

川島町立保育園における  
医療的ケア児の受入れ等に関する  
ガイドライン（案）

令和5年 月

川島町

# 目次

<b>第1 基本的事項</b>	
1. ガイドラインの目的	1 ページ
2. 医療的ケアの内容	1 ページ
3. 対象児童	1 ページ
4. 受入れ体制	1 ページ
<b>第2 医療的ケア児の入園までの手続き</b>	
1. 入園の相談	2 ページ
2. 医療的ケア実施申込み及び入園申込み	2 ページ
3. 医療的ケア実施園における面談の実施	2 ページ
4. 体験保育の実施	2 ページ
5. 医療的ケア実施可否検討会議	2 ページ
6. 医療的ケア実施可否の結果通知	3 ページ
7. 入園選考及び入園結果通知	3 ページ
8. 入園決定後の医療的ケアに係る書類作成及び面談等	3 ページ
9. 入園前健康診断の実施	3 ページ
<b>第3 医療的ケアの実施体制</b>	
1. 医療的ケアの実施者	5 ページ
2. 職員の役割	5 ページ
3. 医療的ケアに必要な物品等の提供と事故発生防止について	5 ページ
4. 衛生管理	5 ページ
5. 情報共有	5 ページ
6. 文書管理	6 ページ
7. 職員の研修	6 ページ
<b>第4 医療的ケア児の入園後の継続等について</b>	
1. 医療的ケアの継続審査	7 ページ
2. 入園後における医療的ケアの内容変更	7 ページ
3. 長期欠席について	7 ページ
4. 入園後に医療的ケアが必要となった場合	7 ページ
<b>第5 緊急時の対応</b>	
1. 事故等の緊急時の対応	8 ページ
2. 災害時の対応	8 ページ
<b>第6 保護者への説明事項</b>	
1. 保育の利用日及び保育時間	9 ページ
2. 医療的ケアの実施	9 ページ
3. 慣らし保育	9 ページ
4. 保育の利用中止等	9 ページ

- 5. 緊急時及び災害時の対応等 . . . . . 9 ページ
- 6. 退園及び受入れ継続不可等 . . . . . 10 ページ
- 7. 情報共有 . . . . . 10 ページ

## 第1 基本的事項

### 1. ガイドラインの目的

町内保育園において、適切な保育環境を整え、安全に医療的ケアを必要とする児童の受け入れを行うことができるよう、基本的な事項や留意事項等を示すことにより、町内保育園での医療的ケア児の円滑な受け入れ及び支援を図ることを目的とする。

### 2. 医療的ケアの内容

次の医療的ケアのうち、保育園において安全に実施できるものとする。

- (1) 喀痰吸引（口腔・鼻腔内・気管カニューレ内）
- (2) 経管栄養（経鼻経管・胃ろう・腸ろう）
- (3) 導尿
- (4) 酸素療法の管理（酸素吸入）
- (5) インスリン注射

### 3. 対象児童

保育園において、安全に医療的ケア児の受入れを実施するために、受入れ可能な医療的ケア児は、以下のとおりとする。

#### (1) 受入れの要件

- ①保護者が就労等で保育が必要な者
- ②町内に住所を有する者
- ③保育園で医療的ケアを受けることについて主治医の承認を得ている者
- ④病状や医療的ケアに関する情報を保護者と保育園で十分に共有できること。
- ⑤必要に応じて受診同行や面談等で、主治医と連携を図ることができること。
- ⑥保育園における受入れ体制が整えられていること。

#### (2) 年齢

利用開始年度の4月1日時点で、満1歳の誕生日を迎えている児童であるものとする。

### 4. 受入れ体制

- (1) 医療的ケア児の健康状態、保護者が保育を必要とする就労等の状況、保育園における看護職や保育士の受け入れ体制等、これらの状況を勘案し、保育園と保護者の同意の上、決定する。
- (2) 保育を行う日及び時間は、平日（月から金曜日）の8時30分から16時30分までとして、原則延長保育は実施しない。ただし、看護師の確保等、保育園における受入れ体制が整えられた場合はその限りではない。

## 第2 医療的ケア児の入園までの手続き

### 1. 入園の相談

- (1) 子育て支援課は、本ガイドラインに基づいて保護者に対して、入園の手続きや保育環境、医療的ケアの実施内容等について十分に説明し理解を得たうえで、集団保育の可否や医療的ケアへの対応について検討するために必要な情報の提供を依頼する。
- (2) 子育て支援課は、保護者に対して、保育が必要な家庭の状況や医療的ケア児の様子、生活状況、医療的ケアの内容（手順、時間帯、回数、必要なスペース等）、希望する保育時間及び保育園等以外の施設の利用希望等の聞き取りを行う。また、自宅での1日の生活の様子や医療的ケアの実施状況を確認する。
- (3) 子育て支援課は、保護者に対して、医療的ケアの申込みに必要な書類の説明を行う。
- (4) 保護者は、申請書類の確認や関係書類の作成にかかる準備期間を考慮し、入園を希望する月の概ね3か月前を目安に子育て支援課へ入園に関する相談を行う。

### 2. 医療的ケア実施申込み及び入園申込み

保育園入園申込書と必要書類とともに、下記書類の提出を保護者へ依頼する。なお、意見書等の作成に要する費用は、保護者等の負担となる。

- (1) 「医療的ケア実施申込書（様式第1号）」
- (2) 「医療的ケアに係る調査票（様式第2号）」
- (3) 「主治医意見書（様式第3号）」
- (4) 「保育のめやす（様式第4-1号または4-2号）」
- (5) 「医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書（様式第5号）」

### 3. 医療的ケア実施園における面談の実施

子育て支援課及び保育園は、保護者及び児童との面談を行い、保育園での保育及び医療的ケアを実施するうえでの注意事項等の確認及び協議を行う。

### 4. 体験保育の実施

- (1) 入園を希望する保育園において、体験保育を実施する。保育園の園長・看護師等、保護者及び児童が参加し、体験保育を実施する。
- (2) 体験保育において、児童の健康状態及び発達の状況を観察し、保育・医療の観点から、保育園における集団保育を実施することができるか確認する。
- (3) 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確認する。
- (4) 保育園において、「看護師等による体験保育記録票（様式第6号）」を作成し、子育て支援課へ提出する。

