

## 医療的ケアに関する主治医の意見書(No.1)

様式1-①

|                                                                                                                                                                                                                                  |       |       |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|---|---|
| 【児童氏名】                                                                                                                                                                                                                           | 生年月日: | 年     | 月 | 日 |
| 【アレルギー】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>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】<br><input type="checkbox"/> 定期受診: 月・ 週 ごと<br><input type="checkbox"/> 手術予定(あり・なし) 年 月 ごろ<br><input type="checkbox"/> 服薬(あり・なし) 内容:                                                                                   |       |       |   |   |
| 【必要な医療的ケア】<br><input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻経管・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 吸引(口腔・鼻腔・気管カニューレ内)<br><input type="checkbox"/> 酸素療法(酸素カヌー・酸素マスク) <input type="checkbox"/> 導尿(自己導尿・一部介助・全面介助)<br><input type="checkbox"/> 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】<br><input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 集団の中での生活は好ましくない<br>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。<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 制限あり                                        |       |       |   |   |
| 【保育上の支援】※発達や生活上の問題など<br>保育上、特別な支援を <input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 部分的に必要とする <input type="checkbox"/> 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

(口心臓疾患あり)

様式1ー②

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。

| 年齢別活動内容・利用クラス | 強い運動                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                   | 中等度の運動                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                  | 強い運動            |  | 生活 |  | 保育時間 |  |  |  |  |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|----|--|------|--|--|--|--|
|               | A<br>在宅医療または入院が必要                                                                                                                                                   | B<br>基本的生活は可能だが運動は不可                                                                                                                                                                                                              | C<br>軽い運動には参加可能                                                                                                                                                                                                | D<br>中等度の運動まで参加可能                                                                                                                                | E<br>強い運動にも参加可能 |  |    |  |      |  |  |  |  |
| 0歳児           | <input type="checkbox"/> 砂あそび<br><input type="checkbox"/> 腕や足の曲げ伸ばしや開閉をする<br><input type="checkbox"/> ブランコに抱っこされてのる<br><input type="checkbox"/> すべり台(室内用)を大人にさせてもらう | <input type="checkbox"/> ゆさぶり(抱っこされて)<br><input type="checkbox"/> 手を握って引起す<br><input type="checkbox"/> 散歩(往復10分程度)                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 高い高い<br><input type="checkbox"/> 水あそび<br><input type="checkbox"/> 布に乗せてゆする<br><input type="checkbox"/> 激しく泣く<br><input type="checkbox"/> ボートこぎあそび                                     |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
| 1歳児           | <input type="checkbox"/> 砂あそび<br><input type="checkbox"/> ブランコに抱っこされてのる<br><input type="checkbox"/> すべり台(室内用)をすべる                                                   | <input type="checkbox"/> 散歩(最高1km往復30分程度)<br><input type="checkbox"/> 階段の昇り降り(室内2往復程度)<br><input type="checkbox"/> コンビカー(四輪ミニカー)に乗る<br><input type="checkbox"/> 鉄棒のぶら下がり(支えられて)                                                   | <input type="checkbox"/> 走る<br><input type="checkbox"/> 階段の昇り降り(歩道橋等)<br><input type="checkbox"/> 水あそび<br><input type="checkbox"/> 坂登り                                                                         | 行事その他<br><input type="checkbox"/> 散歩 徒歩<br><input type="checkbox"/> 遠足 バス<br><input type="checkbox"/> 運動会<br><input type="checkbox"/> その他確認したい行事 |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
| 2歳児           | <input type="checkbox"/> 砂あそび<br><input type="checkbox"/> ブランコに押してもらってのる<br><input type="checkbox"/> すべり台を自分ですべる<br><input type="checkbox"/> シャボン玉を吹く               | <input type="checkbox"/> 散歩(最高2km往復40分程度)<br><input type="checkbox"/> 階段の昇り降り(歩道橋等)<br><input type="checkbox"/> 三輪車をこぐ<br><input type="checkbox"/> 体操<br><input type="checkbox"/> 鉄棒のぶら下がり<br><input type="checkbox"/> 両足跳び(ジャンプ) | <input type="checkbox"/> 走る(鬼ごっこ 休憩しながら15分程度)<br><input type="checkbox"/> 水あそび<br><input type="checkbox"/> プールあそび(水の中15分程度)<br><input type="checkbox"/> 高い所からの飛び降り(60cmくらい)<br><input type="checkbox"/> リズムあそび |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                 |  |    |  |      |  |  |  |  |

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)

