

認定こども園における
医療的ケア実施ガイドライン



令和8年4月
京丹波町

目次

第1	基本的事項	1
1	ガイドラインの趣旨・目的	
2	受入れの要件	
3	医療的ケアの内容	
4	対象児童	
5	受入可能日及び時間	
第2	医療的ケア児の入園までの手続き	2
1	保護者からの相談	
2	主治医意見書の提出・面談	
3	医療的ケア実施等検討会議の開催	
4	医療的ケア実施可否についての結果通知	
5	医療的ケア実施申込・入園申込	
6	利用調整・体制整備・看護師確保	
7	医療的ケア実施承認通知・こども園利用決定通知	
8	こども園での面談・関係書類の提出	
9	主治医との面談及び手技確認	
10	必要物品・施設の準備とその他の確認等	
11	こども園利用開始	
12	医療的ケア児・保護者等に対するフォローアップ	
第3	こども園での受入れについて	6
1	教育・保育方針に基づく医療的ケア児への対応	
2	医療的ケアの実施者について	
3	医療的ケアの安全実施体制	
4	安全管理	
5	職員の研修	
6	感染症対策	
第4	医療的ケア児の入園後の保育継続・変更・終了について	9
1	医療的ケアの継続について	
2	医療的ケア実施の内容変更又は終了について	
第5	保護者の了承事項について	10
1	教育・保育利用について	
2	医療的ケアについて	
3	ならし保育	
4	体調管理及び保育の利用中止等	
5	緊急時及び災害時の対応等	
6	退園等	
7	情報の共有等	
8	その他	
	【参考】様式1～15	13

第1 基本的事項

1 ガイドラインの趣旨・目的

本ガイドラインは、医療的ケア児をこども園で受け入れるにあたり、必要となる基本的な事項や留意事項等を示すことにより、京丹波町立認定こども園での医療的ケア児の円滑な受入れが図れることを目的としています。受入れの要件・対応手順等を定めておくことで、保護者・こども園職員をはじめ関係者が互いに共通認識のもとで、集団保育をすすめていくことができます。また、集団保育が可能な医療的ケア児に対し、他の園児との関わりの中で、安全を確保しながら、教育・保育（以下「保育」という。）と医療的ケアを提供することを目的として、本ガイドラインを活用します。

【用語の定義】

- (1) 医療的ケア…医療的ケアとは治療を目的としたものでなく、自宅で家族等が日常的に行う、医療的生活援助行為。同じ内容でも医師や看護師などが行う「医療行為」とは区別される。
- (2) 医療的ケア児…医療的ケア児とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（以下「医療的ケア児」または「児童」という）。

2 受入れの要件

医療的ケア児の受入れには、次のすべての要件を満たしている必要があることとする。

- (1) 保護者の就労等の理由により、こども園で保育を行うことが必要であると認められること。
- (2) こども園における集団保育を実施することが適切であると認められること。
- (3) こども園における受入れ体制が整えられていること。
- (4) 保護者が「医療的ケア児の教育・保育に関する同意書」の内容に全て同意できること。

3 医療的ケアの内容

- (1) 吸引
- (2) 経管栄養（経鼻・胃ろう）
- (3) 導尿
- (4) 酸素吸入
- (5) 薬液の注入・吸入
- (6) その他

上記項目を基本とし、その他の医療的ケアは医療的ケア実施等検討会議（以下「検討会議」という。）において実施可能と判断された場合実施する。医療的ケアの内容は上記に当てはまっても、医療的ケア児の状況を総合的に勘案し、関係機関と検討の結果、実施できないと判断する場合もある。

4 対象児童

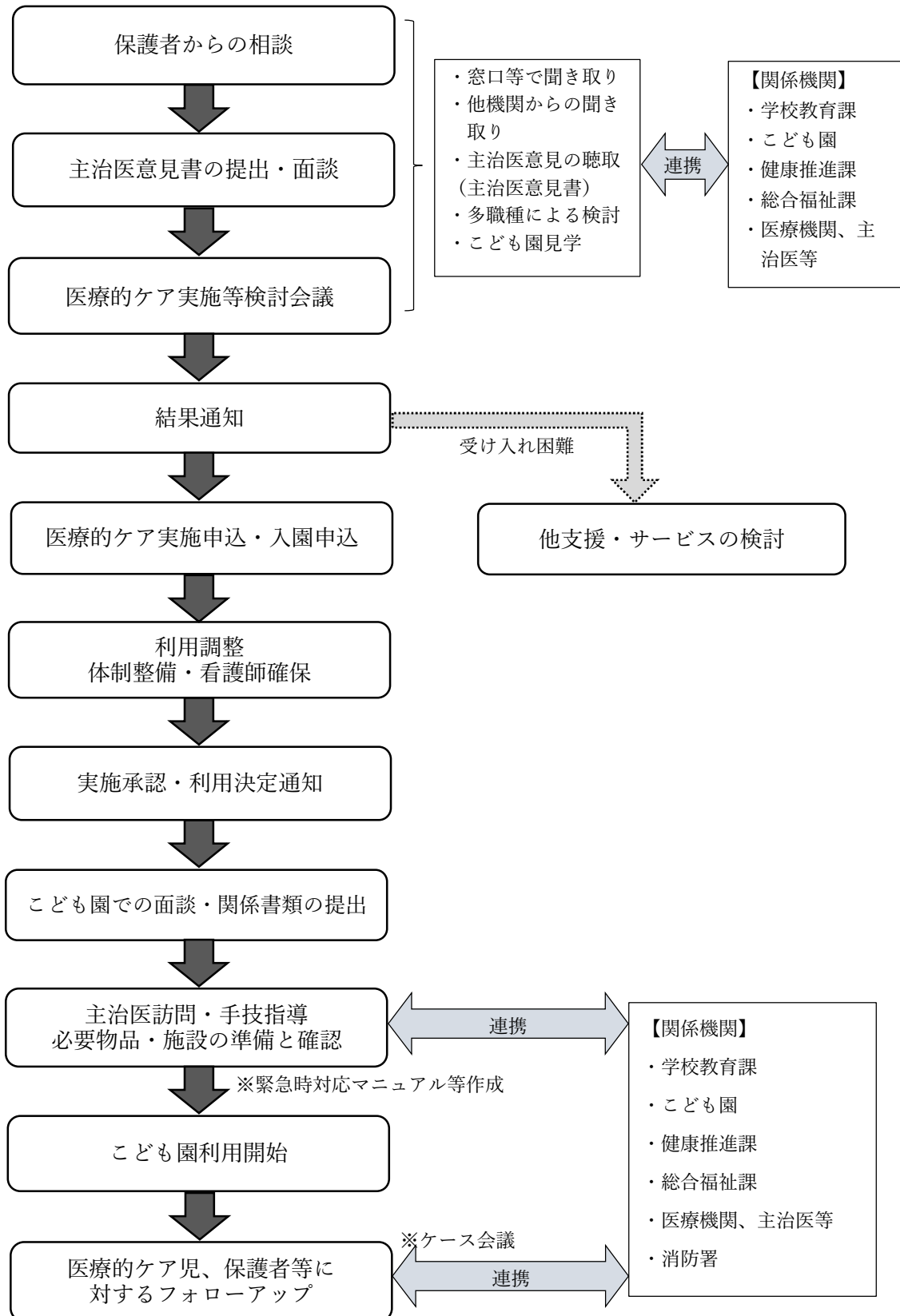
町長が、集団保育が可能と認めた医療的ケア児

5 受入可能日及び時間

月曜日から金曜日（祝日を除く）の午前8時30分から午後4時30分の範囲内で、こども園の状況を踏まえ決定する。

第2 医療的ケア児の入園までの手続き

医療的ケア児の入園までの手続きは、次のとおりとする。



1 保護者からの相談

- (1) 本ガイドラインに基づいて、医療的ケア児の受入れに関する基本的事項、手続きの流れ等について説明を行う。
- (2) 保護者は、「こども園における医療的ケアの実施に係る相談票」(様式1)及び「医療的ケアに係る事前調査票」(様式2)を作成する。また、保護者は「医療的ケアに係る主治医意見書」(様式3)の作成を対象児童の主治医に依頼する。

