

# 様式集

|          |                                           |
|----------|-------------------------------------------|
| 様式 1－1   | 対象児童用診断書(表面)                              |
|          | 「保育所での主な1日の生活」(裏面)                        |
| 様式 2     | 医療的ケアの必要なこどもの入所を希望する保護者のみなさまへ             |
| 様式 3     | 医療的ケア利用申込書兼同意書                            |
| 様式 4     | 医療に関する聞き取り票について                           |
| 様式 4―①～⑭ | 医療に関する聞き取り票(各種疾患別)                        |
| 様式 5－1   | 【医療的ケア】施設利用にかかる保育環境整備等に関する確認書のご提出について(依頼) |
| 様式 5－2   | 【医療的ケア】施設利用にかかる保育環境整備等に関する確認書             |
| 様式 5－3   | 【医療的ケア】受入れに関する確認書                         |
| 様式 6     | 準備調整期間における具体的なスケジュール予定表                   |
| 様式 7     | 【医療的ケア】に関する指示書                            |
| 様式 8     | 【医療的ケア】の実施についての依頼書                        |
| 様式 9     | 医療機器等預かり同意書                               |
| 様式 10－1  | 個別支援計画                                    |
| 様式 10－2  | 個別指導計画                                    |
| 様式 11    | 【医療的ケア】に関する事故報告書(ヒヤリハット含む)                |

| 書類名              |                                             | 内容                                                                                                |
|------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 様式 1<br>(P 28)   | 対象児童用診断書                                    | 保育施設・保育事業利用の案内書類一式に含まれる診断書。保育所を希望することもが治療中、または経過観察中の疾患があり、同一疾患等で 1 年に 1 回以上定期的な受診をしている場合に提出が必要です。 |
| 様式 2<br>(P 30)   | 医療的ケアの必要なこどもの入所を希望する保護者のみなさまへ               | 医療的ケアの必要なこどもの保護者が保育所を申し込む際に、受入れ要件等を確認するための案内文です。                                                  |
| 様式 3<br>(P 31)   | 医療的ケア実施申込書兼同意書                              | 保育所を申し込む際に、保護者が医療的ケアの内容について記載する書類です。                                                              |
| 様式 4<br>(P 32)   | 医療に関する聞き取り票について                             | 面接時、区保健福祉センター職員が、医療的ケアの状況等を、疾患別に詳しく聞き取りを行う際に使用し、記録を書くための書類です。                                     |
| 様式 5-1<br>(P 54) | 【医療的ケア】「施設利用にかかる保育環境整備等に関する確認書」のご提出について(依頼) | 施設利用にかかる確認事項及び環境(人的環境含む)が整うまでの間、保留とするために取り交わす書類の記載を依頼する書類です。                                      |
| 様式 5-2<br>(P 55) | 【医療的ケア】施設利用にかかる保育環境整備等に関する確認書               | 施設利用にかかる確認事項及び環境(人的環境含む)が整うまでの間、保留とするために取り交わす書類です。                                                |
| 様式 5-3<br>(P 56) | 【医療的ケア】受入れに関する確認書                           | 希望する保育所に内定の見込みとなった場合、入所に向けての確認をする際に取り交わす書類です。                                                     |
| 様式 6<br>(P 58)   | 準備調整期間における具体的なスケジュール                        | 集団生活に入るにあたり、準備調整期間の具体的な予定や内容を記載している書類です。                                                          |
| 様式 7<br>(P 60)   | 【医療的ケア】に関する指示書                              | 主治医面談を行った後、主治医からの医療行為に関する指示及び集団保育での配慮等指示をいただく際の書類です。                                              |
| 様式 8<br>(P 62)   | 【医療的ケア】の実施についての依頼書                          | 主治医からの指示書をもとに面談を行い、保育所で対応可能な範囲を確認後、保護者が保育所へ依頼する際の書類です。                                            |
| 様式 9<br>(P 63)   | 医療機器等預かり同意書                                 | 保育中に使用するために預かる医療機器等の取り扱いについて確認をする書類です。                                                            |

| 書類名                 |                            | 内容                                                                      |
|---------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 様式 10- 1<br>( P 64) | 個別支援計画                     | こども一人ひとりのニーズを把握し、長期的な視点で支援をしていくという考えのもと、乳幼児から一貫した的確な支援を行うための計画を書いた書類です。 |
| 様式 10- 2<br>( P 65) | 個別指導計画                     | 個別支援計画をふまえ、具体的に一人ひとりの保育ニーズに応じた目標、支援内容等をまとめた計画を書いた書類です。                  |
| 様式 11<br>( P 66)    | 【医療的ケア】に関する事故報告書(ヒヤリハット含む) | 事故やヒヤリハットが発生した場合に記録し報告をあげ、今後の予防策や改善策、再発防止を検討するための書類です。                  |

(医療機関に依頼する主治医面談の経費及び必要書類の文書料については保護者負担となります)

## ※1. 必要な児童のみ提出

【主治医記載】

## 対象児童用診断書 (大阪市保育所等入所希望用)

(あて先) 保健福祉センター所長  
こども青少年局長

|     |        |
|-----|--------|
| 児童名 | 年 月 日生 |
| 診断名 |        |

※1 必要な児童とは、治療中、または経過観察中の疾患があり、1年に1回以上同一の疾患等で継続した通院がある児童。ただし、一過性、一時的なものは対象外。しかし、入所後保育中において制限や個別配慮等が必要な場合には、診断書は必要。(すべての児童が対象ではありません)  
この診断書は、保育における入所利用調整に必要な書類です。

