

茨木市立保育所等における医療的ケア実施要綱

(目的)

第1 この要綱は、医療的ケアを必要とする児童に対して、茨木市立保育所、茨木市立小規模保育施設及び茨木市立認定こども園（以下「保育所等」という。）において医療的ケアを実施することにより、保育所等における健康で安全な生活を送ることを目的とする。

(定義)

第2 この要綱において「医療的ケア」とは、疾病等の治療を目的としない児童の日常生活を営む上で必要な医療的行為で別表に定めるもののうち、保育所等において看護師が当該医療行為を行うことに支障がないと主治医が認め、かつ、当該看護師が主治医から指示・指導を受けた範囲で実施することができるものをいう。

(対象児童)

第3 医療的ケアの対象となる児童は、保育所等に通所・通園するために医療的ケアが必要であり、かつ、保育所等での集団保育及び医療的ケアの実施が可能であると市長（茨木市立認定こども園は教育長。以下「市長等」という。）が認めるものとする。

(実施保育所等)

第4 医療的ケアを実施する保育所等（以下「実施保育所等」という。）は、医療的ケアの対象となる児童が茨木市保育所等における保育の利用に関する規則（平成26年茨木市規則第63号）第5条の規定による入所の承諾又は茨木市幼稚園条例（昭和28年茨木市条例第12条）第9条の入園の許可を受けた保育所等とする。

(実施日時)

第5 医療的ケアを実施する日時は、実施保育所等の休所・休園日及び土曜日を除く看護師が勤務する日時とする。ただし、市長等が必要と認めるときは、これを変更することができる。

(実施の申込み等)

第6 医療的ケアの実施を希望する児童の保護者は、医療的ケア実施申込書（様式第1号）を市長等に提出しなければならない。

2 前項の申込みを行った保護者は、市長等が指定する日までに次に掲げる書類を市長等に提出しなければならない。

- (1) 調査票（様式第2号）
- (2) 日常生活の状況等が把握できる文書等
- (3) 医療的ケア主治医意見書（様式第3号）

- (4) 意見聴取に係る同意書（様式第4号）
- (5) 前各号に掲げるもののほか、市長等が必要と認める書類
（医療的ケア検討会議）

第7 市長等は、第6第2項又は第10第1項に掲げる書類の提出があったとき、第15第2項の規定により医療的ケアを休止しようとするときその他市長等が必要と認めるときは、医療的ケア検討会議（以下「検討会議」という。）を開催するものとする。

2 検討会議の構成員は、次のとおりとする。

- (1) 保育幼稚園総務課長
- (2) 保育幼稚園事業課長
- (3) 保育幼稚園総務課保育指導主事
- (4) 保育幼稚園総務課幼稚園指導主事
- (5) 保育幼稚園総務課指導係長
- (6) 保育幼稚園総務課管理係長
- (7) 保育幼稚園総務課看護師
- (8) 保育幼稚園事業課認定係長
- (9) 医療的ケア実施保育所等の施設長
- (10) その他保育幼稚園総務課長の指名する者

3 検討会議は、医療的ケアの実施の可否その他医療的ケアの実施に必要な事項を検討するものとする。

4 検討会議は、前項の事務に必要な範囲内で第2項に掲げる構成員以外の者を会議に出席させ、説明若しくは意見を聴き、又は資料の提出を求めることができる。
（実施の承認等）

第8 市長等は、検討会議の検討結果を踏まえ、医療的ケア実施の可否を決定する。

2 市長等は、前項の規定により医療的ケアの実施の可否を決定したときは、医療的ケア実施承認（不承認）通知書（様式第5号）によりその旨を第6第1項の申込みを行った保護者に通知するものとする。

3 市長等は、医療的ケアの実施を承認するに当たり、当該実施に必要な条件を付すことができる。

（実施に係る書類の提出）

第9 第8第2項の規定により医療的ケアの実施の承認を受けた児童（以下「医療的ケア児」という。）の保護者（以下「保護者」という。）は、市長等が定める日までに、次に掲げる書類を市長等に提出しなければならない。

