

【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 | 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 | 定額 (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 (回/日) <input type="checkbox"/> オムツ (回/日) <input type="checkbox"/> 導尿 (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 (回/日) <input type="checkbox"/> オムツ (回/日) <input type="checkbox"/> 浣腸 (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"/> 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 |
| | <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 () |
| <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 (㍓/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 | 薬液名 () | | |
| その他 | 集団生活を送る上で配慮が必要な点 | | |

様式3

| |
|---|
| <p>主治医様 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。 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 <input type="checkbox"/> 保育施設での集団生活は不可 <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 <input type="checkbox"/> 部分的に必要とする <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 <input type="checkbox"/> 軽い運動には参加可 <input type="checkbox"/> 中等度の運動には参加可 <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 尿 | <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

京丹波町健康福祉部子育て支援課

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」を子育て支援課に提出し、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、必要に応じて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"/> | | | |

予備携帯用酸素ボンベ (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 . . . | | | |

_____こども園 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 | | | | | |

(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。)

〈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

発 行 者 京丹波町健康福祉部子育て支援課
〒622-0292 京都府船井郡京丹波町蒲生蒲生野 487 番地 1
電話 0771-82-0200 (代表)