## 1. 【児童の健康状況】 該当する箇所にチェック☑又は必要事項を記入してください。

|       |                                                                                                                                                |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 初診日   | 年 月 日                                                                                                                                          |
| 入院歴   | <input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり 全( )回 [最終入院期間 年 月 日から 日間]                                                            |
| 手術歴   | <input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり 全( )回 [最終手術日 年 月 日]                                                                  |
| 現在の状況 | <input type="checkbox"/> 上記の疾病は完治している。(経過観察も含め通院の必要はない)<br><input type="checkbox"/> 経過観察中で、定期的な通院が必要である。<br><input type="checkbox"/> 治療継続中である。 |
| 医療的ケア | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 必要 (医療的ケアの内容 )                                                                         |
| 治療状況  | 治療状況または方針をご記入ください。                                                                                                                             |
| 通院    | 今後見込まれる通院頻度をご記入ください。<br>( ) か月 / ( ) 週に ( ) 日の通院が必要                                                                                            |
| 投薬    | <input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり<br>薬名 服薬方法                                                                           |

次からの項目については、対象児童が保育における集団生活を送るにあたり、裏面の「保育所での主な一日の生活」を参考にご意見をお聞かせください。今後の安全な集団保育の実施のため参考にさせていただきます。特に乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育施設では、睡眠や食事、集団での活動や遊び等、異年齢の子ども同士が濃厚に接触する機会が多くあり、飛沫感染や接触感染が生じやすく、感染症にかかりやすい環境にあります。

(※保育するにあたり主治医の先生にご相談をさせていただく場合があります。また、この診断書は、入所内定保育施設や嘱託医に情報提供をします。)

## 2. 【個別配慮について】

|              |                                                                                                                            |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 集団生活での制限について | <input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり<br>・ありの場合、必要な制限の内容 (具体的な行動・活動・運動内容等)                             |
| 集団生活での配慮について | <input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり<br>ありの場合、どのような配慮が必要ですか。<br>・具体的な配慮の内容 (集団での室内外の活動・睡眠・食事・排泄・感染症等) |

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名  
医 師 名

印

## 参考資料



## 「保育所での主な1日の生活」



|                 |      |      |             |                 |                 |                     |              |
|-----------------|------|------|-------------|-----------------|-----------------|---------------------|--------------|
|                 | 7:30 | 9:30 | 10:00       | 11:00~<br>11:15 | 12:00~<br>12:15 | 15:00               | 16:00~       |
| 乳児<br>(0.1.2歳児) |      |      | 登所<br>(あそび) | おやつ<br>(活動・行事等) | 給食              | お昼寝 (おおむね<br>3歳児まで) | おやつ<br>(あそび) |
| 幼児<br>(3.4.5歳児) |      |      |             | あそび<br>(活動・行事等) | 給食              | あそび                 | 降所<br>(あそび)  |
|                 | 7:30 | 9:30 |             | 11:30           |                 |                     | 16:00~       |

※保育所では、「保育所保育指針」に基づき、一人ひとり、また、集団の子どもの育ちとその過程を見据え教育・保育を進めていくことを大切にしています。

## ☆主なあそび〔活動・行事など〕（活動強度は、めやすです）

|                                                                     |             | 保育士の配置の<br>めやす          | 軽い活動                                            | 中程度の活動                                                        | 強い活動                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 保育<br>所<br>生<br>活<br>の<br>主<br>な<br>年<br>齢<br>別<br>活<br>動<br>内<br>容 | 0<br>歳<br>児 | こども3人に<br>対し保育士1人       | ・はいはいで移動する<br>・大人に補助されすべり台<br>をすべる<br>・手指を使った遊び | ・歩く<br>・音楽に合わせて身体を動か<br>す                                     | ・はっぴいき、マットの山を<br>よじ登り降りる<br>・水遊び                          |
|                                                                     | 1<br>歳<br>児 | こども6人に<br>対し保育士1人       | ・砂遊び<br>・室内遊び<br>・室内用すべり台をすべる                   | ・散歩（往復10分程度）<br>・すべり台をすべる<br>・コンビカーに乗る<br>・リズムに合わせて身体を<br>動かす | ・大人と一緒に追いかけて<br>・階段の昇り降り<br>・水遊び・泥んこ遊び                    |
|                                                                     | 2<br>歳<br>児 | こども6人に対し<br>保育士1人       | ・砂遊び<br>・室内遊び<br>・すべり台を自分ですべる                   | ・散歩（往復15分程度）<br>・階段の昇り降り<br>・三輪車に乗る                           | ・追いかけてなど<br>・水遊び・泥んこ遊び<br>・両足とび<br>・リズムに合わせて踊る            |
|                                                                     | 3<br>歳<br>児 | こども20人に<br>対し保育士1人      | ・砂遊び<br>・室内遊び<br>・すべり台をすべる                      | ・散歩（往復20分程度）<br>・ジャングルジムを昇る<br>・三輪車をこぐ                        | ・かけっこなど<br>・水遊び・泥んこ遊び<br>・ボール遊び<br>・ジャンプ<br>・リズムに合わせて踊る   |
|                                                                     | 4<br>歳<br>児 | こども30人に<br>対し保育士1人      | ・砂遊び<br>・室内遊び<br>・三輪車をこぐ<br>・すべり台をすべる           | ・散歩（往復30分程度）<br>・ジャングルジムを昇る<br>・水遊び・泥んこ遊び<br>・鉄棒遊び            | ・鬼ごっこ<br>・ボール遊び<br>・ボール遊び<br>・フープ<br>・リズムに合わせて踊る、体<br>操する |
|                                                                     | 5<br>歳<br>児 | こども30人に<br>対し保育士1人      | ・砂遊び<br>・室内遊び<br>・三輪車をこぐ<br>・すべり台をすべる           | ・散歩（往復40分程度）<br>・ジャングルジムを昇る<br>・水遊び・泥んこ遊び<br>・鉄棒遊び            | ・鬼ごっこ<br>・ボール遊び<br>・ボール遊び<br>・縄跳び<br>・リズムに合わせて踊る、体<br>操する |
|                                                                     |             | 行事：所外保育（徒歩・電車・バス）、運動会など |                                                 |                                                               |                                                           |

