッカー ☐ 雲梯や登り棒であそぶ ☐ 縄跳び ☐ 鉄棒の逆上がり ☐ リズム運動 ☐ 鍵盤ハーモニカを吹く	行事その他 ☐ 遠足 徒歩 ☐ 遠足 バス・電車 ☐ 運動会 ☐ 宿泊保育(5歳児) ☐ その他確認したい行事 例) 山登り、マラソン
	5歳児	☐ 砂あそび ☐ ブランコをこぐ ☐ すべり台をすべる ☐ 竹馬のり ☐ シャボン玉を吹く	☐ 散歩(最高5km往復1時間15分程度) ☐ 鉄棒の前まわり ☐ 物を運ぶ(給食・バケツの水) ☐ 登り棒を自分で上まで登る ☐ 太鼓橋を渡りきる ☐ 水あそび ☐ 風船をふくらます	☐ 走る(鬼ごっこ 休憩しながら40分程度) ☐ 走る(長距離かけっこ500m) ☐ プールあそび(水の中20～30分) ☐ 跳び箱を助走して跳ぶ ☐ 鉄棒の逆上がり ☐ サッカー ☐ ドッジボール ☐ 相撲 ☐ 縄跳び ☐ リズム運動 ☐ 鍵盤ハーモニカを吹く	

★該当する指導区分に○をつけてください。

指導区分	A	B	C	D	E
	在宅医療または入院が必要	基本的な生活は可能だが運動は不可	軽い運動には参加可能	中等度の運動まで参加可能	強い運動にも参加可能

※『軽い運動』・・・同年齢の平均乳幼児にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動。

※『中等度の運動』・・・同年齢の平均乳幼児にとって、少し息がはずむが、苦しくはない程度の運動で、身体の強い接触を伴わないもの。

※『強い運動』・・・同年齢の平均乳幼児にとって、息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動。

★No.1(様式1)

様式1－②

年 月 日

保育時間
☐ 通常保育時間(1日8時間) ☐ 保育時間制限必要あり
所見
☐ 特になし

－①)も記載してください

※保護者→区役所→所長・幼保事業課

医療的ケア依頼書

児童氏名	性別	年齢	生年月日
		歳	年 月 日
現住所			
電話番号			

○保育所に依頼する医療的ケアの内容(保護者記入)

※依頼する項目に✓をつけ、()内の該当する項目に○又は記入をしてください。

- ☐経管栄養 (経鼻経管 ・ 胃ろう ・ 腸ろう)
☐吸引 (口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管カニューレ内)
☐酸素療法 (酸素カヌラ ・ 酸素マスク)
☐導尿 (自己導尿 ・ 一部介助 ・ 全面介助)
☐その他 ()

○予想される緊急時の対応(保護者記入)

※該当する項目に必要な事項を記入してください

依頼する医療的ケア	予想される緊急を要する状態	対応と緊急搬送先
経管栄養		
吸引		
酸素療法		
導尿		
その他		

神戸市長 様

上記の医療的ケアについて、保育所での実施を依頼します。

なお、受入れに向けた検討を行う際、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。

記入日： 年 月 日

保護者氏名： _____

※保護者→区役所→施設長・幼保事業課

医療的ケア依頼書

児童氏名	性別	年齢	生年月日
		歳	年 月 日
現住所			
電話番号			

○保育所に依頼する医療的ケアの内容(保護者記入)

※依頼する項目に✓をつけ、()内の該当する項目に○又は記入をしてください。

- ☐経管栄養 (経鼻経管 ・ 胃ろう ・ 腸ろう)

☐吸引 (口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管カニューレ内)

☐酸素療法 (酸素カヌラ ・ 酸素マスク)

☐導尿 (自己導尿 ・ 一部介助 ・ 全面介助)

☐その他()

○予想される緊急時の対応(保護者記入)