- (1) 医療的ケアの実施に関する同意書（様式第6号）
- (2) 医療的ケア主治医指示書（様式第7号）

(3) 医療的ケア緊急対応表(様式第8号)

2 市長等は、前項の書類が提出されないときは、医療的ケアの実施を停止又は留保することができる。

(実施の変更等)

第10 保護者は、主治医の指示により、医療的ケアの実施内容を変更し、又は追加する場合は、速やかに次に掲げる書類を市長等に提出しなければならない。

(1) 医療的ケア実施申込書(様式第1号)

(2) 医療的ケア変更・追加指示書(様式第9号)

2 前項の場合において第8及び第9の規定を準用する。ただし、軽微な変更又は追加の場合は、この限りではない。

(継続手続)

第11 保護者が、翌年度も引き続き当該医療的ケア児について医療的ケアの実施を希望する場合は、次に掲げる書類を市長等が定める日までに実施保育所等の施設長を通じて市長等に提出しなければならない。

(1) 医療的ケア継続届出書(様式第10号)

(2) 医療的ケア主治医指示書(様式第7号)

(医療的ケアの停止)

第12 保護者は、医療的ケア児の状況等により、医療的ケアの実施を7日以上停止しようとするときは、停止をしようとする日の7日前までに医療的ケア停止届出書(様式第11号)を実施保育所等の施設長を通じて市長等に提出しなければならない。ただし、傷病その他やむを得ないと認められる事由による場合にあっては、速やかに医療的ケア停止届出書を実施保育所等の施設長を通じて市長等に提出しなければならない。

(医療的ケアの終了)

第13 保護者は、医療的ケアの実施を終了するときは、終了をしようとする日の7日前までに、医療的ケア終了届(様式第12号)を実施保育所等の施設長を通じて市長等に提出しなければならない。ただし、傷病その他やむを得ないと認められる事由による場合にあっては、速やかに医療的ケア終了届を実施保育所等の施設長を通じて市長等に提出しなければならない。

(医療的ケアの実施)

第14 実施保育所等の施設長は、医療的ケアの実施に当たっては、医療的ケア主治医指示書に基づいて児童状態把握票(様式第13号)及び個別実施手順表(様式第14号)を作成し、保護者に対し実施する医療的ケアについて十分説明を行わなければならない。

2 医療的ケアの実施者は、看護師とする。

3 医療的ケアを実施する看護師（以下「看護師」という。）は、医療的ケア児の主治医から医療的ケアの実習又は指導を受けなければならない。

4 看護師は、医療的ケアを実施したときは速やかに医療的ケア看護記録票（様式第15号）を作成するものとする。

（医療的ケアの中止等）

第15 次のいずれかに該当するときは、医療的ケアを中止し、又は実施しないものとする。

(1) 医療的ケア児の体調不良、看護師の不在その他実施体制が整わないことその他の事情により、実施保育所等の施設長が医療的ケアの実施ができる状態にないと判断したとき。

(2) 緊急時に保護者等が迎えに来ることができないとき。

(3) その他医療的ケアを実施することができないと実施保育所等の施設長が認めるとき。

2 次のいずれかに該当するときは、医療的ケアを休止するものとする。

(1) 医療的ケア児の状況の変更、実施保育所等における看護師の配置その他の事情により、市長等が医療的ケアを実施することが困難と認めるとき。

(2) その他医療的ケアを実施することができないと市長等が医療的ケアを実施することが困難と認めるとき。

3 前項の規定により、医療的ケアを休止するときは、その旨及び医療的ケアを休止する期間を保護者に通知するものとする。

（緊急時の対応等）

第16 緊急時は、医療的ケア主治医指示書、医療的ケア緊急対応表及び医療的ケア災害時対応表により対応するものとする。

2 実施保育所等において医療的ケアに関与する者は、医療的ケアの実施時に、事故が生じた場合は、医療的ケア児の生命及び健康を最優先し、適切かつ迅速に対応しなければならない。