### 5. 医療的ケア実施可否検討会議

- (1) 収集した情報を基に、集団保育の可否や医療的ケアへの対応、保育士や看護師の加配等、必要となる体制について検討する。検討の際には、医師の意見とともに現在児童を支援している看護師、サービス事業所等の関係者の意見を得ながら検討する。
- (2) 検討会議では次の事項を協議する。
  - ・対象児童における保育施設での集団生活の可否
  - ・医療的ケア実施の可否
  - ・対象児童が、どの程度の集団活動に耐えられるか
  - ・その他保育利用及び医療的ケアの実施に必要な事項

### (3) その他

受け入れが困難と判断された場合にはその理由について保護者に十分に説明し、理解が得られるよう努める。また、検討会議等と連携し、他支援のサービスを検討する。

## 6. 医療的ケア実施可否の結果通知

検討会議の結果を「利用可否決定通知書（様式第7号）」により保護者に通知する。

## 7. 入園選考及び入園結果通知

(1) 医療的ケアが実施可能となった場合は、川島町保育施設の利用調整等に関する取扱要綱に基づき入所選考を行う。

(2) 入園決定の場合は、「教育・保育給付認定証」、「入所承諾通知書」を保護者に通知する。

(3) 入園が難しい場合は、申込み当月に限り、「入所不承諾通知書」を保護者に通知する。入園が待機となった場合は、翌月以降、当該年度中に限り継続して選考の対象となる。

## 8. 入園決定後の医療的ケアに係る書類作成及び面接等

(1) 保護者は、主治医に「医療的ケアに関する指示書（様式第8号）」の作成を依頼し、町に提出する。なお、指示書の作成に要する費用は、保護者等の負担となる。

(2) 子育て支援課及び実施園は、保護者から提出された「医療的ケアに関する指示書」に基づき、保護者及び児童と面談を行い、保育時間中の医療的ケアの内容・方法、児童の発達・発育状況、疾病や障害により日常生活に医療を要する状態の変化を踏まえて、受け入れクラスや生活の流れ、行事への対応、保育の進め方について確認及び協議を行う。その後、子育て支援課は「医療的ケア実施承諾書（様式第9号）」を作成し、保護者の同意を得る。

(3) 実施園は、「医療的ケア実施計画書（様式第10号）」及び「医療的ケア日誌（様式第11号）」、「緊急連絡カード（様式第12号）」、「災害時対応マニュアル（様式第13号）」、「予想される緊急時の対応（様式第14号）」、「安全管理マニュアル（1日の流れの中で予想される事故）（様式第15号）」を作成し、保護者に説明する。

(4) 保護者は、実施園が作成した上記の「医療的ケア実施計画書」及び「災害時対応マニュアル」等を主治医に確認してもらい、必要に応じて主治医に助言をもらう。

## 9. 入園前健康診断の実施

嘱託医は、必要があれば医療的ケア児の入園前健康診断を実施する。なお、健康診断に要する費用は、保護者等の負担となる。

●医療的ケア児の入園までの基本的な流れ（4月入園の場合）。

	保護者	子育て支援課	保育園
10月上旬～下旬	子育て支援課へ入園相談	随時、保護者からの相談受付、手続きや必要書類の案内	
	医療的ケア実施の申込み 保育園利用申込み  「医療的ケア児実施申込書」、「医療的ケアに係る調査票」、「主治医意見書」、「医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書」を子育て支援課へ提出。	申請受付	
11月	子育て支援課と保育園との面談	面談を実施	面談を実施 体験保育の日程調整
12月上旬	入園希望保育園にて体験保育を実施（保護者同伴）		体験保育を実施  「看護師等による体験保育記録票」作成。
		医療的ケア実施可否の検討会議の開催	
12月中		医療的ケア実施の結果通知 入園選考	
2月中	主治医に「医療的ケアに関する指示書」の作成を依頼し、子育て支援課へ提出。	入園結果通知	
	子育て支援課と保育園と面談	保育の進め方等について確認・協議のため保護者と面談	保育の進め方等について確認・協議のため保護者と面談
3月	「医療的ケア実施承諾書」を子育て支援課へ提出。	「医療的ケア実施承諾書」を作成し、保護者へ説明。	「医療的ケア実施計画書」、「医療的ケア日誌」、「災害時対応マニュアル」、「予想される緊急時の対応」、「安全管理マニュアル」の作成、保護者への説明。
	「医療的ケア実施計画書」、「医療的ケア日誌」、「災害時対応マニュアル」等、主治医に確認してもらい、必要に応じて助言をもらい、園と共有する。  必要に応じて、入園前健康診断受診		
4月	慣らし保育を一定期間保護者の付き添いの元実施		

※入園までの流れは、児童の状況や保育園等により異なる場合があります。

### 第3 医療的ケアの実施体制

#### 1. 医療的ケアの実施者

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。医療的ケアを主に行うための看護師は、在園児の健康管理を行っている看護師とは別に配置するものとする。

なお、医療的ケアを委託する場合はこの限りではない。

#### 2. 職員の役割

##### (1) 園長（医療的ケアの総括管理）

園長は、保育園における医療的ケアの実施に関する責任者とする。保育園で安全に医療的ケアが実施できるよう職員体制を整備し、医療的ケア児の健康状態の変化に応じた判断や対応ができるように準備する。

##### (2) 担任保育士（医療的ケア児への安全な保育の実施）

担任保育士は、看護師及び保護者と連携して日々の健康状態を把握し、安全に配慮しながら保育を行う。

##### (3) 看護師（安全な医療的ケアの実施）

看護師は、保育士及び保護者と連携して日々の健康状態を把握し、保育中の健康観察を行う。「医療的ケアに関する指示書（様式第8号）」に基づき、「医療的ケア実施計画書（様式第10号）」を作成し、適切に医療的ケアを実施する。医療的ケアを実施した場合は、「医療的ケア日誌（様式第11号）」に記録する。また、園長不在時は園長代理として総括管理をする。