様式1ー②

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 | 3歳児 | <input type="checkbox"/> 砂あそび<br><input type="checkbox"/> ブランコに自分でのる<br><input type="checkbox"/> すべり台をすべる<br><input type="checkbox"/> シャボン玉を吹く                               | <input type="checkbox"/> 散歩(最高3km往復50分程度)<br><input type="checkbox"/> 階段の昇り降り(歩道橋)<br><input type="checkbox"/> ブランコをこぐ<br><input type="checkbox"/> 鉄棒のぶらさがり<br><input type="checkbox"/> 三輪車をこぐ<br><input type="checkbox"/> マットあそび<br><input type="checkbox"/> 水あそび              | <input type="checkbox"/> 走る(鬼ごっこ 休憩しながら300m)<br><input type="checkbox"/> 走る(長距離かけっこ300m)<br><input type="checkbox"/> 水あそび<br><input type="checkbox"/> プールあそび(水の中15分程度)<br><input type="checkbox"/> 高い所からの飛び降り(1mくらい)<br><input type="checkbox"/> リズム運動<br><input type="checkbox"/> ボールあそび                                                                | <input type="checkbox"/> シャワー<br><input type="checkbox"/> 体を拭く(上半身裸)<br><input type="checkbox"/> 足浴<br><input type="checkbox"/> 午睡準備(布団運び)<br><input type="checkbox"/> 裸足で活動<br><input type="checkbox"/> うす着 | <input type="checkbox"/> 通常保育時間<br>(1日8時間)<br><input type="checkbox"/> 保育時間制限必要あり |  |      | 所見 |
|               | 4歳児 | <input type="checkbox"/> 砂あそび<br><input type="checkbox"/> ブランコをこぐ<br><input type="checkbox"/> すべり台をすべる<br><input type="checkbox"/> シャボン玉を吹く                                  | <input type="checkbox"/> 散歩(最高4km往復60分程度)<br><input type="checkbox"/> 階段の昇り降り(歩道橋)<br><input type="checkbox"/> 鉄棒の前まわり・足抜きまわり<br><input type="checkbox"/> マットあそび<br><input type="checkbox"/> 登り棒を補助されて登る<br><input type="checkbox"/> 水あそび<br><input type="checkbox"/> 風船をふくらます  | <input type="checkbox"/> 走る(鬼ごっこ 休憩しながら30分程度)<br><input type="checkbox"/> 走る(長距離かけっこ300m)<br><input type="checkbox"/> プールあそび(水の中20分程度)<br><input type="checkbox"/> 跳び箱を助走して跳ぶ<br><input type="checkbox"/> ドッジボール □相撲<br><input type="checkbox"/> サッカー □雲梯や登り棒であそぶ<br><input type="checkbox"/> 縄跳び □鉄棒の逆上がり<br><input type="checkbox"/> リズム運動 □鍵盤ハーモニカを吹く | 行事その他<br><br><input type="checkbox"/> 遠足 徒歩<br><input type="checkbox"/> 遠足 バス・電車<br><input type="checkbox"/> 運動会<br><input type="checkbox"/> 宿泊保育(5歳児)<br><input type="checkbox"/> その他確認したい行事                |                                                                                   |  |      |    |
|               | 5歳児 | <input type="checkbox"/> 砂あそび<br><input type="checkbox"/> ブランコをこぐ<br><input type="checkbox"/> すべり台をすべる<br><input type="checkbox"/> 竹馬のり<br><input type="checkbox"/> シャボン玉を吹く | <input type="checkbox"/> 散歩(最高5km往復1時間15分程度)<br><input type="checkbox"/> 鉄棒の前まわり<br><input type="checkbox"/> 物を運ぶ(給食・バケツの水)<br><input type="checkbox"/> 登り棒を自分で上まで登る<br><input type="checkbox"/> 太鼓橋を渡りきる<br><input type="checkbox"/> 水あそび<br><input type="checkbox"/> 風船をふくらます | <input type="checkbox"/> 走る(鬼ごっこ 休憩しながら40分程度)<br><input type="checkbox"/> 走る(長距離かけっこ500m)<br><input type="checkbox"/> プールあそび(水の中20～30分)<br><input type="checkbox"/> 跳び箱を助走して跳ぶ<br><input type="checkbox"/> 鉄棒の逆上がり □サッカー<br><input type="checkbox"/> ドッジボール □相撲<br><input type="checkbox"/> 縄跳び □リズム運動<br><input type="checkbox"/> 鍵盤ハーモニカを吹く            | 例)山登り、マラソン                                                                                                                                                                                                   |                                                                                   |  |      |    |

| 指導区分 | ★該当する指導区分に○をつけてください。 |                       |                 |                   |                               |
|------|----------------------|-----------------------|-----------------|-------------------|-------------------------------|
|      | A<br>在宅医療または入院が必要    | B<br>基本的な生活は可能だが運動は不可 | C<br>軽い運動には参加可能 | D<br>中等度の運動まで参加可能 | E<br>強い運動にも参加可能               |
|      |                      |                       |                 |                   | <input type="checkbox"/> 特になし |

※『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ー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<br>【フロー⑪】<br><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> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>※(様式4)は、担当する看護師が同行受診時に持参します。</li> <li>※(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。</li> <li>・主治医に今後の連携・協力についての依頼をします。</li> </ul>                                |
| 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<br>【フロー⑫】        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・「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。</li> <li>・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。</li> </ul>                                                                                                                            |
| 3. 面談<br>【フロー⑩】<br>【フロー⑬】<br>その他必要時                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・受け入れに向けて具体的に打合せを行います。</li> <li>・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。</li> <li>・必要物品の確認も行います。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul> |

