

医療的ケア実施申請書

目黒区長 宛て

申請者

住所 _____

氏名 _____

目黒区保育園入園申込みにあたって、医療的ケアの実施を下記のとおり申請します。

なお、保育園における医療的ケアの実施に関する限り、区が申請児童の個人情報の利用並びに主治医等への情報提供及び問い合わせを行うことを同意します。

記

1 医療的ケアの実施を申請する児童

ふりがな				性別	
児童名					
生年月日	年	月	日	年齢	歳 月
主たる疾患名					

2 申請する医療的ケア(該当するケアに☑を、項目を○で囲む、または記入ください。)

- 吸引(気管カニューレ ・ 口鼻腔内 ・ その他: _____)
- 経管栄養(経鼻胃管 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ・ その他: _____)
- 糖尿病対応(インスリン注射 ・ 血糖値管理等)
- その他 (_____)

3 主治医について

医療機関名		
医療機関住所等		
診療科・主治医	科	主治医名前

目黒区長 宛て

記入年月日 _____
 医療機関名 _____
 所在地 _____
 電話番号 _____
 医師名 _____ 印 (自書の場合不要)

- ・該当する内容に☑ 必要事項を記入してください。
- ・記入欄が不足する場合は別紙に記入し添付してください。
- ・指示に変更がない場合、有効期限は最長1年とします。ただし、初回は入所年度の3月31日までとします。
- ・記載内容に関して保護者の同意を得た上で問い合わせをする場合があります。

児童氏名				生年月日	年	月	日
診断名							
経過及び現在の状況、今後の見通し等							
集団生活について	<input type="checkbox"/> 集団生活が適当 <input type="checkbox"/> 集団生活は好ましくない	与薬の必要性 について	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要				
保育の制限	<input type="checkbox"/> 制限なし: 同年齢園児と同じ強度・速度の生活及び運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限あり: 内容						
保育上の配慮	保育上特別な配慮を <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						
	保育上必要とする特別な配慮の内容						
酸素吸入・管理	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> モニタリングのみ <input type="checkbox"/> 酸素投与 (<input type="checkbox"/> 常時必要 <input type="checkbox"/> 午睡時のみ)						
	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内	酸素流量	L/分	<input type="checkbox"/> 常時必要	<input type="checkbox"/> 睡眠時のみ		
	注意点						
喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 口鼻腔内 カテーテルサイズ	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 Fr.	挿入の長さ	cm	吸引圧	kPa	
気管切開	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 肉芽	<input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他()					
	カニューレ	種類	内径	cm	先端から入口までの長さ	cm	
		抜去時や気管切開部、気管内出血時等の対応など					

摂食・嚥下の状態	経口摂取	可・不可	注意点
	誤嚥	有・無	注意点
	形態	<input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 乳児食 <input type="checkbox"/> 幼児食	
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 注入方法 <input type="checkbox"/> シリンジ使用 <input type="checkbox"/> イルリガートル使用 カテーテルサイズ Fr. 挿入の長さ cm カテーテル抜去時の対応・注意点等		
	栄養剤 種類	実施時間	1回量 ml
		注入時間 1回あたり 分	その他
	水分 種類	実施時間	1回量 ml
		注入時間 1回あたり 分	その他
	胃残量が()ml未満の時は予定量を注入する 胃残量が()ml以上()ml未満のとき() 胃残量が()ml以上のとき() 胃残量や胃残の性状に異常がある場合の対応() 脱気のタイミング()		
胃ろう・腸ろう部の衛生管理			
導尿	カテーテルサイズ Fr. 挿入の長さ cm 実施時間 時間毎 導尿時の出血や排尿がない場合などの対応と注意点等		
人工肛門・人工膀胱の管理			
糖尿病対応	インスリン療法 <input type="checkbox"/> インスリンポンプ <input type="checkbox"/> インスリン注射 インスリン製剤 <input type="checkbox"/> 基礎() <input type="checkbox"/> 追加() インスリン使用量とタイミング()		
	血糖測定	<input type="checkbox"/> 血糖自己測定法 <input type="checkbox"/> モニタリング等()	
	保育園での血糖測定のタイミング()		
	低血糖時の対応 血糖測定(要・不要)		
	低血糖時の補食 血糖値 mg/dl以下で補食を与える 補食の内容()		
	補食後の血糖測定 (要・不要 必要な場合、補食後概ね 分後に測定)		
	高血糖時の対応 ()		
	インスリンポンプが抜けた場合の対応		
	水遊び・プール等のインスリンポンプやモニタリングの取り扱い		
	その他の医療的ケア		