3 実施保育所等の施設長は、前項の場合において医療的ケアの実施に係る事故報告書（様式第16号）を作成し、速やかに市長等に報告しなければならない。

（保護者の責務）

第17 保護者は、通所・通園に当たり、次に掲げる責務を負う。

(1) 医療的ケア児の送迎は保護者（実施保育所等が認める者を含む。第5号において「保護者等」という。）で行うこと。

(2) 医療的ケアに必要な機材、消耗品等については、保護者による費用負担の上、準備し、点検及び整備を行うこと。

(3) 行事等への参加については、必要に応じて、実施保育所等と協議し、実施保育

所等の指示に従うこと。

- (4) 発熱、下痢、嘔吐、痙攣等体調の異変があった場合は保護者に連絡するため、常に連絡が取れるようにすること。
 - (5) 医療的ケアの実施の継続が困難と判断し、医療的ケアを中止したときは、速やかに保護者等が医療的ケア児を迎えに来ること。
 - (6) その他保育所等における健康で安全な生活を行うため調整を求めた場合は、協力すること。
- 2 医療的ケア児の保護者は、医療的ケア児の健康管理等について、次に掲げる責務を負う。
- (1) 保護者は、登所・登園前の健康観察、検温等を行い、医療的ケア児の体調を確認の上、登所・登園させること。医療的ケア児の体調が悪い場合は、登所・登園させない等医療的ケア児の体調に十分配慮した対応をすること。
 - (2) 医療的ケア児の健康状態、主治医の意見等で留意する点がある場合は、実施保育所等の看護師その他の職員に伝えること。
 - (3) 看護師その他の職員が主治医との面談を求めた場合には、遅滞無く主治医に対してその旨を伝え、面談に協力すること。
 - (4) 医療的ケアに関連して医療的ケア児を医療機関に受診させた場合に必要な費用は保護者が負担すること。
 - (5) 医療的ケアの実施内容等によって医療的ケアの実施が困難な場合は、実施保育所の示す方法に協力し、指示に従うこと。
 - (6) 医療的ケアの実施について看護師その他の職員が調整を求めた場合は協力すること。
- (その他)
- 第18 この要綱に定めるもののほか、医療的ケアの実施について必要な事項は、市長等が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和2年10月20日から実施する。
(経過措置)
- 2 この要綱の実施の際、現に保育所において医療的ケアを受けている児童（次項において「現医療的ケア児」という。）は、第8第2項の規定により医療的ケアの承認を受けたものとみなす。
- 3 現医療的ケア児の保護者は、市長が指定する日までに、医療的ケアの実施に關す

る同意書（様式第6号）を市長に提出しなければならない。

附 則

（実施期日）

- 1 この要綱は、決裁の日から実施し、令和4年10月1日から適用する。

（経過措置）

- 2 この要綱の実施の際、この要綱による改正前の要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

別表

区 分	内 容
摂食機能障害	経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）
呼吸・循環器機能障害	吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内） 酸素療法 吸入（薬剤調合が必要な場合）
排泄機能障害	導尿 人工肛門の管理（ストマパウチ貼替）
内分泌代謝障害	血糖値測定・インスリン注射

備考 その他の医療的ケアの内容等については、検討会議で検討する。

(申請先)

医療的ケア実施申込書

下記の医療的ケアが必要であるため、「茨木市立保育所等における医療的ケア実施要綱」を理解し、茨木市保育所等における医療的ケアの実施を申し込みます。

[保護者] 氏名 _____

住所 _____

[児 童] 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

記

医療的ケアの内容 ※ 実施を希望する項目に☑を付け、該当する項目に○印又は記入をしてください。

<input type="checkbox"/> 経管栄養	(経 鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう)
<input type="checkbox"/> 吸 引	(口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内)
<input type="checkbox"/> 酸素療法	(持 続 ・ 体調の変化による)
<input type="checkbox"/> 吸 入	(定 時 ・ 体調の変化による)
<input type="checkbox"/> 導 尿	(一部介助 ・ 全介助)
<input type="checkbox"/> 人工肛門の管理	(ストマパウチ貼替)
<input type="checkbox"/> 血糖値測定及びインスリン注射	
<input type="checkbox"/> その他	[_____]