大阪市子ども青少年局

(案内文)

(区→保護者)

## 医療的ケアの必要なこどもの入所を希望する保護者のみなさまへ

医療的ケアの必要なこどもさんの保育施設入所にあたっては、従来から集団保育が可能な場合であることが要件となっております。

保育施設の利用を希望される際には、次の内容をご確認いただき、別紙の【様式3】医療的ケア利用申込書兼同意書】を提出のうえ、保健福祉センター保育担当にご相談ください。

今後は詳細をお伺いしながら、利用調整を進めていくことになりますのでよろしくお願いします。

### 1. 受入れの要件

- ☐ 保育の必要性があり、集団保育が可能であること
- ☐ 病状や健康状態が安定していること
- ☐ 日常的に保護者が自宅で行っている医療的ケアが確立し、保護者による安定した医療的ケアが行われていること
- ☐ 病状や医療的ケアに関する情報を保護者と保育所で十分に共有できること
- ☐ 主治医面談で、医療的ケアの手技等の指導を受けられること
- ☐ 必要に応じて受診同行や面談等で、主治医との連携を図ることができること
- ☐ 保育所での受け入れ体制（人員配置や施設環境）が整えられていること

### 2. 医療的ケアの内容

- ① 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）
- ② 吸引
- ③ ネブライザー吸入
- ④ 酸素療法
- ⑤ 血糖測定
- ⑥ インスリン注入
- ⑦ 導尿
- ⑧ 人工肛門・尿管皮膚ろうの装具交換
- ⑨ コンタクトレンズ装着

※ただし、こどもさんの状況や施設の状況によっては、対応できないケースもあります

※人工呼吸器による呼吸管理等、高度な医療機器を使用するケアなどは、対象とならない場合があります。

### 3. その他

受入れにあたっては看護師の配置が必要となります。また、こどもさんが保育所や集団生活に慣れることも含め、安全かつ負担とならないように進めるための準備調整期間（保護者同伴）が必要です。別途相談をさせていただきます。

様式 3

(保護者→区役所)  
【受付面談時に保護者が記入】

### 医療的ケア実施申込書兼同意書

| 児 童 名               | 性別                                  | クラス   | 生年月日  |
|---------------------|-------------------------------------|-------|-------|
|                     | 男・女                                 | 歳児クラス | 年 月 日 |
| 現 住 所               |                                     |       |       |
| 連絡先電話番号<br>(日中の連絡先) | ( ) — 父・母・その他 ( )<br>自宅・携帯・職場 (名称 ) |       |       |

#### 1. 日常的に保護者が行っている医療的ケアの内容

| 日常的に行っているケアの項目に☑をつけ、該当するケアに○または、記入をしてください |                             |
|-------------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/>                  | 経管栄養 ( 経鼻経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ) |
| <input type="checkbox"/>                  | 吸 引 ( 口腔 ・ 鼻 ・ 気管カニューレ内 )   |
| <input type="checkbox"/>                  | ネブライザー吸入                    |
| <input type="checkbox"/>                  | 酸素療法 ( 酸素ボンベ ・ その他 )        |
| <input type="checkbox"/>                  | 血糖測定 ( 自己血糖測定 ・ 持続血糖測定 )    |
| <input type="checkbox"/>                  | インスリン注入 ( ポンプ ・ ペン型 ・ その他 ) |
| <input type="checkbox"/>                  | 導 尿 ( 自己導尿 ・ 一部要介助 ・ 全面介助 ) |
| <input type="checkbox"/>                  | 人工肛門・尿管皮膚ろうの装具交換            |
| <input type="checkbox"/>                  | コンタクトレンズ装着                  |
| <input type="checkbox"/>                  | その他 (具体的に)                  |

#### 2. 保育施設で実施する医療的ケアの内容

| 実施する医療的ケア | 実施時間 | ケアをするにあたり注意していること |
|-----------|------|-------------------|
|           |      |                   |
|           |      |                   |
|           |      |                   |
|           |      |                   |

保健福祉センター長 様

上記の医療的ケアについて、保育施設での実施を申し込みます。

なお、受入れの検討を行う際、必要書類の複写等により関係者間で情報共有が行われることに同意します。

記 入 日 : 年 月 日

保護者名 :

職員用

医療に関する聞き取り票（様式4—①～⑭）について

保育施設は家庭と違い、0～5 歳児までの様々な状況の児童が集団で長時間共に生活し過ごすため、入所する児童の安全や保護者の安心のために、児童に関する詳しい状況の把握が必要となります。この聞き取り票にはその際の主なポイントが記載されていますのでご活用くださるようお願いいたします。

利用調整調査票（その2）の「子どもの健康状況」において、疾患がある、通院がある、あるいは医療的ケアがある場合に、次の各用紙の内容に合ったものを活用してください（必要に応じて、複数の疾患の用紙を活用してください）。

