

医療的ケア児の保育に必要な書類（参考資料）

医療的ケア児の疾患等については多種多様であり、疾患が重複している場合があるなど、個々の状態についても大きな違いがあります。

医療的ケア児の受け入れが決定した後は、保護者や主治医から十分に情報収集を行い、医師からの指示や各種情報に基づいて、必要書類を準備していきます。

各種書類の活用方法について

- | | |
|------|---------------------|
| 資料 1 | 個別状況票（例：糖尿病） |
| 資料 2 | 児童の対応記録票（例：糖尿病） |
| 資料 3 | 主な1日の生活の流れ |
| 資料 4 | 医療的ケア 物品確認表（例：糖尿病） |
| 資料 5 | 医療的ケア 健康観察日誌（例：糖尿病） |
| 資料 6 | 医療的ケア 手技・手順表（例：糖尿病） |
| 資料 7 | 保護者との引継ぎ連絡帳 |
| 資料 8 | 個別緊急時対応表（例：糖尿病） |
| 資料 9 | 災害時の対応 |

各種書類の活用方法について

書類名		活用方法
資料 1 (P 72)	個別状況票	・医療的ケア児の受入れにあたり、こどもの状況を保育所が把握し、職員間で情報を共有するために使用します。
資料 2 (P 74)	児童の 対応記録票	・入所以降に医療的ケア児に関して行った対応（保護者面談、主治医面談、嘱託医との連携、区保健福祉センター等関係機関との対応 等）や保護者との確認事項、健康状態の経過や集団保育での状況等も含めて、経過を継続的に記録します。 ・保護者、主治医、嘱託医、及び医療的ケア児と関わる全ての保育所職員が、安全かつ円滑な対応をするために活用します。 ・経時的な記録は、嘱託医との連携や主治医面談時に、医師が指示内容を判断する指標ともなります。気になることや状態に変化があった場合など、対応した時間も含め具体的に対応内容を記録します。また、保育所での会議等において、配慮内容を検討する時にも活用します。
資料 3 (P 76)	主な 1 日の 生活の流れ	・保育所での生活や活動と、主治医から具体的に受けた指示内容を照らし合わせ、1 日の活動の流れに応じた医療的ケアのタイミングを考慮して作成します。 ・各種行事や所外活動等については、医療的ケア児だけではなく、集団を含めて安全な保育ができるよう配慮をするため、時間の流れに沿った活動計画を作成します。
資料 4 (P 77)	医療的ケア 物品確認表	・日々の医療的ケアに必要な物品は、原則、毎日持参し持ち帰ってもらうため、医療的ケア対応に支障が出ないよう、登降所時に必要物品の不備がないかを保護者と職員で確認するときに使用します。
資料 5 (P 78)	医療的ケア 健康観察日誌	・保育中の医療的ケア児の状態や、各種測定数値（血糖値、血中酸素飽和度等）は、医師が指示内容を判断する際に基準ともなるので、対応した時間や具体的な内容も含め記録します。 ・測定数値等の各種記録については、主治医連携の際にも活用します。
資料 6 (P 79)	医療的ケア 手技・手順表	・主治医から具体的に受けた指示に基づいて、実際に行う医療的ケアの手順を複数職員で確認できる様式を作成します。
資料 7 (P 80)	保護者との 引継ぎ連絡帳	・家庭と保育所の情報共有は、行き違いを防ぐため口頭ではなく書面として残します。 ・家庭での健康状態と医療的ケア状況、保育所での健康状態と医療的ケア状況、保育所での様子や、集団との関わりについて、保護者と保育所で情報を共有します。