なお、「医療的ケアに係る主治医意見書」(様式3)の作成に係る費用は、保護者の負担とする。

2 主治医意見書の提出・面談

保護者から「医療的ケアに係る主治医意見書」(様式3)の提出を受け、学校教育課は、健康推進課保健師と共に、児童の発育等について聞き取りを行い、「医療的ケア児に係る面談記録票」(様式4)を作成する。

3 医療的ケア実施等検討会議の開催

学校教育課は、面談実施後、検討会議を開催する。検討会議の構成は、こども園・健康推進課保健師・総合福祉課・学校教育課、必要に応じて主治医・療育機関等とする。

検討会議では、主治医の意見書及び面談記録票等をもとに、対象児童に対して集団保育を実施することが適当であるか、次の基準によって審査する。

- ア 対象児童の主治医が、集団保育が可能であると認めているもの。
- イ 疾患はあるが、入院して治療する必要がなく容体も安定しているもの。
- ウ 医療的ケアが日常生活の一部として定着しているもの。
- エ 日常的に他児から隔離した場で保育が必要でないもの。
- オ 看護師による付きっきりの看護が必要でないもの。
- カ 状態の変化により、集団生活に著しく影響があると判断されることがないもの。

4 医療的ケア実施可否についての結果通知

学校教育課は、対象児童の集団保育の可否について、「医療的ケア実施等検討会議結果通知書」(様式5)によって保護者に通知する(医療的ケアの実施が可能であることを通知するものであり、こども園への入園決定を通知するものではない)。医療的ケア実施可となった場合、併せて、入園及び医療的ケアの実施申込に必要となる書類を案内する。

医療的ケア実施不可となった場合、他機関サービス利用等の検討については、関係機関へ情報共有を行い連携する。また、児童の健康状態等の変化により再検討する必要がある場合は、再度保護者から相談を受け、当初からの手順に従って手続きを進める。

5 医療的ケア実施申込・入園申込

医療的ケアの実施が可能と判断された場合、保護者は、主治医指示書を含む「医療的ケア実施申込書」（実施要綱様式第1号）及び入園申請書類（「教育・保育給付認定申請書」・「こども園入園申込書」等）を学校教育課に提出する。

6 利用調整・体制整備・看護師確保

学校教育課は、提出された入園申請書類の内容に不備等がなければ利用調整を行い、看護師を確保、受け入れ体制を整備する。

7 医療的ケア実施承認通知・こども園利用決定通知

学校教育課は、本ガイドラインに基づいて審査・決定した児童の医療的ケア実施の可否について、「医療的ケアの実施承認（不承認）通知書」（実施要綱様式第3号）により保護者に通知する。

また、承認となった場合には、併せて「入園承諾書」等を保護者に送付し、医療的ケアに係る保護者の了承事項等について説明する。

8 こども園での面談・関係書類の提出

こども園は、入園に係る保護者面談を実施する。保護者は、入園までに「医療的ケア児の教育・保育に関する同意書」（様式6）、「災害時個別対応書」（様式7）等をこども園に提出する。

9 主治医との面談及び手技確認

こども園、学校教育課、健康推進課等関係機関は、医療的ケアの実施にあたって、主治医からの指示書等を十分に確認するとともに、保護者の承諾のもとで児童の受診に同行する等により、保育開始に向けて情報を収集する。その他、必要に応じて「医療的ケア主治医指示書」（実施要綱様式第2号）の内容確認や緊急時の対応等の指導助言を受けるため、主治医との面談を行う。また、保護者から日ごろの児童の様子、生活の状況、医療的ケアの手技について、必要に応じて確認する。

10 必要物品・施設の準備とその他の確認等

- (1) こども園は、「医療的ケア実施計画書」（様式8）を作成、保護者に説明、同意を得た後、写しを保護者に交付する。また、こども園は「医療的ケア手技手順表・確認表」（様式9）を作成する。
- (2) 保護者は、こども園が作成した個別マニュアル（緊急時の対応方法を含む）について確認し、こども園は、必要に応じて主治医に助言を求める。
- (3) こども園と保護者で医療的ケアの実施に必要な機器や消耗品等の準備、物品の持ち込

み、持ち帰りのタイミングなどの詳細について打ち合わせを実施し、こども園は「預かり品リスト」（様式 10）を作成、保護者は「医療機器等預かり同意書」（様式 11）を提出する。

11 こども園利用開始

入園決定日以降、児童が新しい環境に慣れると共に担当看護師が医療的ケアに習熟するまではならし期間とし、必要に応じて保護者の同行を求めて医療的ケアの実施方法等について相互に確認し、保護者不在でもこども園において医療的ケアが実施可能となった時点で通常の利用とする。

なお、入園後も状態の変化や必要な医療的ケア内容の変更等により、再度保護者の付き添いを求める場合がある。

12 医療的ケア児・保護者等に対するフォローアップ

こども園は、安全かつ適正な医療的ケアの実施体制を整備するための事項を検討する場及び情報交換の場として、必要に応じて保健、医療、福祉等の関係者によるケース会議を開催する。

また、保護者から医療的ケアの実施内容等について相談があった場合は、必要に応じて主治医に確認、連携を取りながら医療的ケアの実施を行う。

保護者の希望する就学先に合わせて、こども園は、保護者に対して情報の提供や共有を行い、必要に応じて関係機関と調整、連携を行う。

第3 こども園での受入れについて

1 教育・保育方針に基づく医療的ケア児への対応

- (1) 児童の障害及び疾病の状況、医療的ケアの実施状況、生活状況を把握する。
- (2) 医療的ケアを安全に実施し、快適で健康に過ごせるように保育の環境を構成する。
- (3) 児童の発達の状況を把握し、発達過程と個人差に配慮して集団保育を行う。
- (4) 児童に適切な生活や遊びを提供する。
- (5) 登降園時の保護者との引き継ぎや定期的な個人面談等により、児童の保護者の気持ちを受けとめて、保護者を支援するよう努める。また、必要があれば相談機関等と連携する。

2 医療的ケアの実施者について

保育中の医療的ケアは、基本的に看護師が行うものとする。

3 医療的ケアの安全実施体制

(1) 医療的ケア実施関係者の役割

こども園において医療的ケア児を受け入れるにあたっては、保護者、主治医、園医、こども園、学校教育課、健康推進課、総合福祉課等関係機関が緊密に連携・協働する。また、実施こども園においては、医療的ケアの内容及び教育・保育の方法について、園長を中心に看護師、保育教諭等が各専門性を十分に意識して関わるとともに、ケアの方法やタイミング、必要な器具と扱い方の概要、緊急時の対応方法等の情報について共有しておく。

ア 実施こども園

(ア) 園長（医療的ケアの総括管理）

保護者や主治医、園医、関係機関との連絡窓口であり、園内で安全に医療的ケアが出来るよう職員体制を組織する。

(イ) 担当看護師（医療的ケア直接実施）

保護者、保育教諭と連携して児童の健康状態を把握する。主治医指示書に基づき、「医療的ケア実施計画書」（様式8）を作成し、保護者の理解及び同意のもと、保育教諭と相互に協力し、安全に医療的ケアを実施する。また、「医療的ケア実施記録」（様式12）を作成し、医療的ケアの実施状況と健康状態について保護者に報告する。

(ウ) 保育教諭（医療的ケア児の保育及び医療行為以外の担当看護師業務補佐）

看護師及び保護者と連携し、日々の児童の健康状態を把握した上で保育を行い、園での生活状況を保護者に報告する。また、医療的ケア実施の際、医療行為に該当しない範囲において、看護師の業務を補佐する。