★ 疾患が多様なため主な疾患名を記載しています。①～⑭⑭に分類できない場合は、⑬のシートに記載してください。

| 各種疾患名                                                         | 【医療的ケア】（医療行為）がある場合                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 先天性の疾患<br><small>せんてんせい</small>                             |                                                                                                               |
| ② 低出生体重児等<br><small>ていしゅっせいたいじゅうじ</small>                     |                                                                                                               |
| ③ 肺・呼吸器に関する疾患<br><small>はい こきゅうき</small>                      | 【吸引】【薬液吸入】【酸素吸入】<br><small>きゅういん やくえききゅういん さんそきゅういん</small><br>（酸素ポンベの取り扱いについて）                               |
| ④ 消化器に関する疾患<br><small>しょうかき</small>                           | 【人工肛門：装具交換】<br>【経管栄養】<br><small>けいかんえいよう</small><br>【中心静脈栄養】<br><small>ちゅうしんじょうみくえいよう</small><br>（児童の状況により）   |
| ⑤ 心臓に関する疾患<br><small>しんぞう</small>                             | 【酸素吸入】<br><small>さんそきゅういん</small><br>（酸素ポンベの取り扱いについて）                                                         |
| ⑥ 血液や血管に関する疾患<br><small>けつえき</small>                          |                                                                                                               |
| ⑦ 腎臓や副腎に関する疾患<br><small>じんぞう ぶくじん</small>                     | 【尿管皮膚ろう等：装具交換】<br><small>じょうかん ひ ふ そうぐこうかん</small><br>（児童の状況により）                                              |
| ⑧ 脳神経に関する疾患（二分脊椎など）<br><small>のうしんけい にぶんせきつい</small>          | 【導尿】<br><small>どうよう</small><br>【人工肛門・尿管皮膚ろう等：装具交換】<br><small>じんこうこうもん じょうかん ひ ふ そうぐこうかん</small><br>（児童の状況により） |
| ⑨けいれんを伴う疾患（てんかんなど）                                            |                                                                                                               |
| ⑩-1 1型糖尿病<br><small>がたとうようびょう</small>                         | 【血糖測定】【インスリン注入】<br><small>けっとうそくてい ちゅういん</small>                                                              |
| ⑩-2 高インスリン血症<br><small>こう</small>                             | 【血糖測定】<br><small>けっとうそくてい</small>                                                                             |
| ⑪ 骨・筋肉に関する疾患<br><small>ほね きんにく</small>                        |                                                                                                               |
| ⑫ 眼・耳に関する疾患<br><small>め みみ</small>                            | 【コンタクトレンズ装着】<br><small>そうちゃく</small>                                                                          |
| ⑬ その他の疾患                                                      |                                                                                                               |
| ⑭ 移植術を受けた児童の聞き取り（④⑥⑦⑬の疾患で「あり」の場合のみ）<br><small>いしょくじゅつ</small> |                                                                                                               |

【厚生労働省 平成 28 年 6 月 3 日付より】

平成 28 年 6 月 3 日の児童福祉法の改正にともない、「医療的ケア児の支援に関する保健、医療、障害福祉、保育、教育等の連携の一層の推進について」の通知がありました通り、様々な分野や機関と連携しながら児童の支援を行う必要があります。それぞれの区の中でも、諸連携を図っていただきますようお願いいたします。

## 医療に関する聞き取り票

職員聞き取り日

年 月 日

※ 診断書と利用調整調査票（その2）を参照

※ 保育施設の嘱託医との連携などもあるため、各項目の確認をお願いします。

## ① 先天性の疾患

(児童名： )

| 主な疾患名                    |                                                                                    | ダウン症候群（21トリソミー）・〇〇症候群 など                                                                                                                                            |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 日常生活で気をつけていることはありますか。                                                              | (食事面や生活面及び活動面など) ※感染症も含む                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> | 保育時間中に、必要な薬はありますか。<br>また、薬について配慮することはありますか。                                        | ・あり ・なし<br>・「あり」の場合 → 薬名 [ ]<br>薬について配慮すること<br>[ ]                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | 【食事にに関して】<br>食道が狭いなどの状況はありますか。<br>また食事面での配慮はありますか。<br><br>※実際の集団保育で対応を行うイメージが必要なため | ・食道が狭いなどの状況 → ・あり ・なし<br>・食事面の配慮はありますか → ・あり ・なし<br>・「あり」の場合 → 具体的な内容を記入<br>[ ]                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | 今後、手術などの予定はありますか。                                                                  | ・あり (いつ頃： ) ・なし                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | 合併症などはありますか。<br><br>(低出生体重児・呼吸器・心臓・けいれん・骨・筋肉に関する疾患・眼・耳・その他など)                      | ・はい ・いいえ<br>・「はい」の場合は具体的に確認<br>「②低出生体重児に関する疾患」へ<br>「③肺・呼吸器などに関する疾患」へ<br>「⑤心臓などに関する疾患」へ<br>「⑨けいれんに関する疾患」へ<br>「⑪骨・筋肉に関する疾患」へ<br>「⑫眼・耳に関する疾患」へ<br>「⑬その他の疾患」へ<br><br>など |
| 特記事項                     |                                                                                    |                                                                                                                                                                     |