書類名		活用方法
資料 7 (P 80)	保護者との 引継ぎ連絡帳	・ 保育の内容も含め、連絡事項は連絡帳に記録し、保護者に引き継ぎ、家庭からの情報は、健康状況に応じた保育計画、医療的ケア対応に役立てます。
資料 8 (P 81)	個別緊急時 対応表	・ 病状の急変時の対応について、主治医と保護者に確認した内容に基づいて、速やかな対応ができるように対応表を作成します。 ・ 行事や所外保育においても緊急事態を想定する必要があるため、その都度、内容の確認や必要に応じて作成についても検討します。
資料 9 (P 82)	災害時の 対応表	・ 災害発生時を想定したフロー図やチェックリスト等を作成します。 ・ 主治医や保護者と連絡先や避難先、引き渡し方法、必要な物品等を検討し、認識合わせを行い作成します。内容については職員間で共有します。

【個別状況票】

状況を教えてください（下記の項目に記入、または○をつけてください）

保育所名 保育所	児名 歳児クラス	性別 男・女	生年月日 年 月 日生	年齢 歳 か月
-------------	-------------	-----------	----------------	------------

● 今までの経過を教えてください

糖尿病と診断されたのはいつですか？	年 月頃（ 歳 か月頃 ）
病 名	
糖尿病以外に診断された病名はありますか？	

● かかりつけ医療機関と定期受診について

医療機関名： _____（ _____ 科）	主治医名： _____
Tel. （ _____ ） _____	
○定期受診（初診 年 月 日から）	
・している [年 月 日に 回]	・していない ・その他 [_____]
[年 月 日に 回]	

● 治療内容・主治医からの指示について教えてください

【血糖測定は1日何回していますか？ 測定時間に○等を記入してください】

【インスリン療法について、薬品名の記入、注射及び注入時間に○等を記入してください】

1日の血糖測定の回数を記入してください	1日の時間	0	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1日（ ）回	血糖測定																					
薬品名を記入してください	インスリン注射																					
☐ インスリン注射 薬品名： _____	インスリンポンプ																					
☐ インスリンポンプ 薬品名： _____	(基礎量： _____)																					

● 主治医の指示がある場合記入をしてください

【補食について】

【運動療法について】（ なし ・ あり ）

--

--

● 今までの低血糖・高血糖症状について教えてください

低血糖症状の場合		その時の様子、血糖値など	医療機関受診の有無、対応・処置など
初めての症状	年 月頃		
直近の症状	年 月頃		

高血糖症状の場合		その時の様子、血糖値など	医療機関受診の有無、対応・処置など
初めての症状	年 月頃		
直近の症状	年 月頃		

● 緊急時について

救急搬送の目安（医師の指示内容など）はどのような時ですか？

児童名_____

- ・低血糖（ _____ ）
- ・高血糖（ _____ ）

※救急搬送先は決まっていますか？

・いいえ ・はいー医療機関名 _____

【TEL： _____】

● その他、集団生活で気をつけることや、保育所に伝えておきたいことがあれば記入してください

--

● 緊急連絡先を記入してください

氏 名	続柄	電 話 番 号	連 絡 先・備 考
①		自宅・携帯・職場	
②		自宅・携帯・職場	
③		自宅・携帯・職場	

※内容変更時および、年に1回書面の内容について更新をお願いします

更新年月日 クラス	1年間で医師からの指導内容の変更の有無について (医療機関や主治医、受診状況、薬の内容、緊急時の指示等)	保護者 サイン
年 月 日 歳児クラス	なし あり →	
年 月 日 歳児クラス	なし あり →	
年 月 日 歳児クラス	なし あり →	
年 月 日 歳児クラス	なし あり →	
年 月 日 歳児クラス	なし あり →	

