

医療的ケア等を実施するにあたっての確認事項（2・3号児）

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

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

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

【確認項目】

- ☐在宅生活（医療）を1年以上実施していますか。（ はい・いいえ ）
（最終退院日： 年 月 日）
※1年に満たない場合は、利用ができません。
- ☐常にバイタルサインの確認（※脈拍、呼吸、体温等の生命徴候の確認）が必要でない状況ですか。（ はい・いいえ ）
※職員の見守りの中で他の児童との集団生活が可能でない場合は、利用ができません。
- ☐現在、お子さんは症状が安定しているか、回復傾向にあり、著しい症状の悪化が予見されない状況ですか。（ はい・いいえ ）
- ☐集団での生活が可能であることとして、感染症による基礎疾患の悪化や合併症の発症等のリスクについて確認させていただきます。
- ☐お子さんが、集団生活を送ることが、健康への過度な負担とならない状況であるかについて確認させていただきます。
- ☐保育所等の人員配置や設備環境等条件が整っている施設のみでの受け入れとなります。（受け入れ施設一覧あり）
- ☐医療的ケアを実施できるのは、原則、週5日（月曜日から金曜日）、時間は最長でも短時間保育の時間（8時間）とし、時間帯は、保護者と協議の上、各保育所等で決定します。

(様式1-1)

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

【あて先】相模原市長

関係機関への情報共有に同意し、上記の項目の確認を行いました。

年 月 日

保護者（自署）： _____

児童氏名： _____

住所：相模原市 _____

連絡先電話番号： _____

(様式 1 - 2)

医療的ケア等を実施するにあたっての確認事項（1号認定児、新1号、
新2号、新3号認定児及び乳児等支援給付認定児）

【あて先】 _____

幼稚園等は、集団生活の場であり、児童の安全を確保する観点から、児童の状態、集団生活への対応、医師との協力関係等を確認した上で、人員配置や設備環境等も踏まえ、安全な利用が可能であるか確認することが必要です。

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

【確認項目】

☐在宅生活（医療）を6ヶ月以上実施していますか。（ はい・いいえ ）

（最終退院日： 年 月 日）

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

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

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

☐感染症による基礎疾患の悪化や合併症の発症等のリスクは低いですか。
（ はい・いいえ ）

☐お子さんが、集団生活を送ることが、健康への過度な負担とならない状況ですか。
（ はい・いいえ ）

☐慣らし保育期間は、お子さんの状況を踏まえて施設等と協議の上設定します。

☐登園の際には児童の体調を把握し、体調が悪い場合は欠席となることをご了承ください。
又、お預かり後の体調不良等に対して、お迎えをお願いすることがあります。

☐緊急時を含め、園からご連絡をする場合があるため、必ず連絡がとれるようにしておいてください。

☐必要に応じて同行受診や面談、医療的ケアの手技指導等、主治医との適切な連携や、利用療育機関等との情報共有を行います。

☐主治医意見書や医療的ケア指示書等の作成にかかる費用は、保護者が主治医に依頼し、保護者負担となります。

☐施設の状況により、その他ご協力いただくことが判明した場合、別途協議させていただきます。

☐必要な範囲で利用施設等や関係機関への情報提供をすることがあります。また、市の他の機関が所有している個人情報について、必要に応じて共有することがあります。

年 月 日

保護者氏名：

住所：相模原市

児童氏名：

連絡先電話番号：

(様式2)