(エ) 園医（健康診断及び助言）

医療的ケア児の個別の状況を十分に踏まえて、健康診断や医療的ケアの内容について十分に情報共有することが求められる。

(オ) 保護者

保護者は主治医、こども園（看護師含む）とのやり取りを行い、連携関係を構築する。
また、家庭生活での健康状態について、登降園時や連絡帳等を使用し伝達する。

イ 主治医・関連医療機関

主治医には、入園前には集団生活の可否等に係る主治医意見書、入園決定後は指示書、年度途中での指示変更時に指示書の再作成依頼を行うとともに、園からの問い合わせに応じた随時追加指示（「主治医指示書追加指示一覧」（様式 13）※こども園記入。）などの協力依頼をする。また、必要に応じて医療的ケア実施手順の具体的指導や緊急時対応への指示など協力を依頼する。

また、主治医とは別に普段かかっている医療機関がある場合、児童の状態によって随時問い合わせや緊急時の対応等について確認や協力依頼をすることがある。

ウ 学校教育課

学校教育課は、医療的ケアが安全かつ適切に実施されるために実施園からの相談に対応し、各連携機関と協力、フォローアップ体制を確保する。また、定期的に医療的ケア児の経過報告を受け、適切に医療的ケアが行われていることを確認する。

(2) 衛生管理

こども園は、医療的ケアの実施場所について、清潔が保てるよう環境の整備を行う。また、児童が使用する医療的ケアの物品・備品等については、保護者と申し合わせを行い、衛生的に保管・管理する。

(3) 医療機器及び物品管理

保護者は、医療的ケアに必要となる物品をこども園へ提供する。その際、こども園は「預かり品リスト」（様式 10）を作成、保護者は「医療機器等預かり同意書」（様式 11）を提出し、物品の管理を行う。なお、使用後の物品等については、家庭に持ち帰る。

(4) 文書管理

医療的ケアの実施に際して作成及び提出を受けた書類については、対象の医療的ケア児がこども園に在籍している間は保管し、離籍後も 5 年間は保管するとともに保護者がその提示を求めた場合は速やかに提示する。

(5) その他

① 医療的ケアの実施については、他児との接触によって危険が生じるなどの懸念がある場合には、普段の保育室とは別の場所で実施する。特に行事などへの参加については、安全管理も含めた十分な検討を行い、必要に応じて主治医等の医療機関に確認するなどし、保護者の意向も踏まえて決定する。

② こども園は、他の子どもが誤って経管栄養のチューブや気管カニューレを抜去してしま

う等、事故のリスクを低減するよう、理解が可能な園児を対象として、医療的ケアの必要性や器具の扱い等について、理解を促す説明を行う。また、医療的ケア児の保護者から同意が得られる場合は、クラスに医療的ケア児等が在籍していることについて、他の保護者に説明し、ともに保育を行うことに対して理解を得られるように努める。

4 安全管理

(1) 緊急時の対応

- ① こども園は、医療的ケア児の健康状態に異常が認められた場合や怪我をした場合等、こども園で定めている危機管理マニュアルに沿って対応する。
- ② こども園は、緊急時の対応については事前に保護者に十分に説明し、同意を得ておく。
- ③ 体調急変等の緊急時に際しては、発見者等からの連絡を受けた園長の指示のもと児童の状況を保護者に連絡し、必要時救急車にて搬送する。保護者が間に合わない場合は、職員が同行し、保護者は病院に直行する。また、京都中部広域消防組合と連携し、対応方法の共有をしておく。
- ④ 保護者は、児童の体調が悪化した等の理由により、こども園が保育の継続が困難と判断した場合、利用時間の途中であっても保護者等が児童の引き取りをする。

(2) 災害時の対応

基本的には、こども園で整備している危機管理マニュアルに沿って対応する。また、長時間こども園で過ごさなければならないことを想定し、緊急時の医療機関（災害医療機関）を把握し、対応を事前に保護者と確認しておく。特に、次の事項について留意し、平時から備えておくことが必要である。

- ① 医療的ケア児の状態等を考慮した、避難時に必要な配慮（避難時の職員による介助、避難場所や避難経路等に関する配慮）
- ② 職員による医療的ケアの実施に必要な機器や物品の持ち出し（すべての職員が持ち出しに対応できるよう、予め、持ち出す必要がある機器や物品をリストアップし、物品名だけでなく、写真の掲載や使用方法等について、一覧化しておく。）
- ③ 停電や断水を想定し、電気や水が使用できない状況下での対応（ポータブル電源等、医療的ケアに必要な機材の電源や飲料水の確保）

5 職員の研修

児童の発達過程や疾病の状況を踏まえ、安全かつ適切に医療的ケアを提供するために、医療的ケア児についての必要な知識や技術を身につけられるよう、研修等の機会確保に努める。

6 感染症対策

感染症対策については、こども家庭庁の「保育所における感染症対策ガイドライン」に準じた感染症対策を行う。

第4 医療的ケア児の入園後の保育継続・変更・終了について

1 医療的ケアの継続について

- (1) 医療的ケアを実施する期間は、実施年度末までとする。医療的ケアの継続にあたっては、保護者に「医療的ケア実施申込書」（実施要綱様式第1号）及び「医療的ケア主治医指示書」（実施要綱様式第2号）の3月上旬までの提出を求め、必要に応じて学校教育課は検討会議に意見を求める。
- (2) 継続審査の結果、継続して保育を実施することが適当と認められた場合、「医療的ケアの実施承認（不承認）通知書」（実施要綱様式第3号）により保護者へ通知することとする。

2 医療的ケア実施の内容変更又は終了について

- (1) 年度単位の継続審査までの間において、医療的ケアの内容に変更がある場合、保護者は改めて「医療的ケア実施申込書」（実施要綱様式第1号）及び「医療的ケア主治医指示書」（実施要綱様式第2号）を提出する。
- (2) 学校教育課は、こども園における集団保育の継続実施について、必要に応じて検討会議に意見を求める。
- (3) 内容変更後の医療的ケアの実施及び集団保育の継続が適当であると判断された場合、担当看護師は手技の確認を行い、「医療的ケア実施計画書」（様式8）及び「医療的ケア手技手順表・確認表」（様式9）を作成する。学校教育課は、保護者に対して「医療的ケアの実施承認（不承認）通知書」（実施要綱様式第3号）により通知する。内容変更後の医療的ケアの実施又は集団保育の継続が適当でないとは判断された場合は、原則として退園となる。その場合、関係機関と連携し、その児童に適した施設や機関への利用を調整するように努める。
- (4) 医療的ケアが必要なくなった場合や年度途中で退園する場合、保護者は「医療的ケア終了届」（様式15）を学校教育課に提出する。

第5 保護者の了承事項について

1 教育・保育利用について

- (1) 教育・保育の利用日及び利用時間は、月曜日から金曜日（祝日を除く）の原則午前8時30分～午後4時30分の範囲内において、保護者が保育を必要とする時間とし、医療的ケア児の状況、こども園の状況等を踏まえ、こども園と保護者の同意の上、決定すること。
- (2) 保護者は、翌年度の医療的ケアの実施について、3月上旬までに「医療的ケア実施申込書」及び添付書類の「医療的ケア主治医指示書」を学校教育課に提出し、医療的ケアの実施についての継続審査を受けること。
- (3) やむを得ない事情により受入れこども園において保育体制が整わない場合は、家庭保育をお願いする場合があること。
- (4) 医療的ケアの提供時間は、原則看護師が常駐する範囲内とすること。

2 医療的ケアについて

- (1) 町が発行する「医療的ケア実施承認通知書」に記載された決定内容に従って、担当看護師による医療的ケアを実施する。また、主治医の「医療的ケア主治医指示書」や緊急時対応等に関する指導・助言が必要な場合に、こども園及び関係機関の担当者等が受診に同行し、主治医との相談を行う場合があること。
- (2) 医療的ケア児の安全を確保するため、看護師が医療的ケアの習得を図るまでの間等、必要に応じて保護者に付き添いの協力を得る場合があること。
- (3) こども園では、関係法令及び主治医の指示書等に基づいて、医療的ケア及び緊急時の対応を行うこと。また、看護師の不在等により、こども園での医療的ケアが実施できない場合があること。
- (4) 保護者は、児童の医療的ケアの内容に変更があった場合には、その内容を速やかにこども園の園長へ報告するとともに、「医療的ケア実施申込書」及び添付資料として「医療的ケア主治医指示書」その他必要な書類を提出すること。
- (5) こども園が医療的ケアを実施するにあたり必要な文書等の発行に伴い発生する費用等、医療的ケアの実施手続に要する経費について、保護者の負担となること。
- (6) 保護者において、医療的ケアの実施に必要な医療機器、医療用具、医薬品及び消耗品等を不足なく準備、点検及び整備し、こども園の園長に預託すること。使用後の物品は、保護者が持ち帰ること。