※保育所での活動及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を保育所職員及び嘱託医と共有します。

保育所を修了するまで使用します。

保護者名：_____

【児童の対応記録票】						
記 録 日： 年 月 日 記 録 者 名：						
● 児童の状況						
保育所名	クラス	児童名	男・女	年齢	生年月日	
保育所	歳児			歳 か月	年 月 日	
● 疾患に関する状況						
病 名				かかりつけ医療機関 診療科		
必要なケア	☐ なし （保護者管理） ☒ あり ☐ 血糖測定 ☐ インスリン施注 ☐ ポンプ管理 ☐ その他（ ）			主治医		
				受診状況		
血糖測定	保育所での測定回数： 回 時間：					
インスリン の状況	☐ ポンプ 薬品名 _____ 保育所での注入時間： _____ ☐ 注射 保育所での施注時間： _____ 給食前：薬品名 _____ 単位 _____ 間食前：薬品名 _____ 単位 _____				補食	保育所での補食内容 () タイミング(医師の指示)
低血糖の 状況	様 子			頻 度	回 / 日 ・ 週 ・ 月	
	初発症状	年 月頃		直近の症状	年 月頃	
高血糖の 状況	様 子			頻 度	回 / 日 ・ 週 ・ 月	
	初発症状	年 月頃		直近の症状	年 月頃	
緊急時対応	医師の 指示内容	救急搬送はどんな時に必要ですか？				
	搬送先	【 TEL： 】				
保育での配慮						
● その他（必要に応じ記入）						
手帳の有無、他機関の利用 （通園施設・訓練機関・医療機関等）						
その他						
※ 年度末に内容確認 裏に記載されている変更内容についても確認すること。						
クラス	歳児	歳児	歳児	歳児	歳児	歳児
記入・更新 年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
担任サイン						

(裏面)

※ 医師の指示内容、薬の変更、状態の変化、救急搬送などがあつた時も記入

兒童名 _____

●関係機関（保護者・主治医・嘱託医・区役所・通園施設・訓練機関等）及び児童状況における対応記録

[illegible]

〇〇ちゃんの主な1日の流れ		
保育の流れ	具体的な保育対応内容	医療的ケア対応内容
7:30 ～9:30 頃 登所		
活動 (行事等)		
11:30 給食		
12:30 活動、昼寝		
15:00 おやつ		
16:00 頃 ～18:30 活動 降所		

医療的ケア・物品確認表

【記入例】

4歳児クラス 氏名：大阪 太郎

4月	受取時										返却時									
	インスリン製剤	注射器	アルコール綿	注射器破棄容器	血糖測定セット			確認者サイン								確認者サイン				
								保護者	職員							保護者	職員			
1日（月）	✓	✓	✓	✓	✓			〇〇	△△	✓	✓	✓	✓	✓			〇〇	□□		
2日（ ）																				
3日（ ）																				
4日（ ）																				
5日（ ）																				
6日（ ）																				
7日（ ）																				
8日（ ）																				
9日（ ）																				
10日（ ）																				
11日（ ）																				
12日（ ）																				
13日（ ）																				
14日（ ）																				
15日（ ）																				
16日（ ）																				
17日（ ）																				
18日（ ）																				
19日（ ）																				
20日（ ）																				
21日（ ）																				
22日（ ）																				
23日（ ）																				
24日（ ）																				
25日（ ）																				
26日（ ）																				
27日（ ）																				
28日（ ）																				
29日（ ）																				
30日（ ）																				
31日（ ）																				

必要物品を記入する

※セットは別紙に詳細を記載しておく

確認してチェック✓をする

受け取り時・返却時とも保護者と必ず確認してサインする

医療的ケア・健康観察日誌

糖尿病（注射療法）

【記入例】

令和 2年 2月14日（金）

歳児クラス 名前 大阪 太郎

〈子どもの様子〉

	受け入れ時（ 9:00 ）
体温	36.8℃
顔色	普通
機嫌	良い・悪い
食欲	あり
排便	なし・あり 回（ ）
睡眠	良い
その他	受け入れ職員（保育士）が聞き取る

〈物品確認〉

預かり内容
☒ インスリン製剤 ☐
☒ 注射器
☒ アルコール綿
☒ 注射針破棄容器
☒ 血糖測定器一式
☒ （測定器・専用チップ・穿刺針
受け取り（サイン） 返却（サイン）

〈連絡事項・引継ぎ〉

〇月〇日に病院受診予定あり欠席
するとのこと（サイン）保護者とのやり取りや伝えて
おきたい内容などを記入物品数に合わせて変更可
チェック欄は受取・返却時
にそれぞれチェック