##### (4) 他の職員（医療的ケア児への適切な配慮）

- ・医療的ケア児に対するその他の児童の疑問や関心への対応や配慮を行う。
- ・医療的ケア児の健康状態に配慮し、異変を感じた場合は速やかに看護師に報告する。
- ・医療的ケアへの理解を深め、必要に応じて医療的ケアの補助を行う。

##### (5) 子育て支援課

- ・保護者、保育園からの相談に随時対応できるよう体制を整え、保育園における医療的ケアの実施状況について把握し、必要に応じて支援を行う。
- ・保育園の人員配置と環境整備を行う。
- ・検討会議を開催する。

#### 3. 医療的ケアに必要な物品等の提供と事故発生防止について

(1) 保護者は、保育中の医療的ケアに必要な物品等を実施園へ提供する。なお、使用後の物品等については、家庭に持ち帰る。また、医療機器の管理及び点検についても、保護者が行う。

(2) 医療的ケア実施園は、保育や医療的ケア等の実施中において児童に危険が及ぶ可能性がある事象が発生した場合には、「医療的ケアに係るヒヤリハット報告書（様式第16号）」を作成のうえ、その写しを子育て支援課に提出すること。

#### 4. 衛生管理

(1) 医療的ケアを実施する場所は、安全面、児童のプライベート等に留意し、感染防御が保てるよう環境の整備を行う。

(2) 児童が使用する医療的ケアの物品・備品等については、保護者と園において申し合わせを行い、衛生的に保管・管理する。

#### 5. 情報共有

(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。

- (2) 緊急時対応のため、町に提出された主治医からの「主治医意見書（様式第3号）」及び「医療的ケアに関する指示書（様式第8号）」の内容を嘱託医と情報共有する。また、緊急時の搬送を想定し、必要に応じて医療機関及び比企広域消防組合に同様の内容を情報共有する。
- (3) 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うえで必要なことは、他の医療的ケア児の保護者との間で共有する場合がある。

## 6. 文書管理

医療的ケアの実施に関する「医療的ケア実施計画書（様式第10号）」、「医療的ケア日誌（様式第11号）」等の書類は、実施園にて必要期間保管する。

## 7. 職員の研修

子育て支援課は、保育園の職員が研修を受講できるよう研修の周知等必要な支援を行う。また、職員が必要な知識と技術を身につけられるよう、喀痰吸引等の研修機会を確保する。

## 第4 医療的ケア児の入園後の継続等について

### 1. 医療的ケアの継続審査

- (1) 年度単位で実施する医療的ケアの継続について、医療的ケア児の健康状態等を勘案し、毎年度、保護者が子育て支援課へ様式第1、2、3、4-1、4-2、5号を提出し、検討会議に意見を求めること。
- (2) 検討会議の意見を参考に、引き続き、同一の医療的ケアが可能であると認められた場合に、町は継続して保育を実施すること。

### 2. 入園後における医療的ケアの内容変更

- (1) 入園後の年度単位での継続審査前において、医療的ケアの内容に変更があった場合は、保護者は改めて「医療的ケアに関する指示書（様式第8号）」、「医療的ケア実施承諾書（様式第9号）」を提出する。
- (2) 提出書類、児童の健康状態等に基づき、集団保育の継続については、子育て支援課、実施園等とで協議する。
- (3) 主治医の指示に基づき、町が規定する医療的ケアの内容で医療的ケアが実施される場合は、継続して保育を実施する。なお、町が規定する医療的ケアの内容以外の医療的ケアが必要になった場合は、子育て支援課と実施園等が対応可能と判断できる場合には、集団保育を継続する。
- (4) 医療的ケアが終了する場合は、保護者は「保育園における医療的ケア終了に関する届出書（様式第17号）」を町に提出する。

### 3. 長期欠席について

入院等の長期欠席後、通園が可能となった場合は、保育園における集団保育の再実施について、子育て支援課及び実施園は、必要に応じて主治医に意見を求める。

### 4. 入園後に医療的ケアが必要となった場合

入園時には、医療的ケアを要しなかった児童が在籍中に、医療的ケアが必要となった場合には、保護者は子育て支援課に相談する。

保育園における人管理体制や児童の健康状態、医療的ケアの内容を確認し、入園中の保育園で受入れが継続できるか検討会議に意見を求める。

## 第5 緊急時の対応

### 1. 事故等の緊急時の対応

- (1) 実施園は、医療的ケア児の健康管理・事故防止のため、主治医及び嘱託医の協力により保育を実施する。
- (2) 実施園は、体調の急変等の緊急時に備えて、保護者複数、かかりつけ医の連絡先をまとめた「緊急連絡カード（様式第12号）」を作成しておく。
- (3) 緊急時には、実施園で定めている事故発生時の対応の流れに沿って対応する。
- (4) 緊急時の対応については、「予想される緊急時の対応（様式第14号）」をもとに事前に保護者に十分に説明し、同意を得ておく。
- (5) 体調の急変等の緊急時に際しては、発見者から連絡を受けた園長の指示のもと、児童の状況を主治医及び保護者に連絡し、必要に応じて119番通報をする。
- (6) 保護者は、児童の体調が悪化した等の理由により、保育園が保育の継続が困難と判断した場合には、保育園からの連絡により、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。病院搬送を行った場合は病院に直行する。

### 2. 災害時の対応

- (1) 災害時の対応については、主治医や保護者と事前に十分な確認を行う。また、避難訓練等において職員間で医療的ケア児を含めた避難経路、避難先等の確認を行う。
- (2) 非常食や医薬品、医療材料の備蓄、医療機器のバッテリーの確保等について、事前に保護者に確認を行う。また、預かっている機器の定期的なメンテナンスを保護者に依頼する。
- (3) 災害時、電話等が不通で連絡が取れない、保護者がすぐに迎えに来られない場合等を想定した対応についても保護者と確認を行い、「災害時対応マニュアル（様式第13号）」を作成しておく。
- (4) 園から別の場所に避難する場合に備え、必需品・医薬品等・緊急時の対応手順・医療機関の連絡先を入れた個別の非常用リュックを準備しておく。