# 医療に関する聞き取り票

職員聞き取り日

年 月 日

※ 診断書と利用調整調査票（その2）を参照

※ 保育施設の囑託医との連携などもあるため、各項目の確認をお願いします。

## ② 低出生体重児等

（児童名： ）

|                                   |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 生まれたときの<br>体重2500g未満もしくは胎内週数37週未満 |                                                                              | <input type="checkbox"/> 低出生体重児（2500g未満で生まれた赤ちゃん）<br><input type="checkbox"/> 極低出生体重児（1500g未満で生まれた赤ちゃん）<br><input type="checkbox"/> 超低出生体重児（1000g未満で生まれた赤ちゃん）<br><input type="checkbox"/> 早産児（在胎37週未満で生まれた赤ちゃん） |
| <input type="checkbox"/>          | 出生時の在胎週数及び体重・身長をお聞かせください。                                                    | 出生( )週( )g( )cm                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>          | 現在の年齢と体重・身長をお聞かせください。                                                        | ( )歳( )か月( )g( )cm                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/>          | 医師より発育・発達について修正月齢での配慮が必要と言われていますか。<br>※修正月齢とは生まれた日からの月齢ではなく、出産予定日を基準とした月齢のこと | ・はい ・いいえ                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/>          | 現在の修正月齢を教えてください。                                                             | 歳 か月                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/>          | 主治医より、何か指導や助言を受けていることは、ありますか。                                                |                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>          | 日常生活で気をつけていることはありますか。                                                        | （生活面及び活動面など）※感染症も含む<br>・あり ・なし<br>・「あり」の場合 → 具体的に記入<br>過去、気をつけていたこと<br>{ }<br>現在、気をつけていること<br>{ }                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/>          | 授乳や離乳食で何か配慮していることはありますか。                                                     | ・あり ・なし<br>・「あり」の場合 → 具体的な内容を記入<br>{ }                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/>          | 合併症などがありますか。<br><br>（先天性疾患・呼吸器・心臓・けいれん・骨・筋肉に関する疾患・眼・その他 など）                  | ・はい ・いいえ<br>・「はい」の場合は具体的に確認<br>「①先天性の疾患」へ<br>「③肺・呼吸器などに関する疾患」へ<br>「⑤心臓などに関する疾患」へ<br>「⑨けいれんに関する疾患」へ<br>「⑪骨・筋肉に関する疾患」へ<br>「⑫眼・耳に関する疾患」へ<br>「⑬その他の疾患」へ など                                                          |
| 特記事項                              |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                 |

## 医療に関する聞き取り票

職員聞き取り日

年

月

日

※ 診断書と利用調整調査票（その2）を参照

※ 保育施設の嘱託医との連携などもあるため、各項目の確認をお願いします。

## ③ 肺・呼吸器に関する疾患

(児童名：

)

| 主な疾患名                                                                                                                                                                                              | 慢性肺疾患・反回神経麻痺・気管支喘息 など                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日常生活で気をつけていることはありますか。                                                                                                                                                     | (食事面や生活面及び活動面など) ※感染症も含む                           |
| <input type="checkbox"/> チアノーゼなどの症状はありますか。<br>どのような時ですか。<br><small>(チアノーゼとは、血液中の酸素が不足することをきっかけとし、口唇や指先などが青紫色になった状態)</small>                                                                        | ・あり ・なし<br>・「あり」の場合 → どのような時(具体的に)<br>[ ]          |
| <input type="checkbox"/> 酸素飽和濃度測定などを行っていますか。<br><small>(身体に酸素がいきわたっているかを測定すること)</small><br><small>※保育所では、体温測定のように酸素飽和濃度を確認することで、子どもの日常の状態に変化があるかどうか体調面の把握をすることがあります。また主治医面談などで確認をしながら対応します</small> | ・はい ・いいえ<br>・「はい」の場合、平均の値はどのくらいですか<br>→ ( ) %      |
| <input type="checkbox"/> 吸引・薬液吸入・酸素吸入のいずれかをしていますか。                                                                                                                                                 | ・はい(医療的ケアになります) ・いいえ                               |
| <input type="checkbox"/> 保育時間中に、必要な薬はありますか。<br>また、薬について配慮をすることはありますか。                                                                                                                              | ・あり ・なし<br>・「あり」の場合 → 薬名 [ ]<br>薬について配慮すること<br>[ ] |
| <input type="checkbox"/> 今後、手術などの予定はありますか。                                                                                                                                                         | ・あり(いつ頃： ) ・なし                                     |
| 特記事項                                                                                                                                                                                               |                                                    |

医療的ケア(医療行為)対応が必要な場合は、裏面へ  
 (喀痰吸引・薬液吸入・酸素吸入)

## 職員聞き取り用

医療的ケアが必要な場合、別途「医療的ケア利用申込書兼同意書」〔様式1〕を保護者に記入してもらい、提出が必要です。

## ③ 肺・呼吸器等に関する疾患

| 医療的ケア：吸引<br>(気管切開・口・鼻)   |                                            | (児童名： )                                  |
|--------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | どこからの吸引ですか。                                | ・気管切開 ・口 ・鼻                              |
| <input type="checkbox"/> | 吸引の回数はどのくらいですか。<br>※集団保育の中で対応を行うイメージが必要なため | ・1日( )回<br>何時間に1回や1時間に何回など、具体的に記入<br>[ ] |
| <input type="checkbox"/> | 気管切開の場合、気管カニューレ抜去から再挿入までの制限時間はどれくらいですか？    | ・1分以内 ・1分～5分 ・5分～10分<br>・10分以上 ・わからない    |
| <input type="checkbox"/> | 今まで気管カニューレが抜けた事がありますか。                     | ・あり( )回 →どのような状況で抜けますか<br>・なし [ ]        |
| 特記事項                     |                                            |                                          |

| 医療的ケア：薬液吸入               |              | (児童名： )                         |
|--------------------------|--------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 吸入はいつしていますか。 | ・吸入している時間を具体的に(1日何回、何時頃)<br>[ ] |
| 特記事項                     |              |                                 |

| 医療的ケア：酸素吸入               |                                              | (児童名： )                                                     |
|--------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 酸素吸入は、24時間していますか。<br>※替え・トイレ等集団保育の活動の目安にするため | ・はい ・いいえ<br>・「いいえ」の場合<br>外している時間帯はいつですか<br>[ ]              |
| <input type="checkbox"/> | 酸素流量は決まっていますか。                               | ・はい ・いいえ<br>・「はい」の場合 → ( ) ℓ/分<br>・「いいえ」の場合 → 具体的に記入<br>[ ] |