時 間 (体温)	日中の様子			健康観察							処置の実施				管理項目		その他		サイン		(特記事項)
	食事	排泄	睡眠	空腹感	発汗	嘔気・嘔吐	手足の震え	脱力感	眠気	血 糖 測 定	イン ス リ ン 注 射				イン ス リ ン 注 射	血 糖 測 定 器			実 施 者	確 認 者	
7:30																					
8:00																					児童の健康状態により追加、変更して項目を記入する
9:00 36.8℃				無	無	無	無	無	無						✓	良			東	南	
10:00																					
11:00				無	無	無	無	無	無	✓ 155	✓ 2U					良			東	南	
12:00 全量			↑	無	無	無	無	無	無							良			東		時間や記録内容によってはサインがひとりの時もある
13:00																			東	南	
14:00																			東	南	
15:00 36.8℃ 全量			↓	無	無	無	無	無	無	✓ 50	✓ 1U					良			東	南	血糖値 50、 低血糖症状なし。インスリン 1.5U→ 1.0U に減量する。
16:00				無	無	無	無	無	無							良			東	南	
17:00																					保育時間により時間幅の調整も可
18:00																					表記方法は※印を参考に児童に合わせて記録する
19:00																					
19:30																					記録者：東

※記入方法について（良・悪）（有・無）（少・中・多）等で記録する

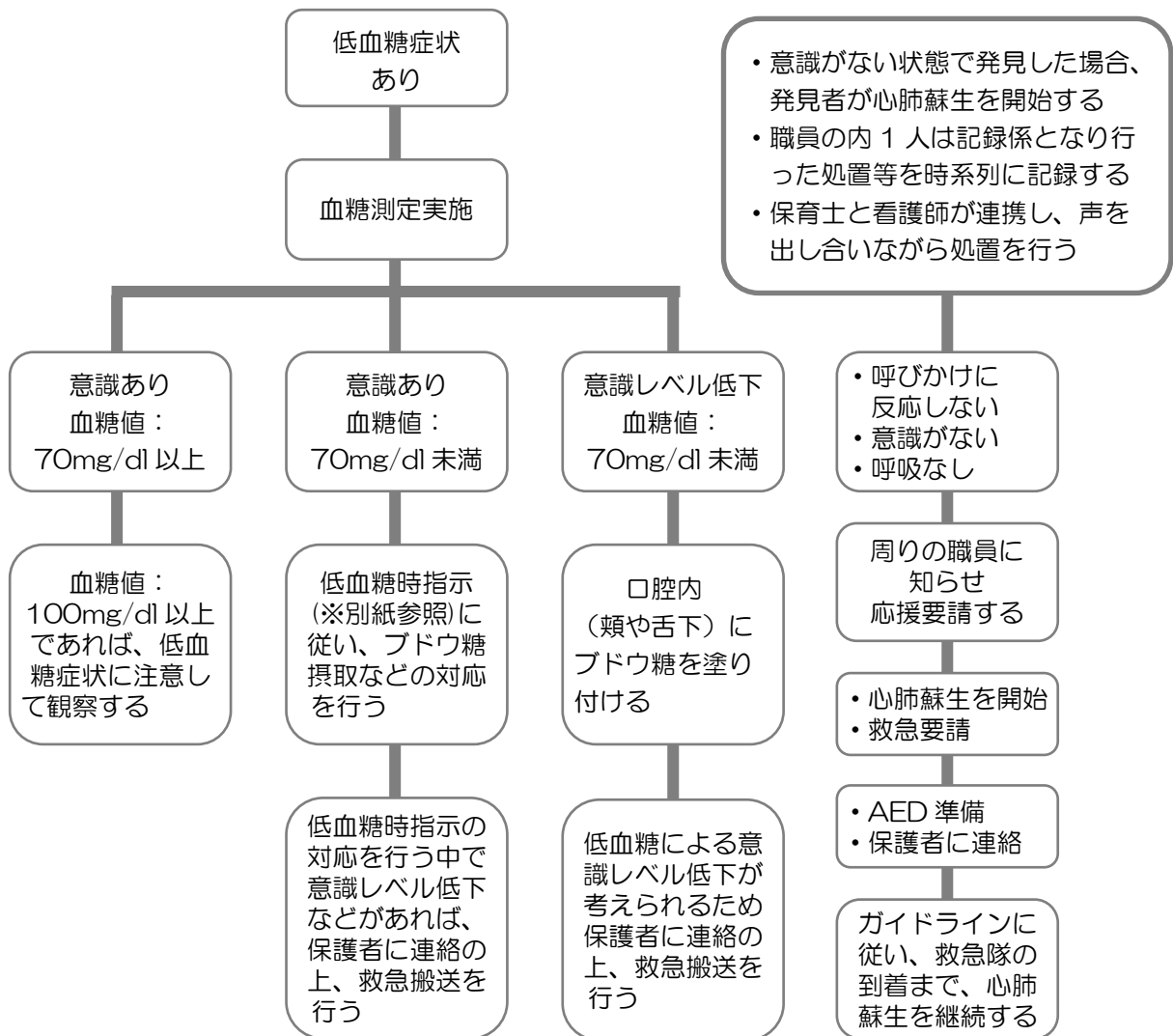
年 月 日

注射前の準備		
1	手を洗いましたか？	
2	インスリンの名前や種類はありますか？	
3	指示された単位数ですか？	
4	指示された注射時間（タイミング）ですか？	
5	注射に必要なものの準備はしましたか？	
インスリンの準備		
6	懸濁した製剤の場合、10 回以上注入器（キット）を前後に転がし、さらに 10 回以上ゆっくり上下に振り混ぜましたか？	