3 ならし保育

児童が新しい環境に慣れるとともに医療的ケアを安全に実施するために、必要に応じて保護者付き添いのもと登園し、保育に参加すること。期間及び保育時間については、こども園と相談の上、定めること。児童の様子や状態によっては、この間の保育時間の短縮や期間が延長・

短縮される場合があること。また、ならし保育期間終了後も状態の変化や必要な医療的ケア内容の変更等により、再度保護者の付き添いを求める場合があること。

4 体調管理及び保育の利用中止等

- (1) やむを得ない事情により医療行為を行う看護師等が勤務できない場合や、保育中の医療的ケア実施の体制が取れない場合には、保育の利用ができないことがあること。
- (2) 登園前に健康観察をすること。顔色、動作、食欲、体温等がいつもと違い、体調が悪い時には、保育の利用を控えること。
- (3) 登園後に、発熱、下痢、嘔吐、痙攣重責等の体調不良が発現した場合や、発熱がなくても感染の疑いがある場合は、保護者等に連絡するため、必ず連絡が取れるようにすること。また、体調不良により保育の継続が困難と判断した場合には、利用時間の途中でであっても保育の利用を中止し、保護者等による児童の引き取りをお願いすること。
- (4) 集団保育の場では、感染症にかかるリスクが高くなることも予想されるため、園内で感染症が一定数以上発症した場合には、こども園からの情報により、保護者が保育を利用するかどうか判断すること。また、こども園の判断で保育の利用を控えてもらう場合があること。

5 緊急時及び災害時の対応等

- (1) 緊急時には、こども園で整備している危機管理マニュアルに沿って対応すること。
- (2) 児童の症状に急変が生じ緊急事態とこども園が判断した場合、その他必要な場合には、医療機関等に連絡を行い、必要な措置を講じること。同時に児童の保護者等に連絡を行うこと。また、保護者等へ連絡する前に児童を医療機関等に搬送し、受診または治療が行われることがあること。なお、それに伴い生じた費用は保護者等の負担となること。
- (3) こども園において栄養チューブ等が抜けた場合の対応については、「医療的ケア主治医指示書」及び危機管理マニュアルに沿って対応すること。
- (4) 災害時対策として、万が一災害時に保護者等が迎えに来られないことがある可能性を想定し、非常食や医薬品、医療材料の備蓄、医療機器バッテリーの確保に関して、保護者はこども園や主治医と確認しておくこと。

6 退園等

- (1) 児童の病態の変化等により、町が規定する医療的ケアの範囲を超える医療的ケアが必要になった場合は原則として退園となること。
- (2) こども園の人員、施設又は設備の状況により、当該こども園での児童の受入ができなくなる場合があること。
- (3) 保護者は、医療的ケアが必要なくなった場合や年度途中で退園する場合、「医療的ケア終了届」(様式 15) を提出すること。

7 情報の共有等

- (1) 医療的ケア児に対して安心安全な保育を提供するために、保護者から提出された申請内容等について関係機関と共有すること。また、必要に応じて、保護者同意の上、専門機関等に意見を求め共有すること。
- (2) 緊急時の対応のために、必要に応じて関係機関及び京都中部広域消防組合に情報提供すること。
- (3) 主治医他医療機関を受診したときは、「主治医受診結果連絡票」(様式 14) をこども園に提出すること。
- (4) 医療的ケアが必要な児童の状況について、集団保育を実施する上で必要なことは、他の園児の保護者との間で共有する場合があること。
- (5) 就学については、医療的ケアが必要な児童の状況について、専門機関や関係機関と連携、共有すること。

8 その他

上記 1～7 のほか、必要に応じこども園との間で取り決めた事項を遵守すること。

【参考】様式 1～様式 15（必要に応じて加工可）

様式 1	「こども園における医療的ケアの実施に係る相談票」	【保護者→町】
様式 2	「医療的ケアに係る事前調査票」	【保護者→町】
様式 3	「医療的ケアに係る主治医意見書」	【主治医→保護者→町】
様式 4	「医療的ケア児に係る面談記録票」	【町】
様式 5	「医療的ケア実施等検討会議結果通知書」	【町→保護者】
様式 6	「医療的ケア児の教育・保育に関する同意書」	【保護者→こども園】
様式 7	「災害時個別対応書」	【保護者→こども園】
様式 8	「医療的ケア実施計画書」（※保護者の同意を得た後、写し保護者）	【こども園】
様式 9	「医療的ケア手技手順表・確認表」	【こども園】
様式 10	「預かり品リスト」	【こども園】
様式 11	「医療機器等預かり同意書」	【保護者↔こども園】
様式 12	「医療的ケア実施記録」	【こども園】
様式 13	「主治医指示書追加指示一覧」	【こども園】
様式 14	「主治医受診結果連絡票」	【保護者→こども園】
様式 15	「医療的ケア終了届」	【保護者→町】

様式1

こども園における医療的ケアの実施に係る相談票

1 児童について

児 童 氏 名		性 別	
生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
住 所	京丹波町		
電 話 番 号			
そ の 他	※状況詳細については、「医療的ケアに係る事前調査票」のとおり		

2 必要とする医療的ケア

医療的ケアの内容		こども園で実施を希望する回数・時間等
吸 引	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内吸引	
経 管 栄 養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 留置以外	
導 尿	<input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 自己導尿自立 へ向けての指導・管理	
酸 素 吸 入	<input type="checkbox"/> 酸素ポンベの交換 <input type="checkbox"/> 吸入機器の装着	
薬液の注入・吸入 ()		
その他 ()		

上記の医療的ケアについて、こども園での実施を希望します。

また、受入れの検討を行う際、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。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

医療的ケアに係る事前調査票

(あて先) 京丹波町長 様	年 月 日
記入の際は、別紙の記入例を御参照ください。	保護者氏名

医療的ケアの実施に係る相談票とあわせて、対象児童の医療的ケアに係る事前調査票を提出します。	
児 童 名	ふりがな 生年 月 日
通院・療育の状況 (往診・かかりつけ医含む)	医療機関 () 診療科 () 通院頻度 (回 /)
	医療機関 () 診療科 () 通院頻度 (回 /)
	医療機関 () 診療科 () 通院頻度 (回 /)
	訪問看護 () 利用頻度 (回 / ・)
	療育・リハビリ () 通所頻度 (回 / ・)
	療育・リハビリ () 通所頻度 (回 / ・)
	その他 ()
手帳等の取得状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級 / 障害名 :) <input type="checkbox"/> 知的障害者手帳 (療育手帳) (A・B) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 (級) <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費助成
出産時の状況	妊娠期間 (週 日)
	身長 () cm 体重 () g
既往歴/手術歴	
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	<input type="checkbox"/> 会話 (単語 ・ 二語文 ・ 文章) <input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> 表情
服薬状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※ 保育時間外含め、服薬がある場合は、処方箋等を併せて御提出ください。 (薬品名: 時間:)
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度: 回 / 対応等:)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (品目: 対応等:)
運動機能	定頸 (か月) 寝返り (か月) 座位 (か月) 這行 (か月)
姿勢・移動	姿勢の変え方 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (一部・全部) ※介助時の注意点 ()
	姿勢の保ち方 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助や支えが必要 ※普段使用している物品 () ※普段よくしている姿勢 ()
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助・電動) <input type="checkbox"/> その他 ()

(裏面へ続く)