## 第6 保護者への説明事項

### 1. 保育の利用日及び保育時間

保育の利用日及び保育時間は、原則、土日、祝日を除く平日の午前8時30分から午後4時30分とする。ただし、看護師の確保等、保育園における受入れ体制が整えられた場合はその限りではない。

### 2. 医療的ケアの実施

- (1) 保護者は、主治医に保育時において必要な医療的ケアの内容及び緊急時の対応等を記載した「主治医意見書（様式第3号）」及び「保育のめやす（様式第4-1号または4-2号）」、「医療的ケアに関する指示書（様式第8号）」の作成を依頼し、町に提出する必要があること。なお、意見書及び指示書の作成に要する費用は、保護者等の負担となること。また、実施園は、主治医の緊急対応等に関する指導や助言が必要な場合に、実施園の看護師等が保護者に同行し、主治医との相談を行うことがあること。
- (2) 少なくとも6か月に1回以上、主治医の診察を受け、「主治医受診結果連絡票（様式第18号）」を実施園に提出すること。なお、受診結果連絡票の作成に要する費用は、保護者等の負担となること。
- (3) 実施園では、関係法令及び主治医の指示等に基づいて、医療的ケア及び緊急時の対応を行うこと。

### 3. 慣らし保育

- (1) 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、一定期間、慣らし保育を実施すること。
- (2) 慣らし保育の期間及び保育時間については、児童の様子や状態によって、期間の延長又は短縮、保育時間の短縮となる場合があること。
- (3) 慣らし保育は保護者の付き添いのもと実施すること。

### 4. 保育の利用中止等

- (1) やむを得ない事情により医療的ケアを行う看護師等が勤務できない場合には、保育の利用ができないことがあること。
- (2) 登園前に必ず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又は体調が悪いときは、保育を利用しないこと。
- (3) 発熱、下痢、嘔吐、けいれん等の体調不良の場合や熱がなくても感染症の疑いがある場合は、保護者等の連絡するため、必ず連絡が取れるようにすること。また、体調不良により、実施園が保育の継続が困難であると判断した場合は、利用時間の途中であっても保育の利用を中止し、保護者等にお迎えをお願いすること。
- (4) 集団保育の場では、感染症にかかるリスクが高くなる可能性があるため、園内で感染症が一定数以上発症した場合には、実施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、実施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) 実施園が必要と認めるときには、主治医等の受診をすること。なお、その費用は保護者の負担となること。

### 5. 緊急時及び災害時の対応等

- (1) 保育中、児童の症状に急変が生じ、緊急事態と実施園が判断した場合やその他の必要な場合には、事前の打ち合わせ及び「緊急連絡カード（様式第12号）」で取り決めた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、保護者等に連絡する前に児童を医療機関等に搬送し、受診又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については保護者の

負担となること。

- (2) 栄養チューブの交換は、保護者の責任の下、自宅や受診時に行うこと。保育中に栄養チューブ及び気管カニューレが抜けた場合については、保護者及び主治医と事前に協議し、「医療的ケア実施計画書（様式第10号）」に記載の上、それに沿って対応すること。
- (3) てんかん等の既往及び疑いがある場合については、けいれん止めの薬剤は保護者が用意すること。消費期限等の管理及び保管方法は、保護者の責任のもとで行うこと。

#### 6. 退園及び受入れ継続不可等

- (1) 医療的ケアの状態の変化等により、町で規定する医療的ケアの内容以外の医療的ケアが必要となった場合で、実施園において対応できない時は、原則、退園となること。
- (2) 実施園の人員、施設又は設備の状況により、入園できなくなる場合があること。
- (3) 以下に該当する事項が継続された場合に受入れが困難になる可能性があること。
  - ア) 必要時に保護者等との連絡が3日以上取れない場合
  - イ) 保護者より定期受診の結果の報告が得られない場合
  - ウ) 家庭より医療的ケアに必要な物品等が保育園に提供されない場合
  - エ) 主治医から登園に対する協力が得られない場合

#### 7. 情報共有

- (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及び検討会議等で情報共有すること。
- (2) 緊急時対応のため、町に提出された主治医からの「主治医意見書（様式第3号）」及び「医療的ケアに関する指示書（様式第8号）」の内容を嘱託医と情報共有すること。また、緊急時の搬送を想定し、必要に応じて医療機関及び比企広域消防組合に同様の内容を情報共有すること。
- (3) 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うえで必要なことは、他の医療的ケア児の保護者との間で共有する場合があること。

## 【様式集】

- (様式第1号) 医療的ケア実施申込書  
保護者が記載し、子育て支援課へ提出する。
- (様式第2号) 医療的ケアに係る調査票  
保護者が記載し、子育て支援課へ提出する。
- (様式第3号) 主治医意見書  
主治医が記載する。保護者は、主治医に記入を依頼し、子育て支援課へ提出する。
- (様式第4-1号または4-2号) 保育のめやす  
主治医が記載する。保護者は、主治医に記入を依頼し、子育て支援課へ提出する。
- (様式第5号) 医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書  
保育園への受入れに関する事項について、保護者は確認し同意をいただいたうえで、保護者から子育て支援課又は保育園へ提出する。
- (様式第6号) 看護師等による体験保育記録票  
体験保育実施後、看護師等が記載し、子育て支援課へ提出する。
- (様式第7号) 利用可否決定通知書  
子育て支援課から医療的ケア実施可否検討の結果を保護者へ通知する。
- (様式第8号) 医療的ケアに関する指示書  
主治医が記載する。保護者は、主治医に記入を依頼し、子育て支援課または保育園へ提出する。
- (様式第9号) 医療的ケア実施承諾書  
子育て支援課及び保育園より保護者へ医療的ケアの実施内容及び保育体制等を説明し、同意をいただいたうえで保護者から子育て支援課または保育園に提出する。
- (様式第10号) 医療的ケア実施計画書  
医療的ケアを共通理解し実施するための計画。実施保育園にて具体的に作成する。
- (様式第11号) 医療的ケア日誌  
保護者が児童の園での様子がわかるよう、保育中の様子や医療的ケア実施状況を看護師等が記載する。
- (様式第12号) 緊急連絡カード  
緊急時の連絡先を共通理解するために保護者が記載する。保育園で保管する。
- (様式第13号) 災害時対応マニュアル  
災害時の避難方法や避難場所、児童への対応、必要物品等を記載する。保護者と協議し実施園で作成する。必要に応じて保護者より主治医に助言をもらう。