注射針の取り付け		
7	ゴム栓をアルコール綿で消毒しましたか？	
8	注射針を正しく注入器（キット）に取り付けられましたか？	
空打ち		
9	空打ちは毎回実施していますか？	
10	（⊖）を表示させた後、矢印の方向に引っ張り「0」を表示させましたか？	
11	単位設定ダイヤルを回して 2 単位の設定ができましたか？	
12	3～4 回はじいて、空気を上に集めましたか？	
13	針先を上に向けたまま注入ボタンを最後まで押しましたか？	
14	インスリンが出ることを確認しましたか？	
単位の設定		
15	単位設定ダイヤルを回して注入単位の設定ができましたか？	
注射		
16	注入する場所をアルコール綿で消毒しましたか？	
17	注入ボタンは最後まで押しましたか？	
18	注入ボタンを押したまま、6 秒以上おいてから針を抜きましたか？	
後片付け		
19	注射後、注射針は正しく外せましたか？	
20	決められた方法で注射針を捨てましたか？	

資料 7 保護者との引継ぎ連絡帳

月 日 ()		あさ たいおん 朝の体温		
じ 時	せい かつ 生 活	しょくじ りょう 食事のようす (量・たべたものなど)		
0	ぜんじつ しゅうしんじかん 前日の就寝時間 (:)	ぜんじつ ゆうしょく 前日の夕食 (:)		
5		ちょう しょく 朝 食 (:)		
6		きゅう しょく 給 食	たべた	
7		(:)	のこした りょう 量 :	
8		おやつ (3時)	たべた ・ のこした	
9		か 庭 てい か ら		
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16	ほ 育 い く 所 しよ か ら			
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				

緊急時の対応



緊急連絡先

①母（携帯）〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇
 ②父（携帯）△△△—△△△△—△△△△
 ③父（職場）××××株式会社
 □□—□□□□—□□□□
 ④母（職場）＊＊＊＊株式会社
 ※※—※※※※—※※※※
 かかりつけ医
 ＊＊＊＊病院 ▼▼—▼▼▼▼—▼▼▼▼
 主治医：小児科 ●● ●● 医師