記入スペースが少ない場合には、別紙に必要事項を記載して添付ください。

目黒区長 宛て

記入年月日 _____

医療機関名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

医師名 _____ 印 (自書の場合不要)

- ・該当する内容に☑ 必要事項を記入してください。
- ・記入欄が不足する場合は別紙に記入し添付してください。
- ・指示に変更がない場合、有効期限は最長1年とします。ただし、初回は入所年度の3月31日までとします。
- ・記載内容に関して保護者の同意を得た上で問い合わせをする場合があります。

児童氏名				生年月日	年	月	日	
診断名								
経過及び現在の状況、今後の見通し等	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 保育時間中に与薬が必要な場合 薬品名 剤形 1回量 与薬時間 外用薬は与薬する部位等も含め、詳細に記載してください。 </div>							
集団生活について	<input type="checkbox"/> 集団生活が適当 <input type="checkbox"/> 集団生活は好ましくない	与薬の必要性について	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要					
保育の制限	<input type="checkbox"/> 制限なし: 同年齢園児と同じ強度・速度の生活及び運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限あり: 内容			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 指示の酸素濃度を下回り回復しない場合等の緊急対応を記載してください。 </div>				
保育上の配慮	保育上特別な配慮を <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 保育上必要とする特別な配慮の内容							
酸素吸入・管理	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> モニタリングのみ <input type="checkbox"/> 酸素投与 (<input type="checkbox"/> 常時必要 <input type="checkbox"/> 午睡時のみ)							
	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内	酸素流量	L/分	<input type="checkbox"/> 常時必要 <input type="checkbox"/> 睡眠時のみ	注意点			
喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 口鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 カテーテルサイズ Fr. 挿入の長さ cm 吸引圧 kPa							
気管切開	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 肉芽	<input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他() 有 ・ 無						
	カニューレ	種類					内径	cm
		先端から入口までの長さ cm						
抜去時や気管切開部、気管内出血時等の対応など								

摂食・嚥下の状態	経口摂取	可・不可	注意点	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 実施時間は可能な範囲で園の食事提供時間に配慮をお願いします。 例) 注入時間1回あたり○分かけて注入後△分あけて計3回注入 </div>
	誤嚥	有・無	注意点	
	形態	<input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 乳児食 <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 注入方法 <input type="checkbox"/> シリンジ使用 <input type="checkbox"/> イルリガートル使用 カテーテルサイズ Fr. 挿入の長さ cm カテーテル抜去時の対応・注意点等			
	栄養剤	種類	実施時間	1回量 ml
		注入時間	1回あたり 分 その他	
	水分	種類	実施時間	1回量 ml
		注入時間	1回あたり 分 その他	
	胃残量が()ml未満の時は予定量を注入する 胃残量が()ml以上()ml未満のとき 胃残量が()ml以上のとき() 胃残量や胃残の性状に異常がある場合の対応() 脱気のタイミング()			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 栄養剤以外の水分補給(麦茶や白湯など)が必要な場合は記載してください。 </div>
	胃ろう・腸ろう部の衛生管理			
導尿	カテーテルサイズ Fr. 挿入の長さ cm 実施時間 時間毎 導尿時の出血や排尿がない場合などの対応と注意点等			
人工肛門・人工膀胱の管理				
糖尿病対応	インスリン療法 <input type="checkbox"/> インスリンポンプ <input type="checkbox"/> インスリン注射 インスリン製剤 <input type="checkbox"/> 基礎() <input type="checkbox"/> 追加() インスリン使用量とタイミング()			
	血糖測定 <input type="checkbox"/> 血糖自己測定法 <input type="checkbox"/> モニタリング等()			
	保育園での血糖測定のタイミング()			
	低血糖時の対応 血糖測定(要・不要)			
	低血糖時の補食 血糖値 mg/dl以下で補食を与える 補食の内容()			
	補食後の血糖測定 (要・不要 必要な場合、補食後概ね 分後に測定)			
	高血糖時の対応 ()			
	インスリンポンプが抜けた場合の対応			
	水遊び・プール等のインスリンポンプやモニタリングの取り扱い			
その他の医療的ケア	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 例)ネブライザー 薬品名 1回量 時間 詳細に記載してください。 </div>			

