

記入日 R 年 月 日

ふりがな 児童名		男・女	H・R 年 月 日生（ 歳 カ月）
住所	那覇市		
保護者	父：	母：	
電話番号	父：	母：	

【医療ケア】

診断名（				）			
① 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） ②導尿 ③ 酸素吸入				※担当保健師 なし・あり （ ）			
② 喀痰吸引（口腔・鼻腔内・気管カニューレ内部）							
④ 血糖値測定・インスリン注射 ⑤その他							
【具体的な内容】							
【医療施設】							
病院		科	先生	電話番号	通院	回/	月・週
病院		科	先生	電話番号	通院	回/	月・週
病院		科	先生	電話番号	通院	回/	月・週
【訪問診療】 利用 なし ・ あり （ 訪問頻度 回/月・週 ）							
病院		科	先生	電話番号			
【訪問看護】 利用 なし ・ あり （ 訪問頻度 回/ 月・週 ）							
病院		科	担当者名	電話番号			
【訪問リハビリ】 利用 なし ・ あり （ 訪問頻度 回/ 月・週 ）							
病院		科	担当者名	電話番号			
【児童発達】（福祉サービス） 利用 なし ・ あり （ 回/ 月・週 ）							
事業所名		担当者		電話番号			
相談事業所		相談員		電話番号			
【集団保育について 】							
主治医に保育園入園に関する相談をしていますか はい ・ いいえ							

那覇市長 様

主治医意見書(医療的ケア児用)

ふりがな 児童氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日生			
	男・女		(令和 年4月1日時点の年齢 歳)			
保護者名	続柄 ()		連絡先	— —		
住所	那覇市					

太枠内、医師の記入《お医者様へ》医療的ケアの内容については、別紙 1 をご参照ください。

病名・診断名	
今後の見通し	
①薬の服用	☐ あり（1日 回）薬の内容： ☐ なし
②保育施設での 集団保育の可否	保育施設は、乳幼児が長時間にわたり集団で過ごす場です。食事や午睡、集団での遊びなど他 のお子さんと同じ保育室の中で集団で過ごします。 ☐ 保育施設での集団保育は可能 ☐ 保育施設での集団保育は不可
③日常的に必要 な 医療ケアな ど	☐ 注射 ☐ 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう) ☐ 吸引 ☐ 酸素吸入 ☐ 血糖値測定 ☐ インスリン注射 ☐ 導尿 ☐ 気管カニューレ ☐ 腎ろう ☐ ストマ(人工肛門) ☐ 服薬 ☐ 医療的ケアの必要はない
④保育・教育施設 において必要 な医療ケアなど	☐ 注射 ☐ 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう) ☐ 吸引 ☐ 酸素吸入 ☐ 血糖値測定 ☐ インスリン注射 ☐ 導尿 ☐ 気管カニューレ ☐ 腎ろう ☐ ストマ(人工肛門) ☐ 服薬 ☐ 医療的ケアの必要はない
⑤摂食・嚥下の 状況	経口摂取： ☐ 可 ☐ 一部可 ☐ 不可 食事形態： ☐ 普通食 ☐ きざみ食 ☐ ペースト食 その他 ()

(裏面へ続く)

⑥排尿状態	排尿障害 ☐ あり（内容： ） ☐ なし	
⑦発作の状況	けいれん発作： ☐ 有 ☐ 無 シリーズ形成： ☐ 有 ☐ 無 内容 （ ）	
	発作時の対応： ☐ その場で様子を見る ☐ その場で座薬を挿入する ☐ 救急搬送する ☐ 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	
保育施設での生活上配慮及び活動の制限	保育施設での集団保育における配慮 ☐ 常に必要とする 内容：	
	☐ 部分的に必要とする（本児のペースで発達に応じた生活および運動が可能） ☐ 必要としない（同年齢児童と同じ強度・速度の生活および運動が可能）	
	活動の制限： ※ 別紙2『保育施設における活動のめやす』を参考にしてください ☐ 基本生活は可能だが運動は不可 ☐ 軽い運動には参加可 ☐ 強い運動にも参加可	
その他		

上記のとおり意見書とします。

記入日 令和 年 月 日
 医療機関名
 住所
 主治医氏名 _____ 印

医療的ケアとは

医療的ケアとは、日常生活の中で恒常的に必要とされる医療行為（医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼす、又は危害を及ぼす恐れのある行為）のことであり、医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律では、「人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為」とされています。