●（様式第14号）予想される緊急時の対応

医療的ケアに関連するアクシデントに係る対応策を記載する。保護者と協議し実施園で作成する。必要に応じて保護者より主治医に助言をもらう。

●（様式第15号）安全管理マニュアル（1日の流れの中で予想される事故）

保育活動に合わせ、起こりうることやその予防・対応策を記載する。保護者と協議し実施園で作成する。必要に応じて保護者より主治医に助言をもらう。

●（様式第16号）医療的ケアに係るヒヤリハット報告書

医療的ケア実施中、事故に至る可能性があったが事前に発見され防ぐことができた場合の内容を記録する。

●（様式第17号）保育園における医療的ケア終了に関する届出書

主治医の指示のもと、保育園での医療的ケアが終了した場合に保護者が記載し保育園または子育て支援課へ提出する。

●（様式第18号）主治医受診結果連絡票

少なくとも6か月に1回以上、主治医の診察を受け、保護者及び主治医が記載し、子育て支援課又は保育園に提出する。

医療的ケア実施申込書

川島町長あて

保護者氏名  
児童との続柄  
住所 川島町

下記の児童について、保育園において医療的ケアを希望します。

1 医療的ケアを実施する児童

フリガナ		男	生年	年 月 日
児童名		・	月日	(満 歳 か月)
電話番号				
緊急連絡先1	氏名： 続柄等： 連絡先：	緊急連絡先2	氏名： 続柄等： 連絡先：	
現住所	〒 - 川島町	第一希望 保育園		

2 主治医

主治医	医療機関名	
	所在地	
	診療科	
	医師名	

3 保育園で必要となる医療的ケアの内容及び方法

医療的ケアの内容 あてはまるものを○で囲ってください。	保育園で実施必要とするケアの回数、時間帯等
経管栄養 経鼻経管・胃ろう・腸ろう	
喀痰吸引 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部	
導尿	
酸素療法の管理（酸素吸入）	
インスリン注射	



川島町長 あて

保護者氏名  
住所

医療的ケアに係る調査票

対象児童名		男 女	生年月日	年 月 日
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 / )			
手帳等の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・A・B・C)			
	<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)			
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			
内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名: )			
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度: 状況: )			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容、状況: )			
運動機能	<input type="checkbox"/> 首の座り ( か月) <input type="checkbox"/> 寝返り ( か月) <input type="checkbox"/> 座位 ( か月) <input type="checkbox"/> はいはい ( か月)			
姿勢・移動	姿勢の換え方	<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 ※普段使用する物品 ( ) ※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"/> 車いす (自走・介助・電動) <input type="checkbox"/> その他		

排泄	尿	尿意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回 / 日)
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 ( 回 / 日) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	便	便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回 / 日) 使用中の薬剤 ( )
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 浣腸 ( 回 / 日) <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 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（ ）
	方法	<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 注入内容（ ） トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 注入量・回数（ ）
	血糖値 測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時間（ : 、 : 、 : ）
	インスリ ン投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時間（ : 、 : 、 : ）
呼 吸 管 理	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	交換頻度 トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	吸引	<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"/> 気管カニューレ内部
	酸素吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	人工 呼吸器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	薬剤の 吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
出生時の状況	妊娠期間	週	日
	体重	g	
	身長	cm	
	単・多	単・多胎	
その他	集団生活を送るうえで配慮が必要な点等		

主治医意見書

川島町長 あて

児童氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

病名 (障がい名) \_\_\_\_\_

1. 症状、今後の見通しなどについて

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. 本児童が保育施設で集団生活を行うことについて(いずれかに☑のうえ、下記1~10にご記入ください)

望ましくない→理由 \_\_\_\_\_

望ましい →理由 \_\_\_\_\_

No.	項目名	必要等の有無 (いずれかに☑)	特記事項 (どのような点に配慮が必要なのか等)
1	健康状態への配慮	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
2	食事の制限や配慮	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
3	排泄への配慮	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
4	睡眠への配慮	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
5	運動の制限や配慮	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
6	屋外の運動への制限 や配慮	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
7	感覚異常	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
8	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> とれる <input type="checkbox"/> 苦手	
9	言葉の遅れ	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
10	その他 特記すべき配慮	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	

3. 医療的ケアの要否：□必要（下記該当行為に☑のうえ、裏面に詳細の記入をお願いします） □不要  
 □吸引(□鼻腔内 □口腔内 □カニューレ内) □経管栄養(□経鼻 □胃ろう □腸ろう □その他)  
 □人工呼吸器 □酸素吸入 □導尿 □血糖値測定 □インスリン注射 □その他( )