※該当する項目に必要な事項を記入してください

依頼する医療的ケア	予想される緊急を要する状態	対応・緊急搬送先
経管栄養		
吸引		
酸素療法		
導尿		
その他		

保育所(園)長 様

上記の医療的ケアについて、保育所での実施を依頼します。

なお、受入れに向けた検討を行う際、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。

記入日: 年 月 日

保護者氏名: _____

年 月 日

〇〇 〇〇

保護者 様

〇〇保育所

施設長 〇〇〇〇

医療的ケア内諾書

保護者様からご依頼のありました医療的ケアについて、検討した結果、当保育施設において実施可能であると判断しましたので、お知らせいたします。

これから入所(園)にむけた準備を行っていきますので、ご協力いただきますようお願いいたします。

入所までに必要な準備はおおむね以下のような内容になります。

項目	主な内容
1. 同行受診 【フロー⑪】 <u>※保護者様から主治医へ連絡し、日程調整をお願いいたします。</u>	・病状、緊急時の対応、集団生活における配慮事項等の確認を行います。 ・担当の看護師が主治医から必要な医療的ケア等の指示や手技等についての指導を受けます。 ・保護者様から主治医へ「医療的ケアに関する指示書 兼 個別指導修了書(様式4)」の作成依頼をお願いします。 ※(様式4)は、担当する看護師が同行受診時に持参します。 ※(様式4)の作成に係る文書料は、保護者様でお支払いいただきます。 ・主治医に今後の連携・協力についての依頼をします。
2. 保育施設へ「医療的ケアに関する指示書 兼 個別指導修了書(様式4)」の提出 【フロー⑫】	・主治医が作成した「医療的ケアに関する指示書 兼 個別指導修了書(様式4)」は、保護者様から保育所に提出していただきます。 ・「医療的ケアに関する指示書 兼 個別指導修了書(様式4)」は、担当の看護師が医療的ケアを提供するための指示書です。 ・担当の看護師は、記載された指示の範囲内で医療的ケアを提供します。
3. 面談 【フロー⑩】 【フロー⑬】 その他必要時	・受け入れに向けて具体的に打合せを行います。 ・保育態勢や安全な保育の提供に向けた支援の在り方、保護者様や関係機関との連携方法などを検討し、共通認識を図っていきます。 ・必要物品の確認も行います。 ・主治医からの指示の内容や研修内容に沿って、担当看護師が「医療的ケア計画」や「ケア手順」「緊急対応フロー」等を作成します。面談の際に内容について説明を受け、確認してください。保育施設で対応可能な範囲についても確認します。 ・こどもの状況に応じて、集団生活に慣れ、安全に過ごすことができるようになるための計画を検討します。

※保護者→主治医→保護者→施設長・幼保事業課

〇〇保育所 施設長様

医療的ケアに関する指示書 兼 個別指導修了書

保護者から依頼のあった医療的ケアについて、貴保育施設において医療的ケアを実施するよう担当看護師に指示し、当該担当看護師が医療的ケアを実施することに同意します。

1. 児童が入所する保育所及び氏名・年齢

施設名			
児童氏名		生年月日	

2. 看護師に指示する事項

指示する事項	具体的な指示(時間・回数・量等)及び留意事項
☐ 経管栄養 経鼻経管 ・ 胃ろう ・ 腸ろう	チューブサイズ Fr、 挿入(固定)の長さ cm
☐ 吸引 口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管カニューレ内	カテーテルサイズ Fr、 気管カニューレサイズ Fr
☐ 酸素療法 酸素カヌラ ・ 酸素マスク	
☐ 導尿 自己導尿 一部要介助 ・ 全面介助	カテーテルサイズ Fr
☐ その他	

3. 予測される緊急時の状態及び対応（緊急と判断する状態・対応・搬送先 等）

--

4. 個別指導（ ☐個別指導実施 ☐ケア内容に変更がないため、個別指導は必要なし ）

氏名		氏名	
氏名		氏名	
研修日時		研修場所	
研修内容			

記入日： 年 月 日 医療機関名： _____

医師名： _____

〈主治医の方へ〉

※主治医から看護師へ当該医療的ケアの指導を行い、安全に実施可能と判断された場合に発行してください。

※指示事項の変更がある場合は、その都度指示書によりご指示ください。

(指示期間は最長1年)

※施設長→保護者

年 月 日

〇〇〇〇
保護者 様

〇〇〇〇保育所
施設長 〇〇 〇〇

医療的ケア実施決定通知書

保護者様から依頼された医療的ケアについて、下記のとおり実施することとしましたので通知いたします。

記

医療的ケアの種類	☐経管栄養（経鼻経管 ・ 胃ろう ・ 経ろう ） ☐吸引（ 口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管カニューレ内 ） ☐酸素療法（ 酸素カヌラ ・ 酸素マスク ） ☐導尿（ 自己導尿 ・ 一部要介助 ・ 全面介助 ） ☐その他（ ）
医療的ケアの実施方法と留意事項	
医療的ケアの実施者	

※保護者→施設長

年 月 日

〇〇〇〇保育所
施設長 様

児 童 氏 名:

保護者氏名:

承諾書

医療的ケア実施決定通知書に基づいた医療的ケアの実施について、承諾いたします。

個別の指導計画

【○歳児】

作成日	年 月 日
施設名	
記入者氏名	

※状況が変わった場合は、随時加筆・修正する

児童氏名		年齢	
ねらいと 発達の視点			
あそび			
かわりを豊かにするために			
環境			
評価			

アセスメント票

作成日	年 月 日
施設名	
記入者氏名	

児童氏名		年齢	
必要な医療的ケア			

【児童の状態の把握】※状況が変わった場合は、随時加筆・修正する

基礎疾患・障害名			
項目	普段の状況	医療的ケアが必要な状態	緊急対応が必要な状態
呼吸			
摂食・嚥下			
排泄			
その他			
注意すること等			

医療的ケア計画

【○歳児】

作成日	年 月 日
施設名	
記入者氏名	

※状況が変わった場合は、随時加筆・修正する

児童氏名			年齢	
ケアの現状と目標	【現状】 【目標】			
ケアに関する情報				
問題点		解決策（計画）		
評価				
保育目標				

医療的ケア日誌

※医療的ケア日誌は、その日の児童の様子や医療的ケアの実施状況を担当看護師が記載するものであり、保育施設に保管する

児童氏名:

医療的ケアの種類:

年 月 日 ()	施 設 長		主任		担当看護師	
家庭での様子聞き取り内容	施設での様子			医療的ケアの状況		

年 月 日 ()	施 設 長		主任		担当看護師	
家庭での様子聞き取り内容	施設での様子			医療的ケアの状況		

年 月 日 ()	施 設 長		主任		担当看護師	
家庭での様子聞き取り内容	施設での様子			医療的ケアの状況		

※当事者→主任→施設長→幼保事業課

医療的ケアに係るヒヤリハット報告書

提出日	年 月 日
施設名	
記入者氏名	

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	☐ 経管栄養(経鼻経管 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) ☐ 吸引(口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管カニューレ内) ☐ 酸素療法(酸素カヌラ ・ 酸素マスク) ☐ 導尿(自己導尿・一部介助・全面介助) ☐ その他()			
原因	☐ 勘違い	☐ マニュアル以外の行為	☐ 連絡ミス	☐ チームワーク
	☐ 確認もれ	☐ 忘れ	☐ 判断ミス	☐ 施設・設備
	☐ 観察不十分	☐ 知識不足	☐ 転記ミス	☐ 機器の整備不良
	☐ 聞き違い	☐ 技術不足	☐ 疲労・体調不良	☐ 他()
	☐ 思い込み	☐ 情報不足	☐ パニック・焦り	☐ 他()
ヒヤリ・ハットした内容・経緯				
防止策				

※当事者→主任→施設長→幼保事業課

医療的ケアに係るアクシデント報告書

提出日	年 月 日
施設名	
記入者氏名	

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	☐ 経管栄養(経鼻経管 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) ☐ 吸引(口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管カニューレ) ☐ 酸素療法(酸素カヌラ ・ 酸素マスク) ☐ 導尿 ☐ その他()			
原因	☐ 勘違い	☐ マニュアル以外の行為	☐ 連絡ミス	☐ チームワーク
	☐ 確認もれ	☐ 忘れ	☐ 判断ミス	☐ 施設・設備
	☐ 観察不十分	☐ 知識不足	☐ 転記ミス	☐ 機器の整備不良
	☐ 聞き違い	☐ 技術不足	☐ 疲労・体調不良	☐ 他()
	☐ 思い込み	☐ 情報不足	☐ パニック・焦り	☐ 他()
1. 発生時の状況と経過				
2. 実施した処置とその後の経過	病院受診: ☐ 無 ☐ 有 医師の診断書: ☐ 無 ☐ 有			
3. 今後の対応と再発防止に向けた取り組み				
4. 保護者への説明	説明: ☐ 無 ☐ 有(面談 ・ 電話) ※説明内容を記載する			

緊急時記録

児童氏名		歳
------	--	---

1. 気づいた時間	年 月 日 () 時 分	
2. 実施した処置	(:) (:)	
3. 保護者へ連絡した時間	年 月 日 () 時 分 父親 ・ 母親 ・ その他 ()	連絡者

4. 経過記録

時間	症状・処置	その他 備考	サイン
5. 搬送医療機関	医療機関名		医師名

〇年〇月〇日

〇〇保育所 施設長

〇〇様

こども家庭局幼保事業課

医療的ケア巡回・委員会への訪問について

医療的ケア巡回・委員会に下記の日程で訪問させていただきますので、よろしくお願いいたします。

記

1. 日 時： 年 月 日 ()