医療的ケアの種類とケアの内容については、国ガイドラインに基づき下表のとおりとします。

なお、病気の治療のための医療行為や風邪等に伴う一時的な服薬等は医療的ケアには、含まないものとします。

医療的ケアの種類	医療的ケアの内容
経管栄養	・自分の口から食事を取れなくなった人に対し、鼻あるいは口から胃まで挿入されたチューブや、胃ろう・腸ろう（胃や腸から皮膚までを専用のチューブで繋げる）を通じて、栄養剤を胃や腸まで送る方法です。
服薬管理	・主治医の処方箋に基づき、薬の管理を日々行い、指定された時間に服薬援助を行います。処方された薬を処方通りに正しく服薬できる習慣を身に付け、薬の飲み忘れの防止、受診への意識付けを図ります。
吸引	・痰や唾液、鼻汁などを自分の力だけでは十分に出せない場合に、器械を使って出す手伝いをするを指します。吸引は、本人にとって決して楽なものではないですが、痰や唾液を取り除くことで、呼吸を楽にし、肺炎などの感染症を予防するために必要です。
導尿	・排尿障害により、自力で排尿が難しい場合に、膀胱にカテーテルを留置し、排尿するものを指します。 ・子どもの場合、成長に伴い自分で導尿ができるようになる場合もあります。その場合でも、身体介助や清潔操作の介助が必要になる場合があるが、その際の介助は医療行為には当たりません。
酸素療法（在宅酸素療法）	・呼吸機能の低下が原因で、体内の酸素が不足している場合、酸素供給器等を使い、酸素を補います。
気管切開部の管理	・気管とその上部の皮膚を切開してその部分から気管にカニューレを挿入することで気道を確保している者について、気管カニューレ周辺の管理を行います。
吸入	・呼吸器系の疾患を持つ患者が薬剤の吸入をしたり、スチームの吸入をしたりします。
人工呼吸器の管理	・人工呼吸器（肺を出入りする空気の流れを補助するために用いる機械であり、その目的は適切な換気量の維持、酸素化（酸素が血液に取りこまれること）の改善、呼吸器仕事量（呼吸のために呼吸筋群が行う仕事量）の軽減を図るもの。）の動作確認や設定等の管理を行います。
インスリン注射（皮下注射の管理を含む）	・糖尿病によりインスリンの分泌が十分でない場合等、定期的なもしくは、身体状況や医師の指示に合わせて主に皮下注射によりインスリンを補います。
人工肛門（ストーマ）	・病気などにより自然に排便が難しい場合に、腹部に排使用のルートを造るものを指します。 ・装具の開発が進み、生活上の不便や不快感は少ないです。 ・人工肛門の装具の交換、排泄物の処理は医療行為には当たりません。

		軽い運動	中度の活動	強い活動
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 ○はって行き、マットの山をよじ登り降りる	○高い高い ○水遊びをする ○布にのせてゆさぶられる
	1歳児	○砂遊び ○室内遊び ○室内すべり台をすべる	○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 ○少し高いところから飛び降りる ○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 ○高いところから飛び降りる ○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 ○高いところから飛び降りる
	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・バスなど ○運動会			

(様式3)

____さん の1日の過ごし方について

時間	医療的ケア・生活面	育児(親の関り) 活動(子ども主体)	児童デイや訪問看護の利用

記入例

那覇 太郎 さんの1日の過ごし方について

時間	医療的ケア・生活面	育児(親の関り) 活動(子ども主体)	児童デイや訪問看護の利用
7:00	- 起床 - おむつ交換 - 痰の吸引 - 導尿 - 注入(栄養剤・服薬)	- ケアの準備(母) - TVみながら手遊びして遊ぶ	火曜日木曜日は 児童デイでのケア (導尿・痰吸引・注入)
8:30	- ガーゼ交換 - 着替え	- ケアの準備 - 食事の準備	
9:00	食事 (ミキサー食80g)	全介助で食べる (バウンサーに座る)	
11:00	導尿	ケアの準備	
11:30	痰の吸引(適宜)	ケアの準備	
12:00	注入(栄養剤・服薬)	注入の間はテレビを見ている (20分程)	
15:00	導尿	- ケアの準備 - 寝入りにぐずる(抱っこ)	
16:00	- お昼寝 - お風呂		
17:30		- 外出(散歩・買い物) - ケアの準備	
18:00	痰の吸引		
19:00	- 注入(栄養剤・服薬) - 導尿 - 注入(水分・服用)	手遊び、おもちゃ遊び	・訪問看護さんとお風呂、ケア(訪問看護は毎日利用) ・足のマッサージ
21:00		母と添い寝	
23:00	- 就寝 - 導尿	ケアの準備(父)	
1:00	- 注入(水分・服薬) - 痰の吸引(適宜)	ケアの準備	