医療ケア	<input type="checkbox"/> 吸引 (□鼻腔内 □口腔内 □カニューレ内) 挿入の長さ _____ cm サイズ _____ Fr 吸引圧 _____ kpa 以下 ※注意点 _____
	<input type="checkbox"/> 吸引 (□鼻腔内 □口腔内 □カニューレ内) 挿入の長さ _____ cm サイズ _____ Fr 吸引圧 _____ kpa 以下 ※注意点 _____
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (□経鼻 □胃ろう □腸ろう □その他) 時間 _____ 内容 _____ 方法 _____ 量 _____ (所要時間) _____ 分 挿入の長さ _____ cm サイズ _____ Fr ※注意点 _____
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 起こりやすいトラブル _____ ※注意点 _____
	<input type="checkbox"/> 導尿 時間 _____ 挿入の長さ _____ cm サイズ _____ Fr ※注意点 _____
	<input type="checkbox"/> その他 (必要な医療ケア・観察ポイント・保育時の注意点等)
与薬	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 注入 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 時間 _____ 種類 _____
栄養	<input type="checkbox"/> 経口 (ペースト、きざみ食、幼児食) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (※上記医療ケアに記載)

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

## 保育のめやす（1～2歳児）

年 月 日作成

児童名		男 女	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	クラス
診断名					

下記の表は通常保育活動です。年齢に関係なくこの表の中から可能な項目に印をつけてください。年齢相当以下の活動であれば、おおむね相当する年齢欄に記入してください。

年齢別 活動内容	軽い運動		中程度の運動		強い運動		
	1 歳 児	<input type="checkbox"/> 砂遊び	<input type="checkbox"/> すべり台を自分で滑る	<input type="checkbox"/> ボールを追う	<input type="checkbox"/> 散歩（ 分程度まで可能）	<input type="checkbox"/> 階段の昇り降り（ 段位）（室内2往復程度）	<input type="checkbox"/> コンビカー（四輪ミニカー）に乗る
		<input type="checkbox"/> 走る（ 分程度まで可能）	<input type="checkbox"/> 坂登り	<input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を動かす	<input type="checkbox"/> 水遊び（膝まで水につける）		
2 歳 児	<input type="checkbox"/> 砂遊び	<input type="checkbox"/> すべり台を自分で滑る	<input type="checkbox"/> その場でジャンプする	<input type="checkbox"/> 散歩（最高2km往復40分程度）	<input type="checkbox"/> 階段の昇り降り（歩道橋等）	<input type="checkbox"/> 三輪車をこぐ	
	<input type="checkbox"/> 走る（ 分程度まで可能）（鬼ごっこをしながら15分程度）	<input type="checkbox"/> 高い所から飛び降りる（50cmくらい）	<input type="checkbox"/> 音楽に合わせてリズムカルに動く	<input type="checkbox"/> 水遊び（膝まで水につける）			

保育時間の制限	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 時間）	
行事その他	生活
<input type="checkbox"/> 遠足（徒歩） <input type="checkbox"/> 遠足（バス） <input type="checkbox"/> 運動会	<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 沐浴 <input type="checkbox"/> 薄着
所見	
<input type="checkbox"/> 呼吸困難・頻呼吸 <input type="checkbox"/> SpO2の低下 <input type="checkbox"/> 分泌物の増加 <input type="checkbox"/> 脈の異常（頻脈） <input type="checkbox"/> けいれん	
<input type="checkbox"/> その他（ )	

指導する区分に○をしてください。

指導区分	A	B	C	d
	基本的な生活は可能だが運動は不可	軽い運動には参加可	中程度の運動まで参加可	強い運動にも参加可

※「軽い運動」…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。

※「中程度の運動」…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。

※「強い運動」…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。

## 保育のめやす(3~5歳児)

年 月 日

児童名		男 女	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	クラス
診断名					

下記の表は通常保育活動です。年齢に関係なくこの表の中から可能な項目に印をつけてください。年齢相当以下の活動であれば、おおむね相当する年齢欄に記入してください。

	軽い運動	中程度の運動	強い運動	
年齢別活動内容	3歳児	<input type="checkbox"/> 砂遊び <input type="checkbox"/> すべり台を滑る <input type="checkbox"/> ボールを投げたり蹴ったりする	<input type="checkbox"/> 散歩( 分まで) (最高3km往復50分程度) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り( 階程度) (歩道橋等) <input type="checkbox"/> 鉄棒のぶらさがり <input type="checkbox"/> 三輪車をこぐ <input type="checkbox"/> マット遊び	<input type="checkbox"/> 走る( mまで)( 分まで) (鬼ごっこで休憩しながら20分程度)(長距離かけっこ200m) <input type="checkbox"/> 水遊び <input type="checkbox"/> プール遊び(プール内20分程度) <input type="checkbox"/> 高い所から飛び降り(60cm程度) <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を動かす
	4歳児	<input type="checkbox"/> 砂遊び <input type="checkbox"/> すべり台を滑る <input type="checkbox"/> ボールを投げたり、蹴ったりする	<input type="checkbox"/> 散歩( 分まで) (最高4km往復1時間程度) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り( 階程度) (歩道橋等) <input type="checkbox"/> 鉄棒の前回り・足抜きまわり <input type="checkbox"/> 登り棒を補助されて登る <input type="checkbox"/> 水遊び	<input type="checkbox"/> 走る( mまで)( 分まで) (鬼ごっこで休憩しながら30分程度)(長距離かけっこ300m) <input type="checkbox"/> プール遊び(プール内30分程度) <input type="checkbox"/> ドッジボール <input type="checkbox"/> 相撲 <input type="checkbox"/> 縄跳び <input type="checkbox"/> 太鼓橋を渡る <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を動かす
	5歳児	<input type="checkbox"/> 砂遊び <input type="checkbox"/> すべり台を滑る <input type="checkbox"/> ボールを投げたり、蹴ったりする	<input type="checkbox"/> 散歩( 分まで) (最高5km往復75分程度) <input type="checkbox"/> 鉄棒前回り <input type="checkbox"/> 物を運ぶ(給食・バケツの水) <input type="checkbox"/> 登り棒を自分で上まで登る <input type="checkbox"/> 太鼓橋を渡る <input type="checkbox"/> 水遊び	<input type="checkbox"/> 走る( mまで)( 分まで) (鬼ごっこで休憩しながら40分程度)(長距離かけっこ500m) <input type="checkbox"/> プール遊び( 分まで)(プール内20~30分程度) <input type="checkbox"/> 跳び箱を助走して跳ぶ <input type="checkbox"/> 鉄棒の逆上がり <input type="checkbox"/> 相撲 <input type="checkbox"/> サッカー <input type="checkbox"/> ドッジボール <input type="checkbox"/> 縄跳び <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を動かす