記入スペースが少ない場合には、別紙に必要事項を記載して添付ください。

医療的ケアが必要な児童の保育に関する同意書

目黒区長 宛て

1 書類の提出について

目黒区保育園の入園申込みにあたり、主治医が記載した「医療的ケアに関する主治医の意見書及び指示書」を提出する必要があります。内容に関しては保護者の同意を得て主治医に直接連絡し、助言や指導を受けることがあります。目黒区医療的配慮等が必要な児童の保育施設利用検討委員会や関係部署等と情報共有を行います。

入園内定後は、入園予定保育園に「医療的ケア依頼書」を提出し、保育園で実施する医療的ケアの内容等を確認いただきます。

児童の状況が変わった場合は必要に応じ、また改めて主治医が記載した「医療的ケアに関する主治医の意見書及び指示書」及び保護者が記載した「医療的ケア依頼書」を提出していただきます。医師が作成する文書等にかかる費用は保護者が負担します。

2 医療的ケアについて

保育園では「医療的ケアに関する主治医の意見書及び指示書」、「医療的ケア児対応確認書」に基づき、医療的ケアや緊急対応を行います。

保育園で実施する医療的ケアは、治療を目的とした医療行為ではなく、保育時間中の生活上不可欠となる生活援助行為であり、入浴介助等のケアは行いません。

定期的なチューブ類やカニューレの交換等の医療機器の整備については、保護者の管理のもと自宅もしくは医療機関で行い、保育園では行いません。

3 医療的ケアの体制

医療的ケアは看護師、保健師又は助産師(以下「看護師等」という。)が行います。お子様の健康観察は看護師等と保育士が連携して行います。

突発的に看護師等の体制が取れない場合(派遣看護師等、該当園正規看護師等がいずれも不在もしくは都合がつかない場合)は、医療的ケアの実施は保護者の方にご協力いただくことがあります。

4 医療的ケアに必要な物品等について

医療的ケアの実施に必要な医療機器や医療用具、衛生用品、座位保持椅子等の必要な物品については保護者が費用を負担して用意(園に過失等責任がない破損や紛失等における再度の用意を含む)し、定期的に点検や整備を行ってください。

また、保育園行事等において特別な移動手段や配慮が必要となった場合にかかる費用については保護者が負担します。

5 保育園の入園について

医療的ケアを主に行うための看護師等は在園児の健康管理を行っている看護師等とは別に配置することから、看護師等の配置ができるまでの間、入園をお待ちいただく場合があります。この場合には、目黒区教育・保育に係る利用者負担額等の減免等に関する要綱に基づき、月を単位に保育料を免除いたします。

6 保育園の活動等について

保育園に登園する前に十分に健康観察と検温を行い、体調不良時は保育園の利用を見合わせてください。登園後体調不良と保育園が判断する場合はご連絡しますので速やかにお迎えに来てください。保育中の緊急対応を含め、保護者にご連絡する場合がありますので、必ず連絡が取れるようにしてください。

保育園への送迎は保護者もしくは保護者が依頼したお子様の状態を理解している方が行い、お子様の様子を職員に伝えてください。保護者以外の方の送迎に関してはあらかじめ保育園にご連絡ください。

また、保育園行事等について、活動内容やお子様の状況を踏まえ、安全が確保できない場合には、一部活動等を制限する場合があります。

7 給食の提供について

給食の提供について、必要に応じて「給食の提供についての留意事項」の作成を行うため、協力ください。給食の提供について、保育園の調理において特別な配慮が必要な場合には、弁当持参等(経管栄養の栄養剤の提供を含む)を依頼することがあります。

8 感染症について

保育園は集団保育の場ですので、感染症にかかるリスクが高くなります。主治医と相談し病状に問題がなければ予防接種を計画的に受けてください。

園内で感染症が発生した場合は口頭や掲示等で通知しますが、感染症の流行期の登園に関しては主治医と相談して判断してください。

9 緊急時の対応について

緊急時は保護者に連絡の上、保育園側で保護者が指定する医療機関を受診します。

チューブ類の抜去等処置後保育園生活に支障がなければ保育を続行します。そのため、あらかじめ主治医と相談し、近隣で相談や処置が可能な医療機関を可能な限り確保するようにしてください。「医療的ケアに関する主治医の意見書及び指示書」と異なる医療機関での処置を希望する場合は、面談時に確認いたします。