(様式4)

こみら第 号
令和 年 月 日

保護者氏名 様

こどもみらい部こどもみらい課
課長

那覇市医療的ケア児教育・保育施設等入所検討会の結果通知

結果について、下記のとおりお知らせします。

記

- 1 対象者 申請児童氏名(ふりがな)
- 2 判断結果 「那覇市医療的ケア児等保育教育施設入所検討会」において検討した結果、
下記のとおり判断されました。
☐医療ケア児としての申し込みが適当である。
☐一般での申し込みが適当である。
- 3 特記事項 入所申込書一式に本状を添えて、令和 年 月 日までに、
こどもみらい課に申請をしてください。

以上

【担当課】
こどもみらい部
こどもみらい課入所給付グループ
TEL:098-861-6903

(様式5)

就学前教育・保育施設 医療的ケア実施申込書

1 医療的ケアの実施を申込みする児童

保育所名			
児童氏名		生年月日	年 月 日(歳)
現 住 所			
電話番号 (携帯番号)		緊急 連絡先	

2 保育施設に依頼する医療的ケアの内容

(該当するケアの内容に☑をつけ、()内の該当する項目に○を記入してください)

☐ たん吸引 (口・鼻 ・ 気管カニューレ内)
☐ 経管栄養 (経鼻経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう)
☐ 導尿
☐ 酸素管理
☐ その他 ()

3 予想される緊急時の対応

医療的ケアの内 容	予想される緊急時の状態	対応・緊急搬送先
たん吸引		
経管栄養		
導尿(補助)		
酸素管理		
その他		

那覇市長 様

上記の医療的ケアについて、就学前教育保育施設での実施を申し込みます。

年 月 日

保護者署名

(様式6)

医療的ケアに関する指示書

☐ 新規

☐ 継続 前回の指示内容と変更がないため、前回確認した実施計画書のとおり継続可

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			
※当該の指示内容に ☒ (チェック)・必要事項を記入してください。			
☐ 口腔内の喀痰吸引 ☐ 鼻腔内の喀痰吸引 ☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ☐ 経管栄養(経鼻) ☐ 経管栄養(胃ろう) ☐ 経管栄養(腸ろう) ☐ その他 ()			
☐ 気管切開部の観察	☐ 単純気管切開 ☐ 喉頭気管分離 ☐ その他() 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・気管内出血等への対応など 〔 〕		
☐ 喀痰吸引	☐ 鼻、口からの吸引 吸引カテーテルのサイズ()Fr. 吸引圧()kPa 以下 鼻から挿入の長さ()cm 口から挿入の長さ()cm 注意点など〔 〕 ☐ 気管カニューレからの吸引(または気管内吸引) 吸引カテーテルのサイズ()Fr. 吸引圧()kPa 以下 カニューレ入り口からの挿入の長さ()cm 注意点及び緊急時等〔 〕		
☐ 薬液吸入	吸入時間(:)(:) 吸入薬内容/量(/)(/) 注意点及び緊急時等〔 〕		
☐ 酸素管理	酸素流量()L/分 使用場面〔 〕 SPO2()%以下の場合〔 〕 注意点及び緊急時等〔 〕		
☐ 人工呼吸器のチェック	種 類 ☐ TPPV ☐ NPPV(☐ 鼻 ☐ 鼻・口) メーカー・機種() 業者名() モード() 換気回数(f): 回/分 酸素濃度(Fio2): 離 脱 ☐ 不可 ☐ 可(分) 注意点及び緊急時等〔 〕		

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。 児名氏名()

☐ 経管栄養	種類 ☐鼻腔留置チューブ サイズ()Fr. 挿入長さ ()cm ☐胃ろう ☐腸ろう
	☐栄養剤注入 実施時間(:)(:)(:)(:) 内容・量 () 注入時間(分～ 分) ・胃残量が()ml未満の時は そのまま予定量を注入する ()ml 以上 ()ml 未満の時() ()ml 以上の時は () ・胃残の色に異常がある(褐色・黄色・緑色)場合は、() ・その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 () ☐薬剤注入 実施時間(:)(:) 注意点及び緊急時等〔 〕
☐ ろう部の観察 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) 注意点及び緊急時等〔 〕
☐ 血糖値 測定等	1 回数・時間 ・1日 ()回測定 ・園内での測定時間(:)(:) 2 血糖測定後の対応 3 注意点及び緊急時等〔 〕
その他、特記事項	