排泄	尿意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ (<input type="checkbox"/> 回/日) <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 回/日) <input type="checkbox"/> 導尿 (<input type="checkbox"/> 回/日・時間:) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ (<input type="checkbox"/> 回/日) <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 回/日) <input type="checkbox"/> 浣腸 (<input type="checkbox"/> 回/日) 使用中の薬剤・量 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
食事	<input type="checkbox"/> 経口	状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他	
		内容	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう 製品名 () カテーテルサイズ (Fr) 注入内容 () 注入量・回数 () 交換頻度 (1回/) 交換者 () トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	種類	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう 製品名 () カテーテルサイズ (Fr) 注入内容 () 注入量・回数 () 交換頻度 (1回/) 交換者 () トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
		製品名	() カテーテルサイズ (Fr)	
		注入内容	() 注入量・回数 ()	
<input type="checkbox"/> I V H	薬剤名 () 実施時間 ()			
血糖管理	血糖測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(SMBG ・ CGM ・ FGM) (時間:)	
	インスリン投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(注射 ・ ポンプ) (時間:) (薬品名 ・ 量 :)	
	変動時の対応	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(高血糖時:) (低血糖時:)	
呼吸管理	酸素飽和度	平常時 SpO ₂ () %	測定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (常時 ・ 定時:)	
		SpO ₂ 低下時の対応 () % 以下で ()		
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	カニューレ製品名 ()	サイズ ()	
		交換頻度 (1回/)	交換者 ()	
		トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	回数 ()	回/時間	
		部位	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内	
		カテーテルサイズ (Fr)		
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	流量 ()	リットル/分	<input type="checkbox"/> 経鼻/マスク <input type="checkbox"/> 気管内
		種類	<input type="checkbox"/> 気管切開下 <input type="checkbox"/> 非侵襲的 (<input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> マスク)	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	メーカー・機種 ()	業者名 ()		
	モード: ()			
	換気回数 (f) : ()	酸素濃度 (FiO ₂) : ()		
	離脱 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 (分程度)			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬剤の吸入	薬液名 ()		
その他	集団生活を送る上で配慮が必要な点			

記入例

医療的ケアに係る事前調査票

(あて先) 京丹波町長	令和 X 年 XX 月 XX 日
記入の際は、別紙の記入例を御参照ください。	保護者氏名 ○○ ○○○

京丹波町医療的ケアを必要とする児童に係る保育実施要綱第4条の規定による医療的ケアの実施申込にあたって、対象児童の医療的ケアに係る事前調査票を提出します。	
児 童 名	ふりがな ●●● ●● ○○ ○○
	生年 令和 X 年 月日 X 月 X 日
通院・療育の状況 (往診・かかりつけ医含む)	医療機関 (○○△△病院) 診療科 (小児科・小児外科) 通院頻度 (1回/月・●曜)
	医療機関 (△△□□病院) 診療科 (在宅診療) 通院頻度 (1回/週・●曜)
	医療機関 (□□××クリニック) 診療科 (小児科・内科) 通院頻度 (感冒時、予防接種など)
	訪問看護 (×○訪問看護ステーション) 利用頻度 (2回/週・●曜:体調確認、●曜:ST)
	療育・リハビリ (児童発達支援○○△△) 通所頻度 (2回/月・●曜)
	療育・リハビリ (△△□□医療センター) 通所頻度 (1回/月・●曜)
	その他 (□□××訪問看護ステーション、1回/週・●曜)
手帳等の取得状況	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (3級/障害名: 肢体不自由、●●障害) <input checked="" type="checkbox"/> 知的障害者手帳 (療育手帳) (A・) ←更新中 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) <input checked="" type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 ←申請予定 (級) <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費助成
出産時の状況	妊娠期間 (●●週 ●日) ※ 申請中のものも含め、記載をお願いいたします。 身長 (●●.●) cm 体重 (●.●●●)
既往歴/手術歴	※ 感染症含む既往、入院、手術歴など記載をお願いします。
身長/体重	身長 ●●.● cm 体重 ●.● kg (測定日: 令和 X 年 XX 月 XX 日)
コミュニケーション	<input checked="" type="checkbox"/> 会話 (単語 二語文 文章) <input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> 表情
服薬状況	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ※ 保育時間外含め、服薬がある場合は、処方箋等を併せて御提出ください。(薬品名: ①●●●● ②●●●● 時間: ①昼食後 ②必要時 ※保育時間外は別紙参照。)
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (頻度: 1回/年 対応等: 意見書のとおり)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (品目: 乳 対応等: 完全除去、症状発現時と薬)
運動機能	定頸 (3か月) 寝返り (6か月) 座位 (7か月) 這行 (10か月)
姿勢・移動	姿勢の 変え方 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (一部・全部) ※介助時の注意点 ()
	姿勢の 保ち方 <input type="checkbox"/> 自立 ※ 装具など使用しているものがあれば、記載してください↓ <input checked="" type="checkbox"/> 介助や支えが必要 ※普段使用している物品 (座位保持椅子) ※普段よくしている姿勢 ()
	移 動 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助・電動) <input type="checkbox"/> その他 ()

排泄	尿意	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ (回/日) <input checked="" type="checkbox"/> オムツ (5 回/日) <input type="checkbox"/> 導尿 (回/日・時間:) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (腎ろう管理)
	便意	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ (回/日) <input checked="" type="checkbox"/> オムツ (1 回/日) <input checked="" type="checkbox"/> 浣腸 (1 回/日) 使用中の薬剤・量 (夜までに排便なければ、グリセリン浣腸●ml) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (ガス抜き (食前、ネラトンカテーテルにて))
食事	<input checked="" type="checkbox"/> 経口	状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 内容 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> きざみ食※おやつ時・寝る前 160ml <input checked="" type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (ミルク 100ml)
	<input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養	種類 <input checked="" type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう 製品名 (●●●●●●●●) カテーテルサイズ (● Fr) 注入内容 (ミルク、栄養剤) 注入力・回数 (経口摂取の残り+栄養剤 100ml、朝昼夜) 交換頻度 (1回/2週・日曜) 交換者 (両親) トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (自己抜去 (月1回程度))
	<input type="checkbox"/> I V H	薬剤名 () 実施時間 ()
	血糖測定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (SMBG CGM FGM) (2時間ごと+食事・おやつ前+必要時)
	インスリン投与	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (注射 ポンプ) (時間: 食前、高血糖時) (薬品名・量: ●●●●●●●●・1単位、ポンプトラブル時: ペン打ち)
	変動時の対応	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (高血糖時:) (低血糖時:)
呼吸管理	酸素飽和度	平常時 SpO ₂ (98~) 測定 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (常時 定時 ・睡眠時、チアノーゼ時) SpO ₂ 低下時の対応 (93) %以下で (●Lまで酸素増量)
	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 カニューレ製品名 (●●カニューレ (カフあり)) サイズ (●mm) 交換頻度 (1回/2週) 交換者 (両親) トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (のけ反り脱落する可能性あり (1回/年程度))
	吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 回数 (1回/時間) ← その他喘鳴等あれば適宜実施 。 部位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内 <input checked="" type="checkbox"/> 気管内 カテーテルサイズ (● Fr)
	酸素吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 流量 (0.25 リットル/分) <input type="checkbox"/> 経鼻/マスク <input checked="" type="checkbox"/> 気管内
	人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 種類 <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開下 <input type="checkbox"/> 非侵襲的 (<input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> マスク) メーカー・機種 (●●●●●●●●) 業者名 (●●●●●●) モード: (●●●●●●) 換気回数 (f): (●●回) 酸素濃度 (FiO ₂): (●●%) 離脱 <input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 可 (60分程度)
	薬剤の吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 薬液名 (●●●●●●●●●● ※ 体調不良時、家庭のみ)
	その他	集団生活を送る上で配慮が必要な点 ・下肢装具使用中。(午睡、プールなど状況によって外して可。)

様式3

<p>主治医様</p> <p>この意見書は、医療的ケアを必要とする児童がこども園を利用するにあたって、その状態等を把握するために使用します。こども園は集団生活となるため、生活をする上での配慮の必要性等についてもご意見をお聞かせください。</p> <p>なお、意見書の内容については、医療的ケア実施等検討会議及び利用を希望するこども園ほか関係機関に対し情報提供します。</p>