医療的ケア及び日常生活に係る調査票

記入日： 年 月 日

児童氏名			男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
診 断 名							
通 院 ・ 療 育 の 状 況		医療機関名 () 診療科 () 通院頻度 (回 /)					
		医療機関名 () 診療科 () 通院頻度 (回 /)					
		摂食外来医療機関名 () 通院頻度 (回 /)					
		療育機関名 () 通所頻度 (回 /)					
手帳等の状況		☐ 身体障害者手帳 (種 級) ☐ 療育手帳 (A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2) ☐ 精神障害者保健福祉手帳 (級)					
社会資源利用		☐ 往診 (頻度) ☐ 訪問看護 (頻度) ☐ 訪問リハ (頻度) P T O T S T ☐ その他 ()					
身長 / 体重		身長 : cm 体重 : kg (測定日 : 年 月 日)					
コミュニケーション		☐ 会話 (喃語 ・ 単語 ・ 二語文 ・ 文章) ☐ 絵カード ☐ 表情 ☐ その他 ()					
生育 歴	妊娠中	異常の有無 : あり なし ()					
	出産時	在胎週数 週 日 出生体重 g 分娩時の異常の有無 : あり なし 分娩経過 (頭位 ・ 骨盤位 ・ その他) 特記事項 () 医療機関					
	入院中の 経過	治療 : あり なし (挿管 ・ 酸素投与 ・ 経管栄養 ・ その他)					
	退院時の 状況	年 月 日					

(様式2)

内服薬		☐ 無 ☐ 有 (薬品名 内服時間) (薬品名 内服時間) (薬品名 内服時間) (薬品名 内服時間)	
臨時薬		☐ 無 ☐ 有 (薬品名 内服時間) (薬品名 内服時間)	
てんかん (発作) ☐ 無 ☐ 有		【有の場合】 ○誘発要因 () ○頻度・時間 () ○症状 () ○発作時の対応 () ○緊急搬送の判断基準 ()	
アレルギー ☐ 無 ☐ 有		【有の場合】 アレルゲン () 症状 () 対応 () アナフィラキシー反応について：あり なし	
運動機能		定額 (か月) 寝返り (か月) 座位 (か月) 独歩 (か月) 発語 (か月) その他 ()	
姿勢・移動	姿勢の 変え方	☐ 自立 ☐ 介助 (一部・全部) ※介助時の注意点 ()	
	姿勢の 保ち方	☐ 自立 ※普段使用している物品 () ☐ 介助や支えが必要 ※普段よくしている姿勢 ()	
	移動	☐ 自立 ☐ つかまり歩行 ☐ 歩行器 ☐ バギー ☐ 車椅子 (自走・介助・電動) ☐ その他	
排泄	尿	尿意	☐ 無 ☐ 有 (回/日)
		方法	☐ トイレ ☐ オムツ ☐ 導尿 (回/日) (☐ 導尿の実施 ☐ 自己導尿の補助) カテーテルサイズ (Fr) 挿入長さ (cm) ☐ その他 ()
	便	便意	☐ 無 ☐ 有 (回/日) 使用中の薬剤 ()
		方法	☐ トイレ ☐ オムツ ☐ 浣腸 (回/日) ☐ その他 ()

(様式2)

食 事	方 法 内 容	☐ 経 口	経口摂取 ☐ 可 ☐ 一部可
			誤嚥の有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明
			内 容 ☐ 普通食 ☐ きざみ食 ☐ ペースト食 ☐ その他 ()
		☐ 経管栄養	種 類 ☐ 経鼻栄養 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう
			カテーテルサイズ (Fr) 交換頻度 (1回/)
			注入内容 ()
			方法 (イリゲーター・シリンジ・その他)
	1日の注入量・回数・時間		
1回の注入量・時間			
☐ 環 境	食事の姿勢 ☐ 抱っこ ☐ 椅子 (座位保持装置・幼児用いす) ☐ その他 食事の注意事項 ()		
血糖値測定	☐ 無 ☐ 有	時 間 (時, 時, 時)	
インスリン投与	☐ 無 ☐ 有	時 間 (時, 時, 時)	
呼 吸 管 理	平常時の血中酸素飽和度 () % 救急搬送の目安 () %		
	気 管 切 開	☐ 無 ☐ 有 (年 月施行)	☐ 単純気管切開 ☐ 喉頭気管分離 ☐ その他 ()
			カニューレ製品名 () 内径 (mm)
			交換頻度 (1回/)
			トラブル ☐ 無 ☐ 有 ()
	吸 引	☐ 無 ☐ 有	回 数 (回/時間)
			部 位 ☐ 口腔内 ☐ 鼻腔内 ☐ 気管内
			カテーテルサイズ (Fr)
酸 素 吸 入	☐ 無 ☐ 有	流 量 (リットル/分) ☐ 経鼻 ☐ 気管内	
		使用場面:	