緊急性があると判断した場合は救急車を要請します。保護者が指定する医療機関で受入れが困難な場合は、東京消防庁に対応可能な医療機関への搬送を依頼します。保護者は必要に応じて速やかに搬送先の医療機関や保育園にお越しく下さい。

受診に関する費用や保険診療外の費用が発生する場合は保護者が負担します。

10 災害時の対応

災害発生時は可能な限り速やかにお迎えをお願いします。災害に備え、医療的ケアの実施に必要な物品や衛生材料等、栄養剤(経管栄養の場合)3食分、薬(保育園での与薬指示がある場合のみ)1日分を保育園にて保管して必要時に使用します。電気を使用する医療的ケアの必要があるお子様については、停電に備え、予備電源の提供を依頼するほか、自家発電ができない施設に在園する場合は、電気が使用できる避難所に避難します。避難所はあらかじめお知らせします。

11 退園について

児童の状況が変わり集団保育が困難であると主治医や目黒区が判断した場合は退園となります。

12 関係機関との連携

医療機関の受診や療育機関の通所の際に必要なに応じて職員の同行を依頼する場合がありますので、ご理解いただきますようお願いいたします。「保育所等訪問支援」事業は保護者の依頼があれば対応します。

13 情報の共有等について

入園や保育継続の際に提出していただいた書類・内容等は、医療的ケアを安全に行うために保護者の同意を得た上で、各関係機関に情報共有を行います。緊急時には搬送目的で東京消防庁に必要な個人情報をお伝えします。

また、医療的ケアが必要な児童の状況について、安全に集団保育を実施するために必要な情報は、保護者同意の上で他の児童の保護者との間で共有する場合があります。

14 特記事項

--

その他、保護者と保育園で取り決めた事項は遵守してください。

以上に掲げる事項について全て同意いたします。

年 月 日 保護者署名

保育園名		クラス	
調査年月日		調査者名	
児童名		生年月日	
手帳の有無及び等級等	無	身体障害者手帳() 愛の手帳()	
病名等			
病院施設名			
本人の状況(※年齢相応の場合は「特に無し」)			
基本的な生活	食事		
	排泄		
	着脱衣		
	言語		
	認知		
身体的状況	視力		
	聴力		
	身体感覚		
	けいれん		
健康面			
日常行為その他			

目黒区医療的配慮等が必要な児童の保育施設利用検討委員会		
判定年月日		
判定	職員加配(保育士・看護師・その他())	必要性を認める / 不要である

医療的ケア依頼書(保護者記入)

保育園での医療的ケアの実施を依頼します。

初回作成日及び依頼日 年 月 日

保護者名 _____

園児氏名		生年月日	年齢
依頼する医療的ケア			
予測される緊急時の対応	*注意が必要な状態と対応及び緊急搬送が必要な場合の目安		
保育園での生活上の注意	食事		
	排泄		
	移動		
	その他		

※医療的ケアの指示の変更があればその都度保護者と保育園が医師の指示に基づいて確認し、必要な書類を提出してください。内容に大きな変更がある場合は新しい依頼書を作成してください。指示の変更がなければ確認欄にサインをしてください。

確認欄(2回目以降)

	年度	年度	年度	年度	年度	年度
内容	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり 医療的ケアの内容					
確認日						
保護者サイン						
園長印						

※裏面に診察券、健康保険証、乳幼児医療証、障害等の手帳の写し等を貼付ください。

診察券、健康保険証、乳幼児医療証、障害等の手帳の写し等
を貼付ください。

医療的ケア 実施計画書

医療的ケアの内容:

保育園名:

園児名:

	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
子どもの姿 (客観的情報)					
問題点					
目標					
解決策 (具体策)					
評価					
記入者					

3 か月ごとに見直しを行う。状況が変わった場合は随時。

給食の提供についての留意事項

保育園名: _____ 園児名: _____

	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
給食の提供に関する医師からの指示・摂食外来での指導等					
家庭での食事形態・喫食状況・要望等					
給食を提供する上での留意点					
留意点への調理対応策					
喫食状況の評価 (喫食量・摂食の様子等)					
その他の留意事項					
作成者					