医療的ケアに係る主治医意見書

(あて先) 京丹波町長 様	(記入日) 年 月 日
医療機関の所在地	医療機関名
	医師名
	電話番号

児童氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日

診 断 名	受 診 状 況	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期
症状、今後の見通し等		
保育施設における 集団生活の可否	<p>乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育施設では、午睡や食事、集団での遊びなど濃厚な接触の機会が多くあります。医療的ケア児専用の清潔なルームでの対応でなく集団の中での保育となるため、一般的には感染症を防ぐのは難しい環境にあります。</p> <p><input type="checkbox"/> 保育施設での集団生活は可能</p> <p><input type="checkbox"/> 保育施設での集団生活は不可</p> <p><input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）</p>	
保育施設での 生活上の配慮 及び活動の制限	<p>保育の配慮：特別な配慮を</p> <p><input type="checkbox"/> 必要としない</p> <p><input type="checkbox"/> 部分的に必要とする</p> <p><input type="checkbox"/> 常に必要とする</p> <p>（内容： _____）</p> <p>活動の制限： ※別添「保育施設における活動のめやす」を参考にしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 基本的生活は可能だが運動は不可</p> <p><input type="checkbox"/> 軽い運動には参加可</p> <p><input type="checkbox"/> 中等度の運動には参加可</p> <p><input type="checkbox"/> 強い運動にも参加可</p> <p>（※特記事項 _____）</p>	

(裏面へ続く)

必要な 医療的ケア	<input type="checkbox"/> 吸引（口腔内・鼻腔内・気管内吸引） <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう・留置以外） <input type="checkbox"/> 導尿（導尿・自己導尿自立へ向けての指導・管理） <input type="checkbox"/> 酸素吸入（酸素ポンベの交換・吸入機器の装着） <input type="checkbox"/> 薬液の注入・吸入（ ） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）	
服薬状況 （処方箋添付可）	<input type="checkbox"/> 有（内容： ） <input type="checkbox"/> 無	
呼吸状態	呼吸障害 <input type="checkbox"/> 有（内容： ） <input type="checkbox"/> 無	
摂食・嚥下の状況	経口摂取： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 誤嚥の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 食形態： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食 その他（内容： ）	
排尿状態	排尿障害 <input type="checkbox"/> 有（内容： ） <input type="checkbox"/> 無	
発作の状況	けいれん発作： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 シリーズ形成： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 （内容： ） 発作時の対応： <input type="checkbox"/> その場で様子を見る <input type="checkbox"/> その場で座薬を挿入する <input type="checkbox"/> 救急搬送する <input type="checkbox"/> その他（内容： ）	
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	
その他		

（※別添あり）

別添

保育施設における活動のめやす

		軽い活動※1の例	中程度の活動※2の例	強い活動※3の例
保育施設等での 主要な年齢別活動内容	0歳児	○はいはいで移動する ○すべり台を大人にさせてもらう ○手指を使った遊び	○コンビカーを押して歩く ○はっぺいき、マットの山をよじ登り降りる。	○高い高い ○水遊びをする ○布にのせて揺さぶられる
	1歳児	○砂遊び ○室内遊び ○室内用すべり台をすべる	○散歩（往復20分程度） ○2階程度の階段の昇り降り ○すべり台をすべる ○コンビカーに乗る ○リズムに合わせて身体を動かす	○長い階段の昇り降り ○水遊び、泥んこ遊び ○少し高い所から飛び降りる ○コンビカーで走る ○走る
	2歳児	○砂遊び ○室内遊び ○すべり台を自分ですべる	○散歩（往復30分程度） ○長い階段の昇り降り ○三輪車に乗る ○両足とび	○追いかけっこ ○水遊び、泥んこ遊び ○プール遊び ○高い所から飛び降りる ○リズム遊び
	3歳児	○砂遊び ○室内遊び ○すべり台をすべる	○散歩（往復40分程度） ○鉄棒で足ぬきまわり ○ジャングルジムを登る ○三輪車をこぐ	○鬼ごっこ、かけっこなど ○水遊び、泥んこ遊び ○プール遊び ○高い所から飛び降りる
	4歳児	○砂遊び ○室内遊び ○三輪車をこぐ ○すべり台をすべる	○散歩（往復50分程度） ○鉄棒の前まわり ○ジャングルジムを登る ○スケーターに乗る ○水遊び、泥んこ遊び	○走る、鬼ごっこ、かけっこなど ○プール遊び ○フープ遊び ○リズム遊び ○ドッジボール（ころがし）、サッカー
	5歳児	○砂遊び ○室内遊び ○三輪車をこぐ ○すべり台をすべる	○散歩（往復1時間程度） ○鉄棒の前まわり、さかあがり ○ジャングルジムを登る ○スケーターに乗る ○水遊び、泥んこ遊び ○太鼓や竹馬	○走る ○プール遊び ○フープ遊び ○リズム遊び ○なわとび ○とび箱、マット遊び ○ドッジボール・サッカー
	行事その他		○施設外保育 ⇒ 徒歩・電車・バス ○運動会	

※1 同年齢の平均的乳幼児にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動

※2 同年齢の平均的乳幼児にとって、少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動で、身体の強い接触を伴わないもの

※3 同年齢の平均的乳幼児にとって、息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動

医療的ケア児に係る面談記録票

記入日： 年 月 日（記入者： ）

児 童 氏 名		生 年 月 日	年 月 日（ 歳 か月）	
住 所	京丹波町	電 話 番 号		
保 護 者 氏 名		家 族 構 成	父 母 兄 弟 姉 妹 ()	
発 育 の 経 過	出 生 時 体 重			
	在 胎 週 数	週（修正月齢での保育が必要な場合 か月）		
	出 生 時 の 状 況			
	動 作 ・ 歩 行 等	首すわり	<input type="checkbox"/> した（ か月）	<input type="checkbox"/> しない
		寝返り	<input type="checkbox"/> した（ か月）	<input type="checkbox"/> しない
		お座り	<input type="checkbox"/> した（ か月）	<input type="checkbox"/> しない
		ハイハイ	<input type="checkbox"/> した（ か月）	<input type="checkbox"/> しない
		つかまり立ち	<input type="checkbox"/> した（ か月）	<input type="checkbox"/> しない
		歩き始め	<input type="checkbox"/> した（ か月）	<input type="checkbox"/> しない
	ひきつけ・発作	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		初回（ 歳 か月）、現在までの発作回数（ 回） 発作時の発熱 <input type="checkbox"/> 有（ °C程度） <input type="checkbox"/> 無		
	下 肢	<input type="checkbox"/> 歩く <input type="checkbox"/> 歩けない <input type="checkbox"/> 歩くが走れない		
		<input type="checkbox"/> ひとりでやっと歩く <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	上 肢	<input type="checkbox"/> 細かい動きが厳しい <input type="checkbox"/> 片手が不自由		
		<input type="checkbox"/> その他（ ）		
利 き 手	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左			
視 力	<input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
聴 力	<input type="checkbox"/> よく聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえが悪い			
	<input type="checkbox"/> その他（ ）			
話 し 始 め	喃語（ か月） 意味のある単語（ か月）			
現 在 の 言 葉	<input type="checkbox"/> よく話す <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> はっきりしている			
	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 会話のやり取りができる			
	<input type="checkbox"/> 単語を使う（ ）			
	<input type="checkbox"/> 話せないが相手の言うことは分かる <input type="checkbox"/> 話せない			
服 薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（種類・回数等： ）			
食 事	時 刻	朝食（ 時頃） 昼食（ 時頃） 夕食（ 時頃）		
	食 欲	<input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小食		
	お や つ	1日（ 回） 時刻と内容（ ）		
	偏 食 ・ 嗜 好	好きなもの（ ）、嫌いなもの（ ）		
	食 べ 方	<input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 助けがあれば自分で食べる <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう		
	食 具	<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> 経管栄養		