予測される緊急時の対応

	予測される緊急時の状態	対応・緊急搬送先
経 管 栄 養		
吸 引		
酸 素 療 法		
吸 入		
導 尿		
人 工 肛 門 管 理		
血 糖 値 測 定 及 び イ ン ス リ ン 注 射		
そ の 他		

調査票

記載日： 年 月 日

保護者氏名： _____

児童名		男・女	生年月日	年 月 日	年齢：	歳 か月
診断名						
出産時の状況	妊娠期間： 週 日 妊娠・出産時の異常 無 ・ 有 ()					
	体重： g 身長： cm					
これまでの経過 (病気等)						
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 /)					
	医療機関名 () 診療科 () 通院頻度 (回 /)					
	療育機関名 () 通所頻度 (回 /) 内容：					
	療育機関名 () 通所頻度 (回 /) 内容：					
体重/身長	体重： kg 身長： cm (測定日： 年 月 日) ※最新のもの					
体温	平熱： °C 体温調整： <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (方法：)					
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 会話 (単語・二語文・文章) <input type="checkbox"/> 写真・絵カード <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 表情 ()					
薬	内服薬	<input type="checkbox"/> 無				
		<input type="checkbox"/> 有 (薬品名： 内服時間：朝・昼・夕・その他)				
		(薬品名： 内服時間：朝・昼・夕・その他)				
		(薬品名： 内服時間：朝・昼・夕・その他)				
※処方内容添付可						
内服の方法 ()						
座薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名： 時間等：)						
その他 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名： 与薬時間・回数：)						
けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： 頻度： 持続時間： 分～ 分 最終： 対応等状況：					
姿勢・移動	姿勢の 変え方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (一部・全部) 麻痺の状況 () ※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"/> はいはい <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 ()				
禁忌の食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					

(裏面へ続く)

食事	血糖値測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時間 (時 時 時)
	インスリン投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時間 (時 時 時) 指示内容 :
食事・栄養	方法内容	<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"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他 () 食事時の配慮 ()
		<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 朝 (注入内容 :) (mℓ) 昼 (注入内容 :) (mℓ) 晩 (注入内容 :) (mℓ) その他 (注入内容 :) (mℓ) 水分補給 (mℓ 回) トラブル : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 交換頻度 (回 /)
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	薬品名 () 輸液量 (mℓ)	
排泄	尿	排尿回数	(回 / 日) <input type="checkbox"/> 伝えない <input type="checkbox"/> 伝える
		状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 導尿 時間 (時 時 時 時) 回 / 日 カテーテルサイズ Fr 尿道に挿入する長さ cm	
	便	排便回数	(回 / 日) <input type="checkbox"/> 伝えない <input type="checkbox"/> 伝える
	状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	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 () <input type="checkbox"/> ストマパウチ (交換 回 / 日)	
呼吸・循環器管理	酸素濃度 (SpO2) の値		平常時 : 運動時 : 体調不良時 : 酸素濃度が低いときの対応 :
	酸素吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	流量 : (ℓ / 分) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内
	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	カニューレ (種類 内径 mm) 交換頻度 (1 回 /) 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 カテーテルサイズ (Fr) 挿入の長さ (cm)
	人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	種類 : <input type="checkbox"/> 気管切開下 <input type="checkbox"/> 非侵襲的 (<input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 鼻・口) 機種 : モード :
	薬品の吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	使用薬品 : 器具 :
その他	必要な医療的ケア		
聴力	聴力 (左右差 : 無 ・ 有) 補聴器 (不要 ・ 必要)		
視力	視力 (近視 ・ 乱視 ・ 遠視 ・ 弱視) 眼鏡・コンタクト (不要 ・ 必要)		
日常生活用具・補装具	頭部保護帽 (不要 ・ 必要) 装具 (無 ・ 有) (<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他集団生活を送る上で配慮が必要な点			