## 【公設置公営保育所での酸素吸入に伴う酸素ポンベの取扱いについて】

※こどもへの酸素吸入・酸素ポンベの交換の対応は、看護師が行います。  
 ※乳幼児が生活する集団の場であるため、安全管理の観点から、公設置公営保育所では、業者との直接の受け渡しは行っておりません。保育所と保護者が 毎日必要な「1日分の本数」を、直接受け渡しを行うことにより管理しております。

特記事項

## 医療に関する聞き取り票

職員聞き取り日

年 月 日

※ 診断書と利用調整調査票（その2）を参照

※ 保育施設の嘱託医との連携などもあるため、各項目の確認をお願いします。

## ④ 消化器に関する疾患

(児童名: )

| 主な疾患名                    |                                                     | 先天性食道閉鎖症・鎖肛・ヒルシュスプルング病・先天性胆道閉鎖症 など                                                                                      |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 日常生活で気をつけていることはありますか。                               | (食事面や生活面及び活動面など) ※感染症も含む                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | 保育時間中に、必要な薬はありますか。<br>また、薬について配慮をすることはありますか。        | ・あり ・なし<br>・「あり」の場合 → 薬名 [                      ]<br>薬について配慮すること<br>[                      ]                            |
| <input type="checkbox"/> | 経管栄養を行っていますか。                                       | ・はい(医療的ケアになります) ・いいえ                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | 中心静脈栄養を行っていますか。                                     | ・はい(輸液の点滴や刺入部の消毒が医療的ケアになる場合があります)<br>・いいえ                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | 日常的に浣腸を行っていますか。                                     | ・はい (1回/日 ・ 2回以上/日) ・いいえ                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | 人工肛門の手術を受けられていますか。<br>(人工肛門とは、手術によってお腹に造られた便の出口のこと) | ・はい(装具交換が医療的ケアになる場合があります)<br>・いいえ                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | 今後、手術などの予定はありますか。                                   | ・あり(いつ頃:                      ) ・なし                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | 病気に伴い移植術を行いましたか。                                    | ・あり ・なし<br>・「あり」の場合 → 具体的な内容を記入                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> | 合併症などがありますか。<br>(呼吸器・心臓・けいれん・骨・筋肉に関する疾患・その他 など)     | ・はい ・いいえ<br>・「はい」の場合は具体的に確認<br>「③肺・呼吸器などに関する疾患」へ<br>「⑤心臓などに関する疾患」へ<br>「⑨けいれんに関する疾患」へ<br>「⑪骨・筋肉に関する疾患」へ<br>「⑬その他の疾患」へ など |
| 特記事項                     |                                                     |                                                                                                                         |

医療的ケア(医療行為)対応が必要な場合は、裏面へ  
(経管栄養・人工肛門・中心静脈栄養)



| 職員聞き取り用                                                                                                        |                                                                                                 | 医療的ケアが必要な場合、別途「医療的ケア利用申込書兼同意書」〔様式1〕を保護者に記入してもらい、提出が必要です。                                                                                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>④ 消化器に関する疾患</b>                                                                                             |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                 |  |
| いりょうてき      けいかんえいよう<br><b>医療的ケア：経管栄養</b><br>（けいびチューブ・い胃ろう・ちよう腸ろう）                                             |                                                                                                 | (児童名： )                                                                                                                                                                                         |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                       | 経管栄養は、鼻からのチューブ（経鼻注入）ですか、お腹から（胃ろう・腸ろう）ですか。                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 鼻からのチューブ    • 胃ろう    • 腸ろう                                                                                                                                  |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                       | 注入されている栄養の種類は何ですか。<br>経管栄養をする時間は、1日何回で何時頃におこなっていますか。<br><small>※実際の集団保育で対応を行うイメージが必要のため</small> | <input checked="" type="checkbox"/> 栄養の種類 [ ]<br><input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養をする時間を具体的に（1日何回、何時頃） [ ]                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                       | 経管栄養にかかる食事時間はどのくらいですか<br><small>※実際の集団保育で対応を行うイメージが必要のため</small>                                | <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養にかかる食事時間 [ ]                                                                                                                                            |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                       | □ から水分や食事を摂っていますか。<br>その場合は、食事の形態はどのようなものですか。<br><small>※給食の個別配慮が必要かどうかの確認のため</small>           | <input checked="" type="checkbox"/> 摂っている    • 摂っていない<br><input checked="" type="checkbox"/> 摂っている場合 → • 水分のみ    • きざみ食<br>• その他<br><input checked="" type="checkbox"/> その他の場合 → 食事の形態を具体的に [ ] |  |
| いりょうてき      ちゆうしんじようみやくえいよう<br><b>医療的ケア：中心静脈栄養</b>                                                             |                                                                                                 | (児童名： )                                                                                                                                                                                         |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                       | 中心静脈栄養からの点滴は毎日おこなっていますか                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> はい → 1日何回、何時頃おこなっていますか [ ]<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ [ ]                                                                                   |  |
| いりょうてき      じんこうこうもん<br><b>医療的ケア：人工肛門</b>                                                                      |                                                                                                 | (児童名： )                                                                                                                                                                                         |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                       | □ お腹の装具よりの排出はどのくらいの間隔で行っていますか。<br><small>※実際の集団保育で対応を行うイメージが必要のため</small>                       | <input checked="" type="checkbox"/> 1日 ( ) 回くらい                                                                                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                       | □ 面板の交換は概ね何日おきに行っていますか。<br><small>(面板とは、便を受けるための袋を装着する為、人工肛門の周囲に貼る板のこと)</small>                 | <input checked="" type="checkbox"/> おおむね ( ) 日おき                                                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                       | □ 面板交換で、注意していることはありますか。<br><small>※面板を貼る皮膚の状態や特別な処置が必要な場合、医療的ケアとなることがあります</small>               | <input checked="" type="checkbox"/> はい [ ]<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ                                                                                                           |  |
| 【公設置公営保育所での人工肛門の管理・面板交換（装具交換）について】                                                                             |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                 |  |
| <small>※公設置公営保育所では、乳幼児が集団で生活をする場であるため、安全管理の観点から装具交換を含め（皮膚の状態を観察し皮膚トラブル等を最小限にするため）、人工肛門の管理や対応は看護師が行います。</small> |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                 |  |
| 特記事項                                                                                                           |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                 |  |