午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分

2. 内 容： 医療的ケア対象児の状態把握

医療的ケアの実施状況確認(指示書、手順書、実施記録、実践場面など)

ケース検討

児童・保護者・職員の健康状況と課題について

3. 担 当： 幼保事業課 保健医療指導担当 〇〇 〇〇

TEL 078-322-6919

* 医療的ケア実施状況記録(様式 14)を、巡回日の 2 週間前までに、幼保事業課までお送りください。

個人情報ですので、送付に際しては十分注意していただきますようお願いいたします。

* 巡回当日は医療的ケア実施に必要な書類をご用意ください。

☐ 医療的ケアに関する主治医の意見書(様式 1)

☐ 医療的ケア依頼書(様式 2)

☐ 医療的ケアに関する指示書兼個別指導修了書(様式 4)

☐ 個別指導計画(様式 7)

☐ アセスメント票(様式 8)

☐ 医療的ケア計画(様式 9)

☐ 医療的ケア日誌(様式 10)

☐ 医療的ケア実施手順(医療的ケア児に合わせて個別に作成)

☐ 医療的ケア記録票(医療的ケア児に合わせて個別に作成)

☐ 緊急時対応フロー(医療的ケア児に合わせて個別に作成)

☐ 医療的ケアに係るヒヤリハット報告書(様式 11-1)

医療的ケアに係るアクシデント報告書(様式 11-2)

* 医療的ケア実施状況記録(様式 14)はコピーしてご使用ください。

医療的ケア実施状況記録

			施設長印	主任(幹)印	看護師印
施設名	児童氏名	男 ・ 女	生年月日	入所(園)月日	クラス年齢
			・ ・	・ ・	歳児
医療的ケア 実施時間	: ~ :				
医療的ケア項目	医療的ケア実施内容		実施状況と課題		
受診医療機関名と 受診日	☐ 定期 ☐ 定期外	☐ 前回の受診から変更になったこと			
特記事項					
巡回で相談 したいこと など					

記入日: 年 月 日

区役所(相談窓口)→本庁(幼保事業課・巡回看護師)

医療的ケア内容の確認

児童氏名	性別	年齢	生年月日
	男・女	歳	年 月 日
現住所:			電話番号:

医療的ケア	実施時間(いつ)	頻度(〇分毎など)	1回の所用時間	注意事項
☐ 経管栄養 ☐ 経鼻経管 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう				
☐ 吸引 ☐ 口腔 ☐ 鼻腔 ☐ 気管カニューレ内				
☐ 酸素療法 ☐ 酸素カヌラ ☐ 酸素マスク				
☐ 導尿 ☐ 自己導尿 ☐ 一部要介助 ☐ 全面介助				
☐ その他				

行事等への参加方法

記入日: 年 月 日

神戸市こども家庭局幼保事業課

保健医療指導担当 宛

年 月 日

年度 医療的ケア預かり児童在籍連絡票

保育施設名: _____

施設長名: _____

担当看護師名: _____

下記の医療的ケアを実施している児童が在籍しています。

クラス	性別	医療的ケアの内容	保護者の同意・具体的な対応
歳児 クラス		☐ 経管栄養 ☐ 経鼻経管 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ 吸引 ☐ 口腔 ☐ 鼻腔 ☐ 気管カニューレ内 ☐ 酸素療法 ☐ 酸素カヌラ ☐ 酸素マスク ☐ 導尿 ☐ 自己導尿 ☐ 一部要介助 ☐ 全面介助 ☐ その他	★消防署へ情報提供することについて保護者の同意（有・無）

毎年 5 月 10 日提出締切り

※年度途中で医療的ケア児童の在籍に変化が生じた場合は、速やかに事業課へ連絡してください。

保護者様

医療的ケアが必要なこどもの保護者さまへ

医療的ケアの必要なこどもの教育・保育施設（以下、「保育施設」）入園・入所にあたっては、集団保育（集団の中で安全に生活できること）が可能であることが要件となります。

実施する医療的ケアは、医師が必要と認め、医師による指示・指導の範囲内で行うとともに、児童の安全性を確保するため、施設側が医療的ケアの内容や程度等についてあらかじめ対応可能な範囲を定め、それにマッチする内容となっています。そのため医療的ケアの範囲や実施する時間、実施箇所は限定した内容となっておりますので、入園・入所の申し込みにおいてはご注意ください。