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

(様式7)

年 月 日

保護者名 _____ 様

施 設 名 :

施設長名 :

所 在 地 :

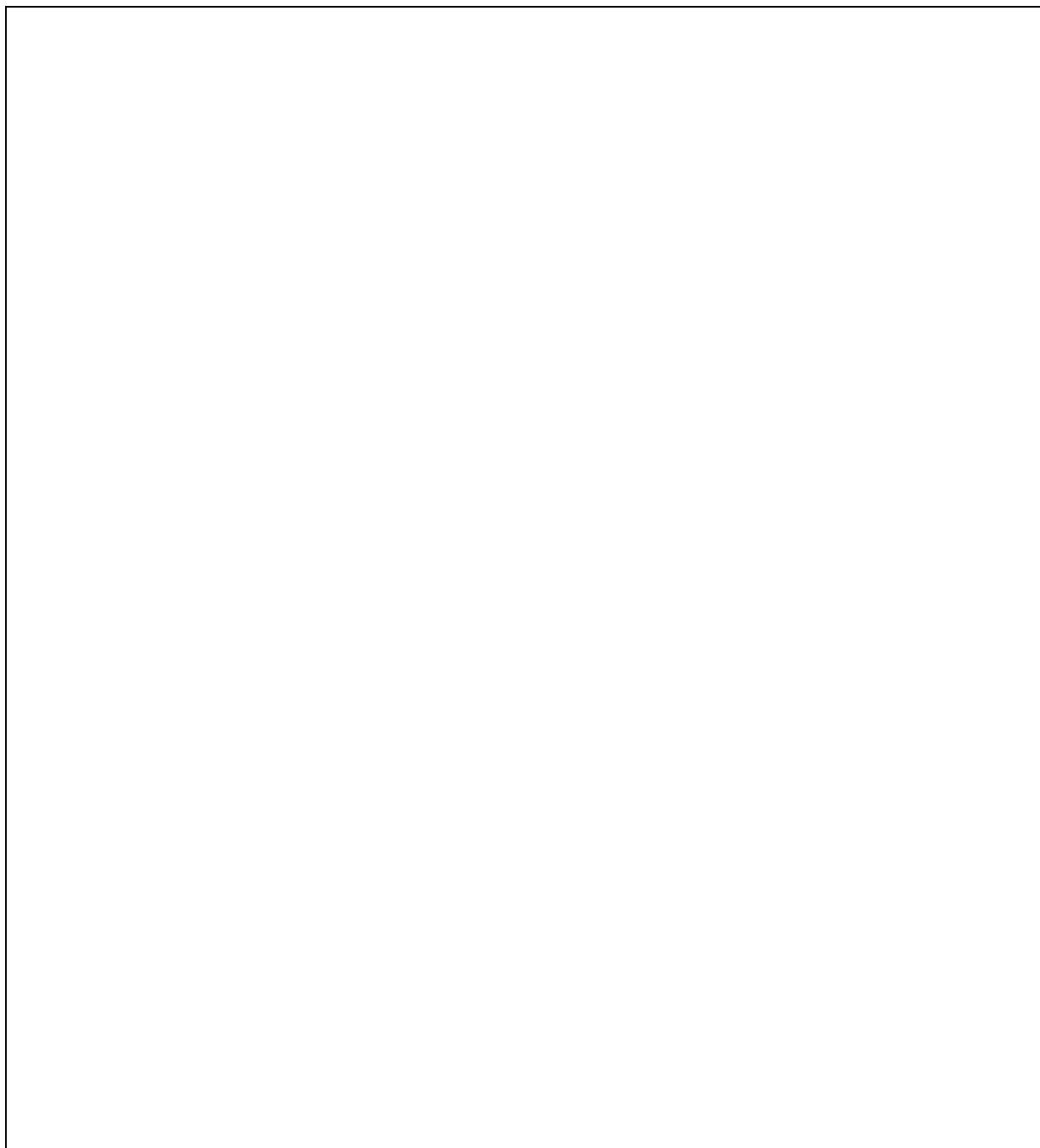
連 絡 先 :

医療的ケア実施計画書

対象児童に対する医療的ケアについて実施計画書を提出します。				
児童氏名		年 令	歳	生年月日 年 月 日生
作成者	(職名)	(氏名)		
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	