## 医療に関する聞き取り票

職員聞き取り日

年

月

日

※ 診断書と利用調整調査票（その2）を参照

※ 保育施設の嘱託医との連携などもあるため、各項目の確認をお願いします。

## ⑤ 心臓に関する疾患

(児童名：)

)

| 主な疾患名                                                                                                                                                                                 | 心室中隔欠損・心房中隔欠損・心筋症・左心低形成 など                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日常生活で気をつけていることはありますか。                                                                                                                                        | (食事面や生活面及び活動面など) ※感染症も含む                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> チアノーゼなどの症状はありますか。<br>どのような時ですか。<br>(チアノーゼとは、血液中の酸素が不足することを<br>きっかりとし口唇や指先などが青紫色になった状態)                                                                       | ・あり ・なし<br>・「あり」の場合 → どのような時(具体的に)<br>[ ]                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 酸素飽和濃度測定をしていますか。<br>(身体に酸素が行き渡っているかを測定すること)<br><br>※保育所では、体温測定のように酸素飽和濃度<br>を確認することで、子どもの日常の状態に変<br>化があるかどうか体調面の把握をすることが<br>あります。また主治医面談などで確認をしな<br>がら対応します。 | ・はい ・いいえ<br>・「はい」の場合、平均の値はどのくらいですか。<br>→ ( ) %                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 酸素吸入をしていますか。                                                                                                                                                 | ・はい(医療的ケアになります) ・いいえ                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 保育時間中に、必要な薬はありますか。<br>また、薬について配慮することはありますか                                                                                                                   | ・あり ・なし<br>・「あり」の場合 → 薬名 [ ]<br>薬について配慮すること<br>[ ]                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 今後、手術などの予定はありますか。                                                                                                                                            | ・あり(いつ頃： ) ・なし                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 合併症などがありますか。<br>(先天性疾患・低出生体重児・呼吸器・<br>けいれん・骨・筋肉に関する疾患・<br>その他 など)                                                                                            | ・はい ・いいえ<br>・はいの場合は具体的に確認<br>「①先天性の疾患」へ<br>「②低出生体重児に関する疾患」へ<br>「③肺・呼吸器などに関する疾患」へ<br>「④けいれんに関する疾患」へ<br>「⑤骨・筋肉に関する疾患」へ<br>「⑥その他の疾患」へ など |
| 特記事項                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                       |

医療的ケア(医療行為)対応が必要な場合は、裏面へ  
(酸素吸入)



## 職員聞き取り用

医療的ケアが必要な場合、別途「医療的ケア利用申込書兼同意書」〔様式1〕を保護者に記入してもらい、提出が必要です。

## ⑤ 心臓に関する疾患

| 医療的ケア：酸素吸入                                                                                                                                                                               |                                               | (児童名： )                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                 | 酸素吸入は、24時間していますか。<br>※着替え・トイレ等集団保育の活動の目安にするため | ・はい    ・いいえ<br>・「いいえ」の場合<br>外している時間帯はいつですか<br>[ ]            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                 | 酸素流量は決まっていますか。                                | ・はい    ・いいえ<br>・「はい」の場合 → ( ) ℓ/分<br>・いいえの場合 → 具体的に記入<br>[ ] |
| 【公設置公営保育所での酸素吸入に伴う酸素ポンペの取扱いについて】<br>※こどもへの酸素吸入・酸素ポンペの交換の対応は、看護師が行います。<br>※乳幼児が生活する集団の場合であるため、安全管理の観点から、公設置公営保育所では、業者との直接の受け渡し対応は行っておりません。保育所と保護者が、毎日必要な「1日分の本数」を、直接受け渡しを行うことにより管理しております。 |                                               |                                                              |
| 特記事項                                                                                                                                                                                     |                                               |                                                              |