排泄	おむつ使用	<input type="checkbox"/> 有（1日の交換回数： 回） <input type="checkbox"/> 無
	排便	<input type="checkbox"/> 教える <input type="checkbox"/> 出てから教える <input type="checkbox"/> 教えない <input type="checkbox"/> 時間で連れて行く（ 時間）間隔
	排便	<input type="checkbox"/> 教える <input type="checkbox"/> 出てから教える <input type="checkbox"/> 教えない 回数（ 日に 回）、時間（ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 不定）
	導尿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
睡眠	起床	時刻（ 時 分頃） 寝起き（ <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い）
	就寝	時刻（ 時 分頃） 寝つき（ <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い）
	寝かせ方	<input type="checkbox"/> ひとりで寝る <input type="checkbox"/> 添い寝する <input type="checkbox"/> 大人がそばにいる <input type="checkbox"/> 抱いて寝かせる <input type="checkbox"/> その他（ ）
	昼寝	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する（ 時 分～ 時 分）
	くせ	
生活	着脱	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 簡単な衣服なら自分でできる <input type="checkbox"/> 少し手助けをすればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> ボタンのはめ外しができる <input type="checkbox"/> スナップのはめ外しができる
	遊び	好きな遊び（ ） テレビ（1日 時間） 視聴内容（ ）
	用具等	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 坐位保持いす <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 注入ポンプ <input type="checkbox"/> 栄養剤 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ <input type="checkbox"/> その他（ ）
その他	主に世話をする人	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	家庭での呼び名	
	集団経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（施設等名： ）
	児童の好きなこと	<input type="checkbox"/> 音楽 <input type="checkbox"/> 人の話し声 <input type="checkbox"/> 食べること <input type="checkbox"/> 体を動かされている時
入園希望こども園	第1希望（ ）・第2希望（ ）・第3希望（ ）	
利用希望期間	年 月 日～ 年 月 日まで	
利用希望曜日	月 火 水 木 金	
利用希望時間	時 分 ～ 時 分	
<p>こども園における対象児童の支援の実施にあたり、以下の実施要件について、主治医の確認を得ていますか。</p> <p>1 主治医が、対象児童がこども園において保育及び医療的ケアを受けることが可能であると判断すること <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>未確認</p> <p>2 主治医（医療機関）が、医療的ケアの手技を医療的ケア児施設担当看護師に指導すること <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>未確認</p>		
<p>こども園における対象児童の支援の実施にあたり、以下の実施要件について、同意しますか。</p> <p>1 病状や医療的ケアに関する情報（主治医の意見や健康状態の変化等）をこども園と十分に共有すること <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>2 医療的ケアに必要な機材・器具及び衛生用品等を不足のないように毎日持参し持ち帰り、準備、点検及び整備を行うこと <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>3 こども園において保育及び医療的ケアを実施するにあたり、物品の借用、費用の負担及び付き添いをお願いすることがあること <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>		
特記事項等		

様式5

第 号
令和 年 月 日

様

京丹波町教育委員会学校教育課

医療的ケア実施等検討会議結果通知書

京丹波町立認定こども園における医療的ケア実施について検討した結果、下記のとおり判断しましたのでお知らせいたします。

記

児童氏名		生年月日	年 月 日
検討結果	可 ・ 不可		
特記事項	【可の場合】 医療的ケア実施申込書及び入園申込書一式を●月●日までに提出してください。 【不可の場合】 他の制度等の利用についてご案内します。		

京丹波町長 様

医療的ケア児の教育・保育に関する同意書

児童氏名 _____

1 教育・保育利用について

- (1) 教育・保育の利用日及び利用時間は、月曜日から金曜日（祝日を除く）の原則午前8時30分～午後4時30分の範囲内において、保護者が保育を必要とする時間とし、医療的ケア児の状況、こども園の状況等を踏まえ、こども園と保護者の同意の上、決定すること。
- (2) 保護者は、翌年度の医療的ケアの実施について、3月上旬までに「医療的ケア実施申込書」及び添付書類の「医療的ケア主治医指示書」を学校教育課に提出し、医療的ケアの実施についての継続審査を受けること。
- (3) やむを得ない事情により受入れこども園において保育体制が整わない場合は、家庭保育をお願いする場合があること。
- (4) 医療的ケアの提供時間は、原則看護師が常駐する範囲内とすること。

2 医療的ケアについて

- (1) 町が発行する「医療的ケア実施承認通知書」に記載された決定内容に従って、担当看護師による医療的ケアを実施する。また、主治医の「医療的ケア主治医指示書」や緊急時対応等に関しての指導・助言が必要な場合に、こども園及び関係機関の担当者等が受診に同行し、主治医との相談を行う場合があること。
- (2) 医療的ケア児の安全を確保するため、看護師が医療的ケアの習得を図るまでの間等、必要に応じて保護者に付き添いの協力を得る場合があること。
- (3) こども園では、関係法令及び主治医の指示書等に基づいて、医療的ケア及び緊急時の対応を行うこと。また、看護師の不在等により、こども園での医療的ケアが実施できない場合があること。
- (4) 保護者は、児童の医療的ケアの内容に変更があった場合には、その内容を速やかにこども園の園長へ報告するとともに、「医療的ケア実施申込書」及び添付資料として「医療的ケア主治医指示書」その他必要な書類を提出すること。
- (5) こども園が医療的ケアを実施するにあたり必要な文書等の発行に伴い発生する費用等、医療的ケアの実施手続に要する経費について、保護者の負担となること。
- (6) 保護者において、医療的ケアの実施に必要な医療機器、医療用具、医薬品及び消耗品等を不足なく準備、点検及び整備し、こども園の園長に預託すること。使用後の物品は、保護者が持ち帰ること。

3 ならし保育

児童が新しい環境に慣れるとともに医療的ケアを安全に実施するために、必要に応じて保護者付き添いのもと登園し、保育に参加すること。期間及び保育時間については、こども園と相談の上、定めること。児童の様子や状態によっては、この間の保育時間の短縮や期間が延長・短縮される場合があること。また、ならし保育期間終了後も状態の変化や必要な医療的ケア内容の変更等により、再度保護者の付き添いを求める場合があること。

4 体調管理及び保育の利用中止等

- (1) やむを得ない事情により医療行為を行う看護師等が勤務できない場合や、保育中の医療的ケア実施の体制が取れない場合には、保育の利用ができないことがあること。
- (2) 登園前に健康観察をすること。顔色、動作、食欲、体温等がいつもと違い、体調が悪い時には、保育の利用を控えること。

- (3) 登園後に、発熱、下痢、嘔吐、痙攣重責等の体調不良が発現した場合や、発熱がなくても感染の疑いがある場合は、保護者等に連絡するため、必ず連絡が取れるようにすること。また、体調不良により保育の継続が困難と判断した場合には、利用時間の途中であっても保育の利用を中止し、保護者等による児童の引き取りをお願いすること。
- (4) 集団保育の場では、感染症にかかるリスクが高くなることも予想されるため、園内で感染症が一定数以上発症した場合には、こども園からの情報により、保護者が保育を利用するかどうか判断すること。また、こども園の判断で保育の利用を控えてもらう場合があること。

5 緊急時及び災害時の対応等

- (1) 緊急時には、こども園で整備している危機管理マニュアルに沿って対応すること。
- (2) 児童の症状に急変が生じ緊急事態とこども園が判断した場合、その他必要な場合には、医療機関等に連絡を行い、必要な措置を講じること。同時に児童の保護者等に連絡を行うこと。また、保護者等へ連絡する前に児童を医療機関等に搬送し、受診または治療が行われることがあること。なお、それに伴い生じた費用は保護者等の負担となること。
- (3) こども園において栄養チューブ等が抜けた場合の対応については、「医療的ケア主治医指示書」及び危機管理マニュアルに沿って対応すること。
- (4) 災害時対策として、万が一災害時に保護者等が迎えに来られない可能性がある可能性を想定し、非常食や医薬品、医療材料の備蓄、医療機器バッテリーの確保に関して、保護者はこども園や主治医と確認しておくこと。