○保育施設で実施可能な医療的ケアは下記の内容です。

- ア. 経管栄養（鼻腔に留置されている管からの栄養、胃ろう、腸ろう）
- イ. 吸引（口腔内吸引、鼻腔内吸引、気管切開部からの吸引・衛生管理）
- ウ. 酸素療法（酸素カヌー、酸素マスク）
- エ. 導尿

○医療的ケアは、施設に配置された看護師が主治医の指導を受け、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を、看護師と協力しながら進めていきます。

○医療的ケアの実施は、児童の健康管理にとって極めて大切なものであるため、保護者の皆様にも下記の事項をご確認いただいた上で、ご協力をお願いいたします。

1. 医療的ケアは、看護師が行います。
2. 医療的ケアの実施には主治医の意見書及び指示書が必要です。
3. 配置されている看護師は、施設全体の看護師業務も行うため、常時児童のケアにかかることはできません。
4. 医療的ケアを実施できるのは、原則平日（月～金）の午前 9 時～午後 5 時までです。
5. 医療的ケアを行う看護師が不在の場合は、ご協力をお願いいたします。
6. 登所の際には児童の体調を把握し、日々施設の職員と連絡を取れるようにしてください。体調が悪いと判断されたときは無理をせず、ご連絡ください。
7. 緊急時を含め、施設からご連絡をする場合があるため、必ず連絡が取れるようにしておいてください。
8. 医療的ケアの実施に伴う緊急時の対応について、主治医への協力依頼など連携を図ってください。
9. 感染症等の流行があった際にはお知らせいたしますので、主治医への相談など必要な対応をとってください。
10. 医療的ケアに必要な医療器材や消耗品は、ご家庭でご用意の上ご持参いただきます。
11. 必要に応じて病院受診に同行させていただくことがありますのでご協力ください。
12. 医療的ケアの実施内容等に変更がある場合は、速やかに主治医の意見書及び指示書を再提出していただきます。
13. 施設の状況により、その他、ご協力いただくことがあります。よろしくお願いいたします。

保護者様

医療的ケアを実施するにあたっての確認事項

教育・保育施設では、医師が必要と認め、医師による指示・指導の範囲内で医療的ケアを行います。実施する医療的ケアは、児童の安全性を確保するため、施設側が医療的ケアの内容や程度等についてあらかじめ対応可能な範囲を定め、それにマッチする内容となっています。そのため医療的ケアの範囲や実施する時間、実施箇所は限定した内容となっており、以下の医療的ケアの内容を中心として実施します。

- ア. 経管栄養(鼻腔に留置されている管からの栄養、胃ろう、腸ろう)
- イ. 吸引(口腔、鼻腔内吸引、気管切開部からの吸引・衛生管理)
- ウ. 酸素療法(酸素カヌラ、酸素マスク)
- エ. 導尿

医療的ケアは、施設に配置された看護師が主治医の指導を受け、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を、看護師と協力しながら進めていきます。

医療的ケアの実施は、児童の健康管理にとって極めて大切なものであるため、保護者の皆様にも下記の事項をご確認いただいた上で、ご協力をお願いいたします。

1. 医療的ケアは、看護師が行います。
2. 医療的ケアの実施には主治医の意見書及び指示書が必要です。
3. 配置されている看護師は、施設全体の看護師業務も行うため、常時児童のケアにかかることはできません。
4. 医療的ケアを実施できるのは、原則平日(月～金)の午前9時～午後5時までです。
5. 医療的ケアを行う看護師が不在の場合は、ご協力をお願いいたします。
6. 登所の際には児童の体調を把握し、日々施設の職員と連絡を取れるようにしてください。体調が悪いと判断されたときは無理をせず、ご連絡ください。
7. 緊急時を含め、施設からご連絡をする場合があるため、必ず連絡が取れるようにしておいてください。
8. 医療的ケアの実施に伴う緊急時の対応について、主治医への協力依頼など連携を図ってください。
9. 感染症等の流行があった際にはお知らせいたしますので、主治医への相談など必要な対応をとってください。
10. 医療的ケアに必要な医療器材や消耗品は、ご家庭でご用意の上ご持参ください。
11. 必要に応じて病院受診に同行させていただくことがありますのでご協力ください。
12. 医療的ケアの実施内容等に変更がある場合は、速やかに主治医の意見書及び指示書を再提出してください。
13. 施設の状況により、その他、ご協力いただくことがあります。よろしくお願いいたします。

神戸市こども家庭局 幼保事業課