医療的ケア主治医意見書

下記児童が保育所等の申込をするために、ご意見をお聞かせください。

この意見書は、保育所等の入所、入園時に児童の状態を把握するために使用します。

保育所等は療育施設等とは異なる集団生活となるため、生活をする上で配慮が必要かどうかについてもご意見をお聞かせください。

下記内容は、本児が保育所等を利用することとなる場合、その利用先の保育所等に対し情報提供いたします。

児童名 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診断名	主病名	合併症
保育所等での 集団生活の 可否	※乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育所等では、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。 <input type="checkbox"/> 保育所等での集団生活は可能 (理由: _____) <input type="checkbox"/> 保育所等での集団生活は不可 (理由: _____)	
必要な 医療的ケア	経管栄養・吸引・導尿等	
胎 生 期		
受診状況	回/ _____ 月	
感染症等 既往疾患	疾患名: _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日、入院 (有・無) 疾患名: _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日、入院 (有・無) 疾患名: _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日、入院 (有・無)	
手術歴 (予定含む)	年 _____ 月 _____ 日	術式: _____
	年 _____ 月 _____ 日	術式: _____
	年 _____ 月 _____ 日	術式: _____
	年 _____ 月 _____ 日	術式: _____
〈これまでの経過・概要〉		
〈主な治療と今後の方針〉		

(裏面もご記入ください)

現在の状態			
姿勢・運動	麻痺の程度		
言語・認知			
呼吸状態	呼吸障害 無 ・ 有 内容 ()		
SP02	・ 平常時 : % ・ 体調不良時 : %		
けいれん発作	種類 <input type="checkbox"/> 熱性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> てんかん ()	頻度・時間・対応等	
与薬	内服薬	無 ・ 有 内服の方法 : 薬品名 (用法・用量) ※処方内容添付可	
	座薬	無 ・ 有 薬品名 () 使用時 ()	
	その他		
保育所等での生活上の配慮点及び注意点		配慮の必要性	配慮の必要性について具体的な内容
	食 事	無 ・ 有	援助方法・調理状態・誤嚥の有無等
	排 泄	無 ・ 有	
	睡 眠	無 ・ 有	入眠中・起床時等
	運動・戸外遊び時	無 ・ 有	
	沐浴・水遊び時	無 ・ 有	
	移 動	無 ・ 有	
	更 衣	無 ・ 有	
	その他	無 ・ 有	装具の使用 拘縮の有無等
緊急時の対応	予測される事態		
	必要な処置		
	緊急時の受診方法		
その他			
年 月 日			
証明者		医療機関名	
		所在地	
		医師名	
		印	

<記入上の注意>

- この意見書は、保育所等の申込み児童の状況を判断するための資料の一つです。児童の障害や疾病の状態を証明するために使用されます。詳しく、記入してください。
- 前に他の医師が診断している場合は、必要に応じて保護者の申立等により記入してください。

様式第4号

(あて先)

意見聴取に係る同意書

児童の状況等について、茨木市が下記の相談機関・医療機関に照会することについて同意します。

記

1 児童名

2 生年月日 年 月 日

3 相談機関名又は医療機関名

年 月 日

[保護者]

住 所

氏 名

様式第5号

茨保幼総第 号
年 月 日

様

印

医療的ケア実施承認（不承認）通知書

年 月 日付けで申請のありました医療的ケアの実施について、
次のとおり承認（不承認）としましたので通知します。

児童氏名		
生年月日	年 月 日 （ 歳）	
承認	実施施設名	
	実施する医療的 ケアの内容	
	開始日	
不承認	不承認の理由	

様式第6号

(あて先)

茨木市立保育所等における医療的ケアの実施に関する同意書

- 1 茨木市立保育所、茨木市立小規模保育施設及び茨木市立認定こども園（以下「保育所等」といいます。）における医療的ケア（以下「医療的ケア」といいます。）について、次の事項を理解しています。
 - (1) 医療的ケアは、保育所等に通所・通園するために医療的ケアが必要であり、かつ、保育所等での集団保育及び医療的ケアの実施が可能であると認める児童に対して、保育所等において医療的ケアを実施することにより、保育所等における健康で安全な生活を送ることを目的に実施するものであること。
 - (2) 医療的ケアは、疾病等の治療を目的としない児童の日常生活を営む上で必要な医療的行為であって、保育所等において看護師が当該医療行為を行うことに支障がないと主治医が認め、かつ、当該看護師が主治医から指示・指導を受けた範囲で実施することができるものであること。
- 2 医療的ケアを受けるに当たり、「茨木市立保育所等における医療的ケア実施要綱（令和4年10月1日適用）」を順守します。
- 3 下記の児童について実施する医療的ケアは、次のとおりです。