6 退園等

- (1) 児童の病態の変化等により、町が規定する医療的ケアの範囲を超える医療的ケアが必要になった場合は原則として退園となること。
- (2) こども園の人員、施設又は設備の状況により、当該こども園での児童の受入ができなくなる場合があること。
- (3) 保護者は、医療的ケアが必要なくなった場合や年度途中で退園する場合、「医療的ケア終了届」(様式 15) を提出すること。

7 情報の共有等

- (1) 医療的ケア児に対して安心安全な保育を提供するために、保護者から提出された申請内容等について関係機関と共有すること。また、必要に応じて、保護者同意の上、専門機関等に意見を求め共有すること。
- (2) 緊急時の対応のために、必要に応じて関係機関及び京都中部広域消防組合に情報提供すること。
- (3) 主治医他医療機関を受診したときは、「主治医受診結果連絡票」(様式 14) をこども園に提出すること。
- (4) 医療的ケアが必要な児童の状況について、集団保育を実施する上で必要なことは、他の園児の保護者との間で共有する場合があること。
- (5) 就学については、医療的ケアが必要な児童の状況について、専門機関や関係機関と連携、共有すること。

8 その他

上記 1～7 のほか、必要に応じこども園との間で取り決めた事項を遵守すること。

上記の各項目に同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

災害時個別対応書

■氏名： _____ 生年月日： 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

保護者連絡先： ① (続柄 _____) 携帯・自宅・職場

保護者連絡先： ② (続柄 _____) 携帯・自宅・職場

保護者連絡先： ③ (続柄 _____) 携帯・自宅・職場

■基礎疾患／障がい名： _____

	使用医療機器 (通常時設定数値)	内部バッテリー／外部バッテリーの有無	停電代替対応
<input type="checkbox"/>	人工呼吸器 (_____)	内部バッテリー 有 (_____ 時間)・無 外部バッテリー 有 (_____ 時間)・無	
<input type="checkbox"/>	喀痰排出補助装置 (_____)	内部バッテリー 有 (_____ 時間)・無 外部バッテリー 有 (_____ 時間)・無	
<input type="checkbox"/>	たん吸引器 (_____)	内部バッテリー持続時間 (_____ 時間)	
<input type="checkbox"/>	酸素濃縮器 (_____)	内部バッテリー 有 (_____ 時間)・無 外部バッテリー 有 (_____ 時間)・無	
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

予備携帯用酸素ポンベ (有 ・ 無)

_____ サイズ (_____ L) : _____ L/分の使用で _____ 時間吸入可能

■ご家庭よりお預かりしている備蓄品

①	⑥	⑪
②	⑦	⑫
③	⑧	⑬
④	⑨	⑭
⑤	⑩	⑮

■避難時の留意点・特記事項

様式 8

医療的ケア実施計画書

作成日	年 月 日
こども園名	こども園
園長	
作成者氏名	

児童氏名		生年月日	年 月 日	歳児
医療的ケアの内容		実施手順		準備物・留意点

予想される緊急時の対応	
予想される緊急時の状態	対応

※状況が変わった場合は、随時加筆・修正すること。

上記について説明を受け、その内容に同意します。

年 月 日

保護者氏名 _____

医療的ケア手技手順表・確認表

令和 年 月 日作成

児童氏名 _____ 生年月日 令和 年 月 日 (歳 か月)

	手技・手順	配慮事項
◆ 準備		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
◆ 医療的ケア実施		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
◆ 片付け		

医療機器等預かり同意書

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

【確認事項】

こども園名	こども園	歳児クラス	(ふりがな) 児童氏名
機器の種類	<input type="checkbox"/> 医療機器		
医療機器預かり開始日	令和 年 月 日		
預かり方法	<input type="checkbox"/> 毎日持参 <input type="checkbox"/> 園で保管		
その他 (取扱上の注意点等)			

【同意事項】 に✓の記入をお願いします。

- 保育中の医療機器等の取扱いには十分注意しますが、何らかの原因で破損や紛失、子ども同士で思わぬアクシデント等が生じた場合、原則としてこども園では補償しかねますのでご了承ください。
- 医療機器の点検等は保護者が定期的に行ってください。
- 災害時用にお預かりした機器については、保護者が点検・バッテリーの充電などを定期的に行ってください。
- こども園での使用は、家庭で十分慣れてからの使用開始としてください。
- 内容の変更があった場合、「医療機器等預かり同意書」を改めてこども園へ提出してください。

こども園長 様

令和 年 月 日

保護者氏名

以上、確認の上、同意します。

【確認欄】

確認年月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
保護者確認 サイン又は印						
こども園確認 サイン又は印						
確認年月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
保護者確認 サイン又は印						
こども園確認 サイン又は印						

医療的ケア実施記録

氏 名		看 護 師	
令和	年	月	日
保護者からの伝言		発 作	
観 察 項 目			
時 間	:	:	:
体 温			
脈 拍			
呼 吸			
S P O 2			
その他症状			
		吸 引	
排 尿			
排 便			
注 入			
注入時間	:	~	:
胃 残	内 容		
	量		
注入内容			
注 入 量			
水 分			
特記事項			
		そ の 他	

主治医指示書追加指示一覧

確認日	項目	内容	備考
令和 . .			
令和 . .			
令和 . .			
令和 . .			
令和 . .			
令和 . .			
令和 . .			
令和 . .			
令和 . .			
令和 . .			
令和 . .			
令和 . .			
令和 . .			
令和 . .			
令和 . .			
令和 . .			

_____ 子ども園 園長 様

保護者氏名 _____

主治医受診結果連絡票

主治医の診察を受けましたので、次のとおり提出します。

児童氏名		男 女	年 齢	歳	生年 月日	令和 年 月 日生
受診日	令和 年 月 日					
医療機関 ・病院名				医師名		
主治医 からの 指示事項	(保育施設での留意事項、行事への参加等について記入ください。)					
検査を受けた場合は、結果等について項目に☑のうえ、記入ください。						
<input type="checkbox"/> 血液検査						
<input type="checkbox"/> 脳波検査						
<input type="checkbox"/> レントゲン検査						
<input type="checkbox"/> その他の検査						
与薬の状況について項目に☑のうえ、記入ください。						
<input type="checkbox"/> 変更なし						
<input type="checkbox"/> 変更あり	(変更内容)					
その他特記事項						
次回受診予定日	令和 年 月 日					

様式15

(提出先) 京丹波町長 様

医療的ケア終了届

こども園での医療的ケアの実施が必要なくなりましたので、下記のとおり終了することを届け出ます。

記

対象児童氏名	
児童の生年月日	年 月 日
利用中の施設名	こども園
終了年月日	年 月 日
終了理由	<input type="checkbox"/> 主治医の診断により、医療的ケアが必要なくなった。 <input type="checkbox"/> 退園 <input type="checkbox"/> その他 ()

年 月 日

保護者氏名

(自署でない場合は、氏名の隣に押印してください。)

様式

(提出先) 京丹波町長

医療的ケア終了届

こども園に通園する児童に対して、以下、主治医の判断により、こども園での医療的ケアの実施が必要なくなりましたので、こども園での医療的ケアを終了することを届けます。

対象児童氏名	
児童の生年月日	年 月 日
利用中の施設名	こども園
終了年月日	年 月 日

年 月 日

保護者氏名

(自署でない場合は、氏名の隣に押印してください。)

【主治医による意見】

上記児童について、こども園での医療的ケアの実施が不要と判断しました。

・不要と判断した理由

・特筆すべき事項

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

電話番号

医師氏名

印

〈参考資料〉

- ・令和5年度こども・子育て支援推進調査研究事業「保育所等における医療的ケア児の受け入れ方策及び災害時における支援の在り方等に関する調査研究」保育所等での医療的ケア児の支援に関するガイドライン改訂版 他

認定こども園における医療的ケア実施ガイドライン

令和8年3月発行（令和8年4月改訂）

発 行 者 京丹波町教育委員会学校教育課

〒629-1192 京都府船井郡京丹波町本庄ウエ16番地

電話 0771-84-0028