## 医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書

	確認事項	確認欄
1	「川島町立保育園における医療的ケア児の受入れ等に関するガイドライン」をよく読み、理解しました。また、「第6 保護者への説明事項」の内容を理解し、全て了承します。	<input type="checkbox"/>
2	やむを得ない事情により医療的ケアを行う看護師等が勤務できない場合には、保護者等が付き添います。また、保育中の医療的ケア実施の体制が取れない場合は、保育の利用ができないことがあることを了承します。	<input type="checkbox"/>
3	園内で感染症が一定数以上発症した場合の登園の判断は、保護者の責任で行います。また、保育施設の判断で登園を控える場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
4	保育施設が必要と認める場合、保護者の費用負担で主治医等を受診することを了承します。	<input type="checkbox"/>
5	児童の症状に急変が生じ、緊急事態と保育施設が判断した場合その他の必要な場合には、保護者等へ連絡する前に児童を医療機関に搬送し、受診または治療が行われることがあります。なお、それに伴い生じた費用は保護者の負担になることを了承します。	<input type="checkbox"/>
6	栄養チューブの交換は、保護者等が、自己の責任の下、自宅や受診時に行います。	<input type="checkbox"/>
7	災害時対策として、1日分の薬と食事（栄養剤）を事前に持参します。	<input type="checkbox"/>
8	児童の病態の変化等により、町が規定する医療的ケアの内容以外の医療的ケアが必要になった場合は、保育施設へ速やかに相談することを了承します。	<input type="checkbox"/>
9	保育施設等の人員、施設又は設備の状況により、該当保育施設での児童の受入れができなくなる場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
10	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うえで必要な範囲で、他の児童の保護者との間で必要最低限の情報を共有する場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
11	1～10のほか、保育施設との間で取り決めた事項を順守します。	<input type="checkbox"/>

川島町長 あて

以上の医療的ケアを必要とする児童の保育に関する内容を確認し、同意をしました。

年 月 日

保護者署名



(様式第6号)

看護師等による体験保育記録票

( 年 月 日実施)

児童名	フリガナ	生年月日 年 月 日 ( 歳 か月)	
実施園		観察者	
		対応者	
母親との様子			
様子・遊び・興味・関心	集団における行動の		
コミュニケーション			
身体面・運動面			
基本的 生活習慣	食事		
	排泄		
	着脱		
	その他		
観察者の所見			

保護者名 様

川島町長

### 利用可否決定通知書

年 月 日付で申請のあった利用申請については、次のとおり利用を可(否)と決定しましたので、通知します。

#### 1 利用可の決定

対象 児童名	フリガナ	生年月日	
	氏名		
	住所		
医療的ケア内容			
注意事項	決定事項に変更が生じる場合は、改めて「医療的ケア実施申込書（様式第1号）」、「主治医意見書（様式第3号）」、「医療的ケアに関する指示書（様式第8号）」を届け出ください。		

#### 2 利用不可の決定

利用不可の理由
---------

(様式第8号)

医療的ケアに関する指示書

川島町長 あて

保育園での医療的ケアについて、下記のとおり実施するように指示します。

児童氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病名 (障がい名) \_\_\_\_\_

医療ケア	<input type="checkbox"/> 吸引 ( <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内) 挿入の長さ _____ cm サイズ _____ Fr 吸引圧 _____ kpa 以下 注意点 _____
	<input type="checkbox"/> 吸引 ( <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内) 挿入の長さ _____ cm サイズ _____ Fr 吸引圧 _____ kpa 以下 注意点 _____
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他) 時間 _____ 内容 _____ 方法 _____ 量 _____ (所要時間) _____ 分 挿入の長さ _____ cm サイズ _____ Fr 注意点 _____
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸 起こりやすいトラブル _____ 注意点 _____
	<input type="checkbox"/> 酸素吸入 酸素流量 ( _____ ) 1/分 SpO2 ( _____ ) % 以下の場合 注意点 _____
	<input type="checkbox"/> 導尿 時間 _____ 挿入の長さ _____ cm サイズ _____ Fr 注意点 _____
	<input type="checkbox"/> その他 (必要な医療ケア・観察ポイント・療育時の注意点等)
与薬	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 注入 <input type="checkbox"/> 吸入 時間 _____ 種類 _____

<p>栄養</p>	<p><input type="checkbox"/>経口（ペースト、きざみ食、幼児食）  <input type="checkbox"/>経管栄養（※上記医療ケアに記載）</p>
<p>緊急時の 対応</p>	<p><input type="checkbox"/>熱性けいれん  （座薬：有・無 ※注意点 _____）  <input type="checkbox"/>経管栄養チューブ抜去  _____</p> <p><input type="checkbox"/>気管カニューレ抜去  _____</p> <p><input type="checkbox"/>その他  _____  _____</p>
<p>保育園で の注意 （配慮） 事項及び 活動の制 限等</p>	

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

**【主治医様】**

指示事項に変更がある場合は、その都度、こちらの指示書によりご指示ください。

(様式第9号)

### 医療的ケア実施承諾書

医療的ケアについて、下記のとおり実施いたします。

実施にあたり、下記の留意事項等をご確認いただき、実施園で安全で楽しい生活が送れますようご協力をお願いいたします。

記

児童名		男・女	生年 月日	年 月 日 (満 歳 か月)
-----	--	-----	----------	-------------------

○実施する医療的ケアの内容

医療的ケアの項目	実施する内容

○医療的ケア開始日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

○保育時間 \_\_\_\_\_ 時 分から \_\_\_\_\_ 時 分 まで

○緊急時の対応

- (1) 緊急事態発生時は、主治医の指示内容を基に、病院に連絡を行い、必要な措置を講じます。同時に保護者等に連絡します。
- (2) 保護者は、常に連絡が取れる体制を整え対応をお願いいたします。