3 か月ごとに見直しを行う。状況が変わった場合は随時。

やむを得ない身体拘束に関する同意書

園児名 _____

お子様の状態が以下の1から3を全て満たしているため、やむを得ず以下の方法と時間帯等において最小限度の身体拘束を行います。ただし、拘束実施中もお子様の様子を観察し、早期解除に向けての検討を行います。

身体拘束とは、お子様の意思に関わらず、身体の機能や行動を制限する目的で行われるもので、身体的・物理的な自由を奪い、行動を抑制もしくは停止することを指します。ミトンなどを使用することも身体拘束にあたります。

1. 生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
2. 身体拘束などの行動制限を行う以外他の方法が見つからない
3. 身体拘束やその他の行動制限が一時的である

個別の状況による拘束が 必要な理由	
身体拘束の方法 (場所、部位、行為、内容)	
拘束の時間帯及び時間	
特記すべき心身の状況	
身体拘束開始時期及び 解除の予定	月 日 から 月 日 まで

上記のとおり実施します。

年 月 日

保育園

園長 _____

看護師 _____

上記について同意します。

年 月 日

保護者名 _____

第10号様式

目黒区長 宛て

医療的ケア実施状況報告書

令和 年 月分

保育園名 _____ 保育園

クラス	歳児	氏名	
登園日数	日		
医療的ケアの内容と実施状況	<input type="checkbox"/> 吸引(<input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 鼻腔内) <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 <input type="checkbox"/> 酸素吸入・管理(<input type="checkbox"/> モニタリング <input type="checkbox"/> 酸素療法) <input type="checkbox"/> 糖尿病対応(<input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 血糖値管理等) (<input type="checkbox"/> 低血糖対応 回 <input type="checkbox"/> 高血糖対応 回) <input type="checkbox"/> その他		
特記事項			
作成者			

医療的ケア児管理カード(保育園名)

園児名	生年月日
	年 月 日

住所				
保護者名				
緊急連絡先 氏名、児童との 関係及び 電話番号	第1順位 氏名 関係 電話	第2順位 氏名 関係 電話	第3順位 氏名 関係 電話	第4順位 氏名 関係 電話
緊急搬送先 医療機関	医療機関名			
	住所			
	電話番号			
	医師名			
	診察券番号または保険証番号			
かかりつけ 医	<input type="checkbox"/> 緊急搬送先と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> 異なる場合は以下に記入			
	医療機関名			
	住所			
	電話番号			
	医師名			
	診察券番号または保険証番号			
緊急時外来 で対応可能 な処置がで きる医療機 関	<input type="checkbox"/> かかりつけ医と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> 異なる場合は以下に記入			
	医療機関名			
	住所			
	電話番号			
	医師名			
	診察券番号または保険証番号			

医療的ケア指示書

変更時及び更新時に貼付する。

医療的ケア日誌

園児氏名: _____ 実施する医療的ケア: _____

月 日()	担当看護師等		
家庭の様子	保育園での様子	医療的ケア実施状況	
<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 申し送り事項			
月 日()	担当看護師等		
家庭の様子	保育園での様子	医療的ケア実施状況	
<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 申し送り事項			
月 日()	担当看護師等		
家庭の様子	保育園での様子	医療的ケア実施状況	
<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 申し送り事項			
月 日()	担当看護師等		
家庭の様子	保育園での様子	医療的ケア実施状況	
<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 申し送り事項			

園長

医療的ケアに関わる事故等報告書

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

園名 _____

記入者 _____

園児名		生年月日	
発生日時	年 月 日() 時 分		
場所			
医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 吸引(<input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 口鼻腔内) <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 <input type="checkbox"/> 酸素吸入・管理 <input type="checkbox"/> 糖尿病対応(<input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 血糖値管理等) <input type="checkbox"/> その他()		
原因			
発生時の状況と経過	受診: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
実施した処置とその後の対応及び経過			
今後の対応と再発防止に向けた取り組み			
保護者への説明及び保護者の反応 特記事項			

※事故につながらない、ヒヤリ・ハット事例も報告を行うこと。(その際は、保護者への説明欄の記載は省略する。)

第14号様式

目黒区長 宛て

医療的ケア終了届

年 月 日

保 育 園 名 _____

園 児 名 _____

医療的ケア内容: _____

本児の保育園で実施していた医療的ケアについて終了することを届け出ます。

保護者氏名 _____