予想される緊急時の対応	
予想される緊急時の状態	対 応

施設配置図(施設の保育室、医療的ケアの実施場所等を図示すること)



上記の医療的ケア実施計画書の内容について同意します。

年 月 日

保護者氏名 _____

㊦ 医療的ケア実施個別マニュアル(1 日の流れ)

時間	活動	配慮事項	実施者	備考
	登園	☐ 医療的ケアに必要な機材や物品を受け取り保護者と共に故障や破損等がなく使用できる状態か確認する。 ☐ 保護者に前日から登園までの家庭での状況、健康状態で平常時と異なる点等、気になる事項の有無について、連絡帳を用いて確認する。 ☐ 保護者からの報告や医療的ケア児の状況を踏まえ、安全な保育が困難であると判断した場合は、医療的ケア児を預かることができない。	☐ 看護師または（クラス担任）	☐ 医療機器等預かり確認表 ☐ 連絡帳
	日中の保育 医療的ケア 食事等 午睡 保育	☐ 主治医が作成した医療的ケア児指示書に基づき医療的ケア実施計画の通り実施する。 ☐ 担当看護師が行なうが、提供する場合には、他の職員も立ち合い、複数の職員が安全を確認しながら実施する。 ☐ 実施した医療的ケアの内容は、記録に残し、関係する職員で共有するとともに、連絡帳等を用いて保護者とも共有する。 ☐ 給食や捕食を提供する場合、担当保育士や看護師を中心として、関係する職員が摂食・介助を見守りをしながら食事等の提供を行なう。 ☐ 睡眠時チェックシートを活用する。(1 回/分) 事故の早期発見に努める。 ☐ 安全を確保した上で、可能な限り他の児童と積極的な関わりを持ちながら活動できるように	☐ 医ケア:看護師 見守り:クラス担任	☐ 医療的ケア実施計画書 ☐ 医療的ケア日誌 ☐ 連絡帳 ☐ 午睡チェックシート

		配慮する。		
	降園時	☐ 医ケア児の様子や医療的ケアの実施内容等につ いて、連絡帳を用いて保護者へ伝える。 ☐ 医療的ケアに必要な機材等を返却する。保護者 と共に故障や破損等がないか確認する。 ☐ 他の児童デイサービス等の福祉サービスへ引き継 ぐ時は、口頭で連絡帳に記載した内容を伝える。	☐ 看護師または (クラス担任)	☐ 連絡帳
	降園後	☐ 当日の医療的ケアの提供を振り返り、医療的 ケア 児の健康状態、活動内容、医療的ケア等の提供 について、医療的ケア日誌に記録し、施設長へ提 出する。振り返りの中で、他の職員と共有すべき事 項がある場合は、施設長を含む関係する職員と共 有します。	☐ 看護師または (クラス担任)	

(様式 8-2)

医療的ケア実施個別マニュアル(〇〇〇〇)

園名() クラス() 児童氏名()

内 容	栄養注入 ☐ : 頃 ☐ : 頃 ☐ : 頃 水分注入 ☐ : 頃 ☐ : 頃 ☐ : 頃 薬の注入 ☐ : 頃 ☐ : 頃 ☐ : 頃
器 具 と 準 備 物	施設で用意する物 施設で常備している物(予備) ・実施記録用紙(医療ケア日誌に記載) 家庭から持ってくる物
	施設で用意する物と家庭から持参し、使用時まで保管する物について、衛生面に考慮した保管方法によつて保管する ◎保管場所()
手 順	
留 意 事 項	
緊 急 時 対 応	
備 考	

保護者氏名 _____ 様

〇〇〇 長

医療的ケア実施通知書

申込みのありました医療的ケアについて、下記の通り実施します。
実施にあたりまして、下記の留意事項等をご確認いただき、保育施設で園児が安全で
楽しく生活を送れるようご協力をお願いいたします。

記

1 園児名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(_____ 歳 _____ ヶ月)

2 施設名 _____

3 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

4 実施期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日

※継続については、医療的ケアの内容に変更がなければ、再度提出された指示書の指示
期間に合わせて継続する。

5 緊急時の対応

- (1) 緊急事態発生時は、主治医の指示内容を下に、連携する病院に連絡を行ない、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。

6 留意事項

- (1) 定期的に主治医の診察を受け、結果や指示を保育施設に連絡ください。
- (2) 市の要請に応じて、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、消耗品の点検・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) 保育施設が必要と判断する場合は、対象の児童が出席中、保護者は保育施設に
待機し、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、内服薬等は必ず必要数を毎日ご持参ください。