区分	内容
	※これ以外の医療的ケアについては、原則として実施しません。
- 4 医療的ケアを実施する日時は、実施保育所等の休所・休園日及び土曜日を除く看護師が勤務する日時とします。ただし、行事その他必要に応じて、変更されることがあります。
- 5 通所・通園に当たり、次に掲げる事項を守ります。
 - (1) 児童の送迎は保護者（実施保育所等が認めた者を含みます。）で行うこと。
 - (2) 医療的ケアに必要な機材、消耗品等については、保護者による費用負担の上、準備し、点検及び整備を行うこと。
 - (3) 行事等への参加については、必要に応じて、実施保育所等と協議し、実施保育所等の指示に従うこと、ただし、保育所等が、児童の状況によっては、参加を見合わせることや保護者の協力をお願いすることがあり、その場合にはそれに従うこと。
 - (4) 発熱、下痢、嘔吐、痙攣等体調の異変があった場合の保護者への連絡について、常に連絡が取れるようにすること。
 - (5) 医療的ケアの実施の継続が困難と判断し、医療的ケアを中止したときは、速やかに保護者（実施保育所等が認めた者を含みます。）が児童を迎えに来ること。
 - (6) 医療的ケアの実施を停止又は終了するときは、7日前までに停止届又は終了届を実施保育所等に提出すること。
 - (7) その他保育所等における健康で安全な生活を行うため調整を求めた場合は、協力す

ること。

- 6 児童の健康管理等について、次の事項を守ります。
 - (1) 保護者は、登所・登園前の健康観察、検温等を行い、児童の体調を確認の上、登所・登園させること。児童の体調が悪い場合は、登所・登園させないなど児童の体調に十分配慮した対応をし、児童の健康状態、主治医の意見等で留意する点がある場合は、実施保育所等の看護師等に伝えること。
 - (2) 看護師等が主治医との面談を求めた場合には、遅滞無く、主治医に対してその旨を伝え、面談に協力すること。
 - (3) 医療的ケアに関連して児童を医療機関に受診させた場合に必要な費用は保護者が負担すること。
 - (4) 医療的ケアの実施内容等によって医療的ケアの実施が困難な場合は、実施保育所等の示す方法に協力し、指示に従うこと。
 - (5) 医療的ケアの実施について看護師等が調整を求めた場合は協力すること。

- 7 医療的ケアの実施に必要な範囲内で、市の関係課及び関係機関が医療的ケアを受ける児童の情報を共有し、及び市が主治医等に情報提供及び問合せを行うことがあります。また、集団保育を実施する上で必要な範囲内で、他の児童及び当該児童の保護者との間で医療的ケアを受ける児童の情報を共有する場合があります。

- 8 医療的ケアの中止等について、実施保育所等において、次のことがあることについてあらかじめ了承します。
 - (1) 医療的ケア児の体調不良、看護師の不在その他実施体制が整わないことその他の事情により、実施保育所等の施設長が医療的ケアの実施ができる状態にないと判断したときは、医療的ケアを中止し、又は受け入れできません。
 - (2) 緊急時に保護者等が迎えに来ることができないときは、医療的ケアを実施できません。
 - (3) その他医療的ケアを実施することができないと実施保育所等の施設長が認めたときは、医療的ケアを中止し、又は受け入れできません。
 - (4) 児童の状況の変更、実施保育所等における看護師の配置その他の事情により、市長（茨木市立認定こども園は教育長。次号において「市長等」といいます。）が医療的ケアを実施することが困難と認めたときは、医療的ケアの受け入れを休止します。
 - (5) その他市長等が医療的ケアを実施することが困難と認めたときは、医療的ケア児の受け入れを休止します。