○留意事項

- (1) 定期的に主治医の診察を受け、結果や指示を実施園にご連絡ください。
- (2) 町の要請に応じて、主治医の意見書、指示書をご提出ください。
- (3) 登園時、児童の健康状態について担任、看護師等に連絡し、当日の医療的ケアの内容について確認し合ってください。
- (4) 医療的ケアの実施に必要な用具、医療機器等の点検及び消耗品の補充をお願いします。
- (5) 使用後の物品については、ご家庭に持ち帰り処分をお願いします。
- (6) 実施園が必要と判断する場合は、看護師とともに医療的ケアの実施をお願いします。
- (7) 災害時に備え、内服薬等は必要数を毎日ご持参ください。

上記について、内容を確認し、承諾します。

\_\_\_\_\_ 年 月 日

川島町長あて

保護者住所 \_\_\_\_\_  
保護者氏名 \_\_\_\_\_

(様式第10号)

医療的ケア実施計画書

作成日： 年 月 日

児童名		男・女	生年 月日	年 月 日 (満 歳 か月)
実施 担当者	(職名)	(氏名)		
医療的ケアの内容		実施手順		準備物・留意点

(様式第11号)

### 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報告を担当看護師が記載するものであり、保育園に保管する。

児童名： \_\_\_\_\_ 医療的ケアの種類： \_\_\_\_\_

所属園： \_\_\_\_\_

年 月 日 ( )	担任		担当看護師	
家庭での様子聞き取り内容	園での様子		医療的ケアの状況	

年 月 日 ( )	担任		担当看護師	
家庭での様子聞き取り内容	園での様子		医療的ケアの状況	

年 月 日 ( )	担任		担当看護師	
家庭での様子聞き取り内容	園での様子		医療的ケアの状況	

(様式第12号)

### 緊急連絡カード

\_\_\_\_年度 児童名: \_\_\_\_\_ 所属: 保育園 \_\_\_\_\_ 組( 歳児クラス)

連絡先① 氏名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_  
携帯 \_\_\_\_\_  
自宅 \_\_\_\_\_

連絡先② 氏名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_  
携帯 \_\_\_\_\_  
自宅 \_\_\_\_\_

連絡先③ 氏名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_  
携帯 \_\_\_\_\_  
自宅 \_\_\_\_\_

#### ①かかりつけ医

病院名: \_\_\_\_\_  
住所: \_\_\_\_\_  
電話: \_\_\_\_\_  
主治医: \_\_\_\_\_科 \_\_\_\_\_医師

#### ②かかりつけ医

病院名: \_\_\_\_\_  
住所: \_\_\_\_\_  
電話: \_\_\_\_\_  
主治医: \_\_\_\_\_科 \_\_\_\_\_医師

#### ③かかりつけ医

病院名: \_\_\_\_\_  
住所: \_\_\_\_\_  
電話: \_\_\_\_\_  
主治医: \_\_\_\_\_科 \_\_\_\_\_医師

発生時の対応



災害時対応マニュアル

保育園名				作成日： 年 月 日
児童名		男・女	( 歳児クラス)	
診断名				
緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先 (自宅・職場・携帯)	
	氏名	続柄	連絡先 (自宅・職場・携帯)	
	氏名	続柄	連絡先 (自宅・職場・携帯)	

<input type="checkbox"/>	使用医療機器 (通常時設定数値)	内部バッテリーの有無/外部バッテリーの有無	停電代替対応 <small>バッテリーがない場合</small>
<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	

※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

災害時に持参するもの

- |   |   |   |
|---|---|---|
| ① | ④ | ⑦ |
| ② | ⑤ | ⑧ |
| ③ | ⑥ | ⑨ |

避難手順

避難場所

※地震の場合

※水害の場合

※火災の場合

備蓄品

(様式第14号)

予想される緊急時の対応

保育園名		作成日	年 月 日
児童名		男・女	生年月日 ( 歳児クラス)
安静時バイタル	体温： °C	脈： 回/分	呼吸： 回/分 SpO2： %
診断名			
医療的ケア実施内容			

医療的ケア実施内容

予想される緊急状況	予想される症状	対処方法	緊急連絡先

(様式第15号)

安全管理マニュアル (1日の流れの中で予想される事故)

保育園名		作成日： 年 月 日	
児童名		男・女	( 歳児クラス)
診断名			
登園	○予想される危険		
	○対応策		
保育中	○予想される危険		
	○対応策		
医療的ケア管理	○予想される危険		
	○対応策		
おやつや食事	○予想される危険		
	○対応策		
午睡中	○予想される危険		
	○対応策		
園外活動	○予想される危険		
	○対応策		

(様式第16号)

医療的ケアに係るヒヤリハット報告書

提出日： 年 月 日

記入者氏名： \_\_\_\_\_

対象児童名		生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
発生日時	年 月 日 ( )	場所	
	時 分		
医療的ケアの内容			
原因			
ヒヤリハットした内容・経緯			
防止策			

(様式第17号)

保育園における医療的ケア終了に関する届出書

届出年月日 年 月 日

川島町長 あて

保護者名

児童名

上記の児童は、保育園利用開始時に必要であった下記の医療的ケアに関して、主治医の指示のもと、下記の期日をもってその医療的ケアを終了しても安全な日常生活を送ることが可能であることが確認できたので、お届けします。

記

○医療的ケア名：

○終了日： 年 月 日

(様式第18号)

川島町長 あて

提出日 年 月 日

保護者氏名

住所

主治医受診結果連絡票

対象児童に対する受診結果連絡票を提出します。

対象児童名		男・女	生年 月日	年 月 日
受診日	年 月 日			
医療機関名		医師名		
主治医からの 指示事項	(保育園での留意事項、行事への参加等について記入してください。)			
検査を受けた場合は、結果等について項目に☑の上、内容を記入ください。				
<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☑の上、記入ください。				
<input type="checkbox"/> 変更なし				
<input type="checkbox"/> 変更あり	(変更内容)			