(様式2)

	薬剤の 吸 入	☐ 無 ☐ 有	使用薬液 ()
			時間 ()
その他		集団生活を送る上で配慮が必要な点 	

■ 一日の流れ (食事や水分補給、入浴、排泄、遊び、姿勢、服薬、吸引、検温等の看護など)

時 間	食事、水分補給、排泄、遊び、外出、姿勢等	吸引 服薬、検温等の処置
1 : 00		
2 : 00		
3 : 00		
4 : 00		
5 : 00		
6 : 00		
7 : 00		
8 : 00		
9 : 00		
10 : 00		
11 : 00		
12 : 00		
13 : 00		
14 : 00		
15 : 00		
16 : 00		
17 : 00		
18 : 00		
19 : 00		
20 : 00		
21 : 00		
22 : 00		
23 : 00		
24 : 00		

(様式3)

主治医意見書

【あて先】相模原市長

(ふりがな) 児童氏名		生 年 月 日	年 月 日 (歳 か月)
診断名		受診状況	☐ 受診の状況 (か月おき) ☐ 不定期
現病歴 (治療経過・症状・状態・ 治療方針 等)			
必要な医療ケア	☐ 喀痰吸引 (☐ 鼻腔内 ☐ 口腔内 ☐ 気管カニューレ内) 注意点 () ☐ 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう) 注意点 () ☐ 気管切開部の管理 注意点 () ☐ 酸素 _____ ℓ/分 注意点 () ☐ 導尿 注意点 () ☐ インスリン注射 注意点 () ☐ その他 () 注意点 ()		
保育施設での集団 生活について	本児が保育施設で集団生活をするについて ☐ 本児が集団生活をすることは望ましくない。 理由 () ☐ 本児が集団生活をすることは望ましい。 理由 ()		
保育施設での集団生 活上の配慮について	本児が集団生活を送るうえで①～⑩の項目についてご回答ください。 ① 健康状態についての配慮： ☐ 必要 ☐ 不要 ② 食事についての制限や配慮： ☐ 必要 ☐ 不要 ③ 排泄についての配慮： ☐ 必要 ☐ 不要 ④ 睡眠についての配慮： ☐ 必要 ☐ 不要 ⑤ 運動についての制限や配慮： ☐ 必要 ☐ 不要		

(様式3)

	⑥ 屋外活動についての制限や配慮： ☐ 必要 ☐ 不要 ⑦ 感覚異常： ☐ あり ☐ なし ⑧ コミュニケーション： ☐ とれる ☐ 苦手 ⑨ 言葉の遅れ： ☐ あり ☐ なし ⑩ その他特記すべき配慮： ☐ あり ☐ なし ※①～⑩について具体的な内容、またはその他配慮が必要な項目があれば、ご記入ください。
服薬状況 (処方箋添付可)	☐ 有 (内容) ☐ 無
呼吸状態 循環状態	夜間や睡眠中を含む呼吸・循環障害 ☐ 有 (内容・医療機器など：) ☐ 無
摂食・嚥下状態	【経口摂取】 ☐ 可 ☐ 一部可 ☐ 不可 【誤嚥の有無】 ☐ 有 ☐ 無 【食形態】 ☐ 普通食 ☐ きざみ食 ☐ ペースト食 ☐ その他 ()
発作の状態	【けいれん発作】 ☐ 有 ☐ 無 【発作の様子・頻度・時間】 【発作時の対応】
アレルギーの有無	☐ 有 アレルゲン () ☐ 無 症状 () 対応 ()
予想される緊急時の 状況及び対応	【状態・頻度】
	【対応】
	【緊急搬送の目安】 【搬送までの対応】
	【緊急搬送先・連絡先（電話番号）】