※(4)・(5)により休止する場合は、休止する期間をお知らせします。

以上に掲げる全ての事項について、同意します。

年 月 日

保育施設
児童

保護者

医療的ケア主治医指示書

(あて先)

記入日 : _____
 医療機関名 : _____
 住 所 : _____
 電話番号 : _____
 医師名 : _____

医療的ケアについて、下記のとおり指示いたします。 ※ 年度中、有効。

児童名		生年月日	年	月	日
診断名					

医療的ケアの内容	
----------	--

該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。

具体的指示内容	経管栄養	種 類	<input type="checkbox"/> 経鼻 (挿入位置 cm) <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻				
		<input type="checkbox"/> 栄 養 剤 食 事 注 入	注 入 内 容				
			実施時間/量/速度	:	/	ml /	分・時間 かけて
			胃 残 量	:	/	ml /	分・時間 かけて
		<input type="checkbox"/> 水 分 注 入	時 間 / 量	:	/	ml	
	:			/	ml		
	:			/	ml		
	その他指示 (異常時の対応等)						
	排泄介助	<input type="checkbox"/> 導 尿	カテーテルサイズ	Fr	挿入の長さ	cm	
			時 間				
		<input type="checkbox"/> 人 工 肛 門					
		その他指示 (異常時の対応等)					
	血糖測定・インスリン注射	<input type="checkbox"/> 血 糖 測 定	時 間				
		<input type="checkbox"/> イ ン ス リ ン 注 射	薬 品 名				
			投 与 量				
その他指示 (異常時の対応等)							

具体的指示内容	酸素療法	<input type="checkbox"/> 常時使用	流量	ℓ / 分	
		<input type="checkbox"/> 体調変化時	使用の目安	SpO2 %以下	
			開始流量	ℓ / 分	
		その他指示 (異常時の対応等)			
	吸入	薬品名		1回量	
		<input type="checkbox"/> 定時	時間		
		<input type="checkbox"/> 体調変化時	投与の目安		
		その他指示 (異常時の対応等)			
	吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内			
		<input type="checkbox"/> 鼻腔内			
		<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内			
		その他指示 (異常時の対応等)			
	人工呼吸器	機種		モード	
その他指示 (異常時の対応等)					
その他	けいれん時の指示など、上記医療的ケア以外に指示がある場合は御記入ください。				
その他指示	与薬	薬品名			
		用法・用量			
	配慮事項	日常生活で注意すべき事項	運動制限、プール・水遊びの可否や配慮事項、薬品との掛け合わせで摂取禁止の食材等		
		平常時のバイタルサイン	体温 :	℃	/ SpO2 : ~ %
		呼吸数 :	~	回/分 / 心拍数 :	~ 回/分
緊急時の指示	禁忌薬 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 薬品名)				
		<囑託医・連携医療機関への伝達事項>			
実習・指導	年 月 日に看護師() () に実施				

様式第8号

医療的ケア緊急対応表

年 月 日

児童氏名 _____

診 断 名				
緊急対応が必要な状態				
緊急時の搬送先	医療機関名： 科 名： 電 話： 担当医：			
主 治 医	医療機関名： 科 名： 電 話： 担当医：			
緊急連絡先		名前	続柄	電話
	①			
	②			
③				
健康保険証番号				

様式第9号

(あて先)

医療的ケア変更・追加指示書

(<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 追加) ※ どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。	
児童氏名	
施設名	茨木市立
[変更又は追加の内容]	
[実習・指導]	
実施日	
看護師氏名	

年 月 日

主治医

印

(届出先)

医療的ケア継続届出書

下記の医療的ケアの継続実施が必要であるため、「茨木市立保育所等における医療的ケア実施要綱」を理解し、届け出ます。

[保護者] 氏名 _____

住所 _____

[児 童] 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

記

[医療的ケアの内容]