(様式 10)

年 月 日

〇〇〇長 様

教育保育施設名：

園 児 名：

生 年 月 日： 年 月 日

保 護 者 氏 名：

医療的ケア実施承諾書

医療的ケア実施通知書の内容について承諾しました。

つきましては、上記園児の医療的ケアについて、実施通知書に定められた内容に沿って実施し
てくださるよう依頼します。

(様式 11)

医療的ケア終了届

みだしのことにつきまして、保育施設に通所する児童に対して、保育施設での医療的ケアの実施が必要なくなりましたので、保育施設での医療的ケアを終了することを届け出ます。

1 対象児童

保育施設名			
児童名		生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
現住所			
電話番号 (携帯電話)			

2 添付書類

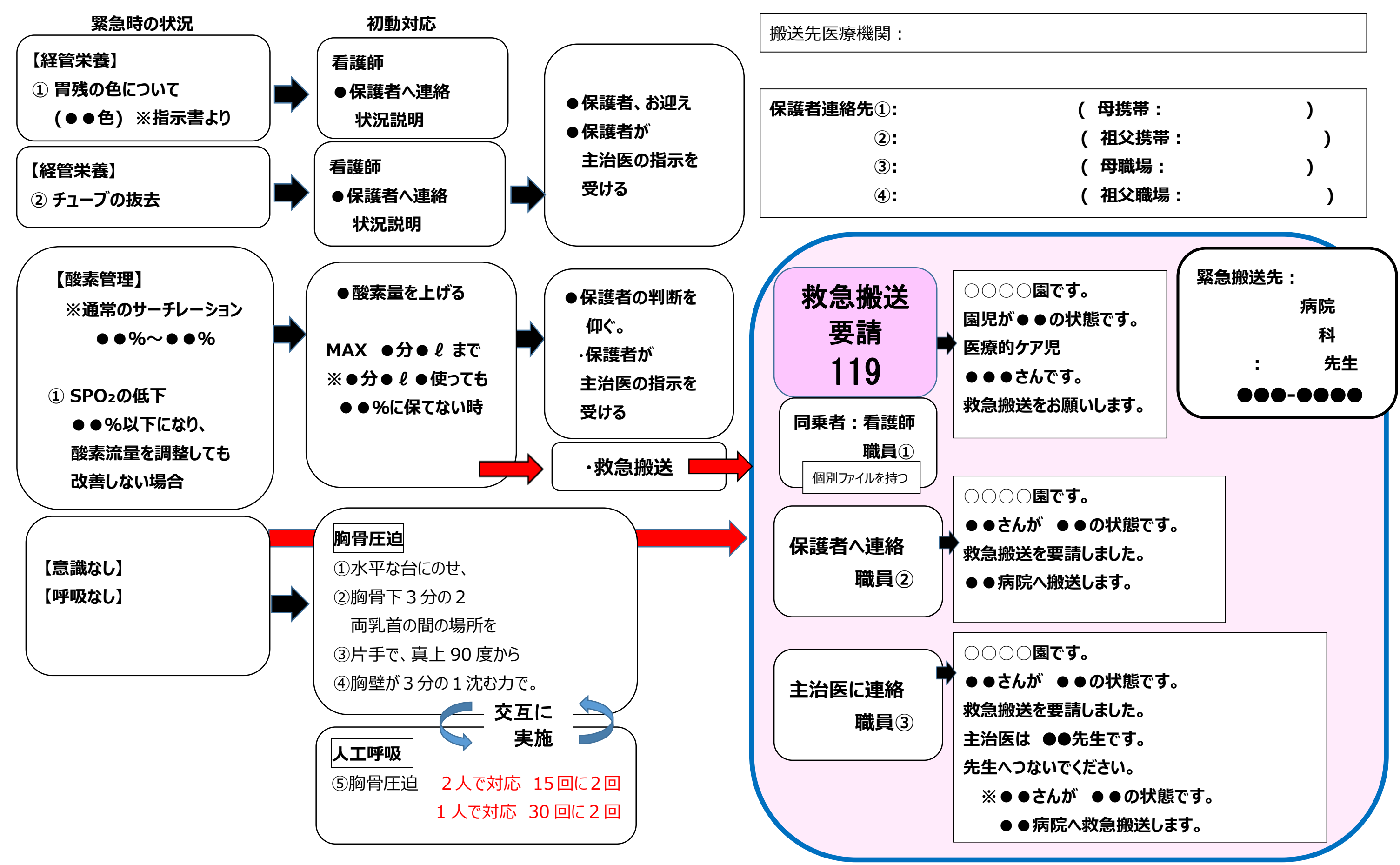
様式2医療的ケアに関する主治医の意見書

年 月 日

保護者署名_____

例 緊急時対応フローチャート

児童氏名	●●● ●●●	生年月日 年 月 日生	医療的ケアの内容	①経管栄養 ②酸素管理
------	---------	----------------	----------	-------------