上記のとおり意見書とします。

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

主治医名

(自署もしくは記名押印)

保育所等の利用に関する医療的ケア等確認書

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

関係機関で必要書類の複写等を行い情報共有が行われることに同意します。

保護者氏名(自署)： _____

住所： 相模原市 _____

連絡先： _____

緊急連絡先：携帯(続柄) _____ () 携帯(続柄) _____ ()

(様式 6)

医療的ケアの提供における指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。指示期間(年 月 日～ 年 月 日)

施設名				
児童氏名		生年月日	年	月 日 歳
主たる疾患名				

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。

[illegible]

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。 児童氏名()

の 管理 □ 気 管 切 開 部	☐ 単純気管切開 ☐ 喉頭気管分離 ☐ その他() ☐ 肉芽について 有 ・ 無 ・ 検査(ヶ月毎) ・ 不定期(最終検査 年 月) カニューレの種類()内径()mm 入口から先端までの長さ()cm カニューレ抜去時や、気管切開部・気管内出血への対応など []
ろ う 部 の 管理 □ 胃 ろう ・ 腸	チューブの種類() サイズ()Fr. ()cm 挿入 バルーンの水の量()ml Yガーゼ 有 ・ 無 チューブ抜去時の対応など []
□ 導 尿	実施時間 (:) (:) (:) (:) (:) カテーテルの種類 () サイズ()Fr. 尿道に挿入する長さ()cm 用手圧迫 (可 ・ 不可) 注意点など []
薬 液 吸 入 □ 定 時 の	吸入時間 (:) (:) 吸入薬内容／量 (/) (/) 注意点など []
□ 酸 素 管 理	酸素流量()L／分 使用場面 [] SP02()%以下の場合 [] 注意点など []
測 定 等 □ 血 糖 値	測定時間 (:) (:) 対処方法 詳細は別紙に記載のこと
□ 発 作 時 の 対 応	誘発要因 [] 頻度・時間 [] 症状 [] 発作時の対応 [] 緊急搬送の判断基準 []
ギ ー 対 応 □ ア レ ル	☐ 保育所等における食物アレルギー疾患生活管理表に則る ☐ その他留意事項 []
☐ その他 別紙あり	

施設長殿

年 月 日

医療機関名_____

所在地 _____

電話番号_____

主治医名（自署もしくは記名、押印）

(様式 7)

食事の提供における指示書

食事の介助について、下記のとおり指示いたします。

指示期間(入所日から

年

月

日まで)

施設名				
児童氏名		生年月日	年	月 日 歳
主たる疾患名				

＜施設での食事の摂取について＞

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

※該当の指示内容に☑(チェック)・必要事項を記入してください。

- 1 児童の状況について伺います。

日常的に介助をしている保護者以外が介助をしても、誤嚥なく安全に経口摂取ができますか。

- ☐ 誤嚥はない ☐ 誤嚥はある

- 2 誤嚥はない場合、集団保育の場で保育士による児童への経口摂取介助を行ってもよろしいでしょうか。

- ☐ はい ☐ いいえ いいえの場合

理由

- 3 実施してよい場合、具体的な方法をご指示願います。

食事摂取の実施方法

- ①姿 勢：角度（ 度程度）

- ☐ 座位保持椅子（ ）
- ☐ 園で共通で使用している園児用の椅子

- ②食事の形態： ☐ペースト食 ☒配慮すること

一口の量の目安

一回の食事量の目安

食具の種類はどのようなものがよいか

- ☐
- その他

- ③食事摂取を行う時間：（ ）分以内 ＊園での標準的な食事時間は 30 分程度

☐ 園で共通で使っている園児用の椅子

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

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

中止基準

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

5 その他、注意が必要なことがあればご記載ください。

医療機関名

所在地

電話番号

主治医名（自署もしくは記名、押印）

(様式 8)

医療的ケアに関する主治医意見書（中止）

【あて先】施設長殿

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

上記のとおり意見書とします。

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

主治医名 (自署もしくは記名、押印)