※ 依頼する項目に☑をつけ、該当する項目に○印又は記入をしてください。

<input type="checkbox"/> 経管栄養	(経 鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう)
<input type="checkbox"/> 吸 引	(口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内)
<input type="checkbox"/> 酸素療法	(持 続 ・ 体調の変化による)
<input type="checkbox"/> 吸 入	(定 時 ・ 体調の変化による)
<input type="checkbox"/> 導 尿	(一部介助 ・ 全介助)
<input type="checkbox"/> 人工肛門の管理	(ストマパウチ貼替)
<input type="checkbox"/> 血糖値測定及びインスリン注射	
<input type="checkbox"/> その他	[_____]

[予測される緊急時の対応]

	予測される緊急時の状態	対応・緊急搬送先
経 管 栄 養		
吸 引		
酸 素 療 法		
吸 入		
導 尿		
人 工 肛 門 管 理		
血 糖 値 測 定 及 び イ ン ス リ ン 注 射		
そ の 他		

年 月 日

(届出先)

医療的ケア停止届出書

次のとおり、茨木市立保育所等における医療的ケアの実施を停止したいので、届け出ます。

施設名		茨木市立
児 童	氏 名	
	生年月日	年 月 日
保護者氏名		
停止期間		年 月 日 ~ 年 月 日
理 由		<p>該当する項目に☑及び記入をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 入院のため（検査）</p> <p><input type="checkbox"/> 入院のため（感染症）</p> <p><input type="checkbox"/> 入院のため（手術）</p> <p><input type="checkbox"/> 入院のため（薬の調整）</p> <p><input type="checkbox"/> 入院のため（体調不良）</p> <p><input type="checkbox"/> 体調不良のため（</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>〔</p> <p>〕</p>

様式第12号

年 月 日

(届出先)

終 了 届

次のとおり、茨木市立保育所等における医療的ケアの実施を必要としなくなりましたので、届け出ます。

施設名		茨木市立
児 童	氏 名	
	生年月日	年 月 日
保護者氏名		
終 了 日		年 月 日
理 由		

作成者	施設長

児童状態把握票 (年 月 日現在)

児童氏名：
生年月日：

<保育所等で実施する医療的ケア>

<基礎疾患・障害名>

項目	普段の状態	医療的ケアが必要な状態	緊急対応が必要な状態
その他注意事項	(体調を崩す前兆等)		
その他			

医療的ケア個別実施手順表

(記入日： 年 月 日)

児 童 名	
ケア内容	
必要物品	
実施時間	
実施場所	
手 順	
注意事項	

確認日： 年 月 日

保護者：

作成者	施設長

施設長

医療的ケア 看護記録票

日付	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
処置時間・ 内容及び 特記事項						
	記入者					
日付	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
処置時間・ 内容及び 特記事項						
	記入者					

医療的ケアの実施に係る事故報告書

施設名

施設長

印

クラス	歳児	児童名	男・女	生年月日	年	月	日
① 事故発生の日付・時刻		年 月 日 () 午前・午後 時 分頃 天候：					
② 事故発生場所							
③ 医療的ケアの内容							
④ 事故発生時の状況と経過							
⑤ 発生時の職員名と位置関係及び他の児童の状況							
⑥ 処置の内容とその後の経過		<担当者>					
⑦ 医療機関名・連絡時間・指示内容と対応		医療機関名：	連絡時間／午前・午後 時 分頃				
		指示内容：					
⑧ 医療機関受診時刻、医療機関での処置内容及び指示内容		受診時刻／午前・午後 時 分頃 <担当者>					
⑨ 入院期間（予定）							
⑩ 保護者への連絡者・方法・時刻		連絡者／	方法／	時間／午前・午後 時 分頃			
⑪ 保護者への説明内容と保護者の反応							
⑫ 事故の原因							
⑬ 類似事故の防止対策							
⑭ 医療費について		自己負担 子ども医療 1人親家庭 生活保護 その他 ()					
⑮ その他							

記録者：

- ・事故が発生した時は、すみやかに提出すること。
- ・健康センター提出用の災害報告書は医療等の状況とともに提出のこと
- ・受診時間は病院に着いた時間
- ・時系列に記載のこと