⑧ 災害時対応フローチャート

児童 氏名		生年月日 月 年 日	医療的ケアの 内容	①酸素管理 ②経管栄養
----------	--	---------------	--------------	----------------

災害時の状況

【施設の停電】
① 酸素濃縮器が
使えない

【地域の停電】
② 酸素濃縮器が
使えない

対応①

看護師
●酸素ポンベの切り替え
職員
●保護者へ連絡
状況説明・お迎え依頼

園の所在する地域に
那覇市が発令する
「避難情報警戒レベル3以上」発令

※園の被害状況によって判断
①園で待機
②避難
個別ファイル・
災害時備蓄品を持つ

①看護師・職員
●保護者へ連絡
状況説明・お迎え依頼

①【第一避難所】
※ ●●●小・中学校

①【第二避難所】
※ ●●●公民館

【地震】
※園の被害状況によって判断
① 園で待機
② 避難
個別ファイル・
災害時備蓄品を持つ

近隣施設
・酸素ポンベ有 施設 : ●●●病院
・自家発電可能施設 :
・福祉避難所 → (公表)
(未公表)

搬送先医療機関:

保護者連絡先

①: (母携帯:)
②: (祖父携帯:)
③: (母職場:)
④: (祖父職場:)

	使用医療機器(通常設置数)	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
☐	酸素ボンベ (1 台)	酸素流動 ●●ℓ の場合、 ●時間	
☐	(台)		
☐	(台)		
☐	(台)		
☐	(台)		

※予備〇〇〇〇(有り ・ 無し)

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処方薬
②滅菌ガーゼ
③チューブ
④
⑤

※避難時の留意点・特記事項

(様式 14)

医療的ケア日誌

園名 () クラス () 名前 ()

202 年 月 日 ()曜日		園長		教頭		看護師 ① ②
受け入れ時の状況、家庭での様子(聞き取り内容)						
受け入れ時の状況 (:) ・登園時の様子 : ・体温 : °C ・O ₂ : ℓ ・脈拍 : 回 ・SPO ₂ : % ・睡眠 : _____				家庭より		
時間	観察事項	施設での様子	医療的ケアの状況		担当者	
7 :	登園					
8 :						
9 :						
10 :						
11 :						
12 :						
13 :						
14 :						
15 :						
16 :						
17 :						
18 :	降園					
ミルク① : (:) m l 胃残 m l 内服 : 無 ・ 済 ミルク② : (:) m l 胃残 m l 離乳食 : (:) 、量 () おやつ : (:) 、量 () 排尿 : 回 排便 : 回 帰宅前のバイタル : 体温 °C、 脈拍 : 回、 SPO ₂ : %、 O ₂ : ℓ						

(様式 14)

医療的ケア日誌

園名 () クラス () 名前 ()

202 年 月 日 ()曜日		園長		教頭		看護師	① ②
受け入れ時の状況、家庭での様子(聞き取り内容)							
受け入れ時の状況 (:) ・登園時の様子 : ・体温 : ℃ ・O ₂ : ℓ ・脈拍 : 回 ・SPO ₂ : % ・睡眠 : _____				家庭より			
時間	観察事項	施設での様子	医療的ケアの状況		担当者		
7 :	登園						
8 :							
9 :							
10 :							
11 :							
12 :							
13 :							
14 :							
15 :							
16 :							
17 :							
18 :	降園						
ミルク① : (:) m l 胃残 m l 内服 : 無 ・ 済 ミルク② : (:) m l 胃残 m l 離乳食 : (:) 、量 () おやつ : (:) 、量 () 排尿 : 回 排便 : 回 帰宅前のバイタル : 体温 ℃、 脈拍 : 回、 SPO ₂ : %、 O ₂ : ℓ							

(様式 15)

医療的ケアに関する事故報告書(ヒヤリハットを含む)