※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     |
|-----------------------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 経管栄養<br>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   |
| <input type="checkbox"/> 吸引<br>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 |
| <input type="checkbox"/> 酸素療法<br>酸素カヌラ ・ 酸素マスク      |                            |
| <input type="checkbox"/> 導尿<br>自己導尿<br>一部要介助 ・ 全面介助 | カテーテルサイズ Fr                |
| <input type="checkbox"/> 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        | <div><input type="checkbox"/>経管栄養（経鼻経管 ・ 胃ろう ・ 経ろう ）<br/><input type="checkbox"/>吸引（口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管カニューレ内 ）<br/><input type="checkbox"/>酸素療法（酸素カヌラ ・ 酸素マスク ）<br/><input type="checkbox"/>導尿（自己導尿 ・ 一部要介助 ・ 全面介助 ）<br/><input type="checkbox"/>その他（ ）</div> |
| 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 |  |
| <div>ねらいと<br/>発達の視点</div> |  |    |  |
| <div>あそび</div>            |  |    |  |
| <div>かわりを豊かにするために</div>   |  |    |  |
| <div>環境</div>             |  |    |  |
| <div>評価</div>             |  |    |  |

## 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 | <div>【現状】</div> <div>【目標】</div> |         |    |  |
| 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       | <input type="checkbox"/> 経管栄養( 経鼻経管 ・ 胃ろう ・ 腸ろう )<br><input type="checkbox"/> 吸引( 口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管カニューレ内 )<br><input type="checkbox"/> 酸素療法( 酸素カヌラ ・ 酸素マスク )<br><input type="checkbox"/> 導尿(自己導尿・一部介助・全面介助)<br><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"/> 疲労・体調不良 | <input type="checkbox"/> 他( )    |
|                | <input type="checkbox"/> 思い込み                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 情報不足       | <input type="checkbox"/> パニック・焦り | <input type="checkbox"/> 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              | <input type="checkbox"/> 経管栄養( 経鼻経管 ・ 胃ろう ・ 腸ろう )<br><input type="checkbox"/> 吸引( 口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管カニューレ )<br><input type="checkbox"/> 酸素療法( 酸素カヌラ ・ 酸素マスク )<br><input type="checkbox"/> 導尿<br><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"/> 疲労・体調不良 | <input type="checkbox"/> 他( )    |
|                       | <input type="checkbox"/> 思い込み                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 情報不足       | <input type="checkbox"/> パニック・焦り | <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有      医師の診断書: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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     | ( : )<br>( : )                     |     |
| 3. 保護者へ連絡した時間 | 年 月 日 ( ) 時 分<br>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 |
|           |       |        |     |

○年○月○日

○○保育所 施設長

○○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 ○○ ○○

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<br>・<br>女                              | 生年月日    | 入所(園)月日 | クラス年齢 |
|                      |                                                             |                                          | ・   ・   | ・   ・   | 歳児    |
| 医療的ケア<br>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<br>受診日      | <input type="checkbox"/> 定期<br><input type="checkbox"/> 定期外 | <input type="checkbox"/> 前回の受診から変更になったこと |         |         |       |
| 特記事項                 |                                                             |                                          |         |         |       |
| 巡回で相談<br>したいこと<br>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 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|---------|------|
| <input type="checkbox"/> 経管栄養<br><input type="checkbox"/> 経鼻経管<br><input type="checkbox"/> 胃ろう<br><input type="checkbox"/> 腸ろう  |          |           |         |      |
| <input type="checkbox"/> 吸引<br><input type="checkbox"/> 口腔<br><input type="checkbox"/> 鼻腔<br><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内  |          |           |         |      |
| <input type="checkbox"/> 酸素療法<br><input type="checkbox"/> 酸素カヌラ<br><input type="checkbox"/> 酸素マスク                               |          |           |         |      |
| <input type="checkbox"/> 導尿<br><input type="checkbox"/> 自己導尿<br><input type="checkbox"/> 一部要介助<br><input type="checkbox"/> 全面介助 |          |           |         |      |
| <input type="checkbox"/> 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<br>クラス |    | <input type="checkbox"/> 経管栄養<br><input type="checkbox"/> 経鼻経管<br><input type="checkbox"/> 胃ろう<br><input type="checkbox"/> 腸ろう<br><br><input type="checkbox"/> 吸引<br><input type="checkbox"/> 口腔<br><input type="checkbox"/> 鼻腔<br><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内<br><br><input type="checkbox"/> 酸素療法<br><input type="checkbox"/> 酸素カヌラ<br><input type="checkbox"/> 酸素マスク<br><br><input type="checkbox"/> 導尿<br><input type="checkbox"/> 自己導尿<br><input type="checkbox"/> 一部要介助<br><input type="checkbox"/> 全面介助<br><br><input type="checkbox"/> 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