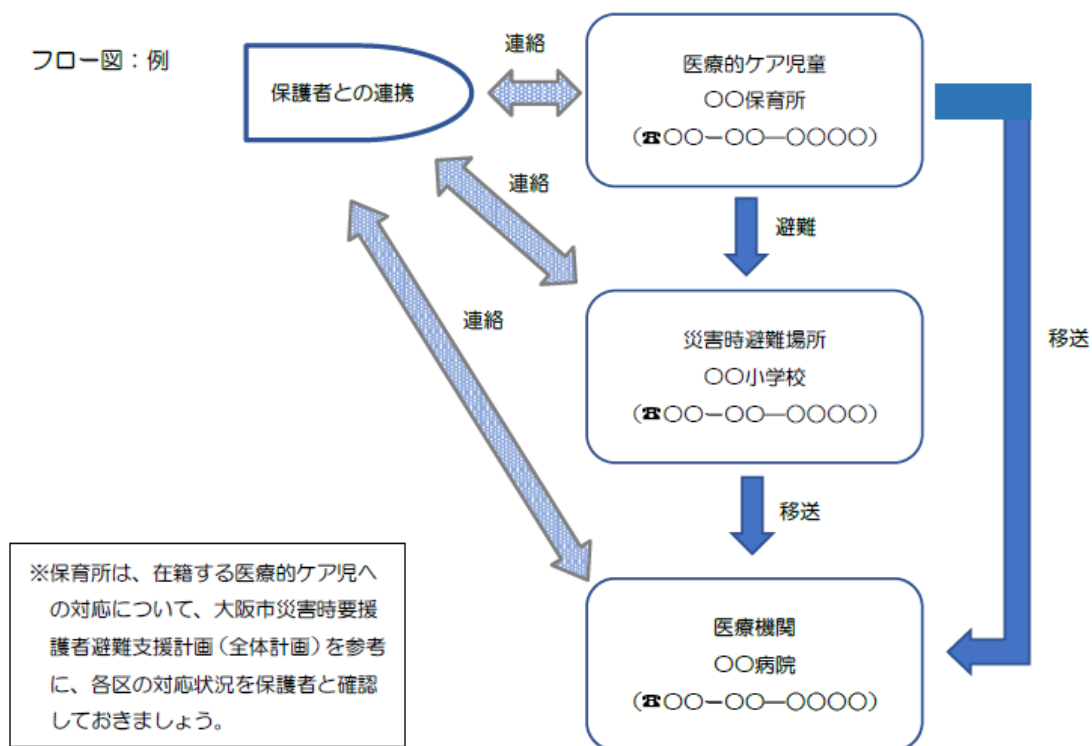
・心肺蘇生開始後、人員が確保でき血糖測定が可能な状況であれば、看護師が血糖測定を行う
 ・血糖値が 70mg/dl 未満であれば口腔内にブドウ糖を塗り付ける

災害時の対応

病状、医療ケアの内容に合わせて、以下のことについて事前に保護者と十分に打ち合わせを行い、フロー図やチェックリスト等を作成する。

- ・災害で避難の際に必要な持ち出し物品
- ・保護者との連絡方法
- ・保護者への引き渡し方法
- ・停電、断水の対応
- ・避難先、避難経路及び避難方法 等

フロー図：例



緊急連絡先

- ①母（携帯）〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
 ②父（携帯）△△△-△△△△-△△△△
 ③父（職場）××××株式会社
 □□-□□□□-□□□□
 ④母（職場）* * * * 株式会社
 ※※-※※※※-※※※※
 かかりつけ医
 * * * * 病院 ▼▼-▼▼▼▼-▼▼▼▼
 主治医：小児科 ●● ●● 医師

必要物品

- ・〇〇〇〇
- ・△△△△
- ・□□□□ 等

大阪市立保育所（公設置公営）における
医療的ケア児受入れに関するガイドライン

発行 大阪市こども青少年局保育施策部保育所運営課