提出日			施設名					
児童氏名			記入者名					
生年月日			場所					
発生日時								
医療的ケアの内容	☐ 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（ ）							
発生時の状況と経過 (ヒヤリハットを含む)								
原因		勘違い		マニュアル以外の行為		連絡ミス		チームワーク
		確認もれ		忘れ		判断ミス		施設・設備
		観察不十分		知識不足		転記ミス		機器の整備不良
		聞き違い		技術不足		疲労・体調不良		他（ ）
		思い込み		情報不足		焦り		他（ ）
発生要因	環境 (保育室、配置、整頓等)		職員（保育士・看護師） (職員配置、心身状態、経験、申し送り、技術等)			その他 (児童の状態、発達等)		
実施した処置とその後の経過	病院受診： ☐ 有 ☐ 無 医師の診断書： ☐ 有 ☐ 無							
今後の対応 再発防止に向けた取り組み								
保護者への説明	説明： ☐ 有（面談・口頭連絡・電話）※説明内容を記入 ☐ 無							

* 治療に要する期間が30日以上の場合は、別途事故報告書（国様式）が必要です。

医療機器等預かり同意書

保育所等で医療機器等をお預かりする場合、思わぬアクシデント(破損や紛失、子ども同士の関わり合いの中で起こりえる事象等)を考慮し、安全に保育を実施する必要があります。そのため、保育所等で医療機器等の預かりを希望する場合、事前に本同意書の提出が必要です。つきましては、下記の内容を十分に確認の上、同意の場合、本同意書を提出してください。

記

【確認事項】

施設名	歳児クラス		児童名	
機器の種類・製品名・品番等	例)吸引器(製品名:●●●、品番:xxx-0321)及び■■等のこれに係る付属品一式 ① ②			
医療機器 預かり開始日	①令和 年 月 日() ②令和 年 月 日()	メンテナンス 等の時期	① ②	
その他 取扱上の注意点等	① ②			

- 【同意事項】・同意される場合は、□にレをご記入ください。
- ・すべての項目において、同意が得られ場合は、医療機器等をお預かりできません。
- ☐ 保育中の医療機器等の取り扱いについては、十分注意しますが、何らかの原因で破損や紛失が生じた場合は、原則として保育所等での補償はしかねます。
- ☐ 保育所等での使用は、家庭で十分に操作に慣れてから使用開始とします。なお、医療機器等の取り扱いについて、主治医からの指示やその他取り扱い上の注意点等がある場合、上記「その他取扱上の注意点等」や必要に応じて書面(任意様式)により保育所等に事前に報告します。
- ☐ 医療機器等については、毎回登園時に不具合や機器に係る消耗品等の補充・交換の要否確認等を施設担当者同席のもと保護者において確認します。
- ☐ 医療機器等のメンテナンスについては、保護者の責任の下、保護者において実施してください。また、保護者が、毎月上旬に医療機器等の状態を確認します。
- ☐ 医療機器の追加等、内容の変更があった場合、速やかに内容の変更を保育所等に連絡し、医療機器等の預かりを事前に保育所等と協議します。この場合、保育所等から本同意書の提出の求めがある場合、速やかに本同意書を改めて保育所等に提出します。

年 月 日

園長 様

以上、上記の事項について、確認の上、同意します。

保護者名(署名)

メンテナンス実施簿(破損、衛生面等の確認)
 ※医療機器名()

園児名 _____

【確認欄】(年 月)

	／ (月)	／ (火)	／ (水)	／ (木)	／ (金)	／ (土)
保護者確認 (署名)						
施設担当者確認 (署名)						
	／ (月)	／ (火)	／ (水)	／ (木)	／ (金)	／ (土)
保護者確認 (署名)						
施設担当者確認 (署名)						
	／ (月)	／ (火)	／ (水)	／ (木)	／ (金)	／ (土)
保護者確認 (署名)						
施設担当者確認 (署名)						
	／ (月)	／ (火)	／ (水)	／ (木)	／ (金)	／ (土)
保護者確認 (署名)						
施設担当者確認 (署名)						
	／ (月)	／ (火)	／ (水)	／ (木)	／ (金)	／ (土)
保護者確認 (署名)						
施設担当者確認 (署名)						

緊急時対応記録

園 児 氏 名		記録:
---------	--	-----

1. 気づいた時間	年 月 日 () 時 分	対応した人
2. 実施した処置		対応した人
3. 保護者へ連絡した時間	年 月 日 () 時 分	対応した人

4. 経過記録

時 間	症 状・処 置	そ の 他
5. 搬送医療機関	医療機関名・医師名	