## 医療に関する聞き取り票

職員聞き取り日

年

月

日

※ 診断書と利用調整調査票（その2）を参照

※ 保育施設の嘱託医との連携などもあるため、各項目の確認をお願いします。

### ⑥ 血液・血管に関する疾患（児童名： ）

| おも しゃくがんめい<br>主な疾患名                                                  | けっしょうばんげんしやせいしほんびょう じゅうしやう ひんけつ はっけつびやう<br>血小板減少性紫斑病・（重症）貧血・白血病 など       |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日常生活で気をつけていることはありますか。                       | （食事面や生活面及び活動面など）※感染症も含む                                                  |
| <input type="checkbox"/> 保育時間中に、必要な薬はありますか。<br>また、薬について配慮することはありますか。 | ・あり ・なし<br>・「あり」の場合 → 薬名〔 〕<br>薬について配慮すること<br>〔 〕                        |
| <input type="checkbox"/> 化学療法を受けた事がありますか。<br>（白血病・悪性リンパ腫など）          | ・はい 〔いつ頃 〕<br>・いいえ 〔 〕                                                   |
| <input type="checkbox"/> 病気に伴い移植術を行いましたか。または、今後予定はありますか。             | ・はい<br>移植術を行う予定（いつ頃： ）<br>・いいえ<br>・「はい」の場合は、具体的に確認<br>聞き取り票「④移植術を受けた児童」へ |
| 特記事項                                                                 |                                                                          |

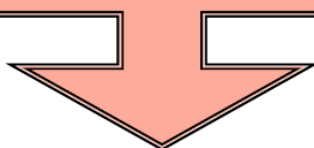
年 月 日

※ 保育施設の嘱託医との連携などもあるため、各項目の確認をお願いします。

(兒童名: )

| お母さん・お父さんの<br>主な疾患名      |                                                                      | ネフローゼ症候群・慢性腎炎・水腎症・腎不全・神経芽細胞腫・先天性副腎過形成 など                                                                                  |  |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 日常生活で気をつけていることはありますか。                                                | (食事面や生活面及び活動面など) ※感染症も含む                                                                                                  |  |
| <input type="checkbox"/> | 保育時間中に、必要な薬はありますか。<br>また、薬について配慮をすることはありますか。                         | ・あり      ・なし<br>・「あり」の場合 → 薬名 [                                  ]<br>薬について配慮すること<br>[                                  ] |  |
| <input type="checkbox"/> | 尿管皮膚ろう・膀胱ろうの手術を受けていますか。<br><br>(皮膚ろう・膀胱ろうとは、手術によってお腹に新しく造られた尿の出口のこと) | ・はい(状況によっては医療的ケアになります)<br>・いいえ                                                                                            |  |
| <input type="checkbox"/> | 今後、手術などの予定はありますか。                                                    | ・あり(いつ頃：                                  )      ・なし                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> | 化学療法を受けた事がありますか。<br>(ウイルス腫瘍・神経芽細胞腫など)                                | ・はい      [ いつ頃                                  ]<br>・いいえ                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> | 病気に伴い移植術を行いましたか。                                                     | ・はい      ・いいえ<br>・「はい」の場合は、具体的に確認聞き取り票「⑭移植術を受けた児童」へ                                                                       |  |
| 特記事項                     |                                                                      |                                                                                                                           |  |

医療的ケア(医療行為)対応が必要な場合は、裏面へ  
(尿管皮膚ろう・膀胱ろう)



## 職員聞き取り用

医療的ケアが必要な場合、別途「医療的ケア利用申込書兼同意書」〔様式1〕を保護者に記入してもらい、提出が必要です。

## ⑦ 腎臓等に関する疾患

| 医療的ケア：尿管皮膚ろう・膀胱ろう                                                                                                                                  |                                                                      | (児童名： )                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                           | 尿管皮膚ろう・膀胱ろうに装具を使用していますか。                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・はい</li> <li>・いいえ（尿を受ける方法を教えてください）</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                           | 上記で「はい」の方のみ<br>装具よりの排出はどのくらいの間隔で行っていますか。<br>※実際の集団保育で対応を行うイメージが必要のため | <ul style="list-style-type: none"> <li>・（ ）時間おき</li> </ul>                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                           | 面板交換は概ね何日おきに行っていますか。<br>（面板とは、尿を受けるための袋を装着する為、穴やチューブの周囲に貼る板のこと）      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・おおむね（ ）日おき</li> </ul>                        |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                           | 面板交換にあたり、注意していることはありますか。<br>※面板を貼る皮膚の状態や特別な処置が必要な場合、医療的ケアとなることがあります  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・はい</li> <li>・いいえ</li> </ul>                  |
| 【公設置公営保育所での尿管皮膚ろう・膀胱ろうの管理・面板交換（装具交換）について】<br>※公設置公営保育所では、乳幼児が集団で生活をするの場であるため、安全管理の観点から装具交換を含め（皮膚の状態を観察し皮膚トラブル等を最小限にするため）、皮膚ろう・膀胱ろうの管理や対応は看護師が行います。 |                                                                      |                                                                                      |
| 特記事項                                                                                                                                               |                                                                      |                                                                                      |

## 医療に関する聞き取り票

職員聞き取り日

年 月 日

※ 診断書と利用調整調査票（その2）を参照

※ 保育施設の嘱託医との連携などもあるため、各項目の確認をお願いします。

## ⑧ 脳神経に関する疾患

(児童名： )

| おも しゃんかのい<br>主な疾患名                                                                                                         | にぶんせきつい・せきずいずいまくりゅう・しんけいいんせいぼうこう など<br>二分脊椎・脊髄髄膜瘤・神経因性膀胱 など                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日常生活で気をつけていることはありますか。                                                                             | (食事面や生活面及び活動面など) ※感染症も含む                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 保育時間中に、必要な薬はありますか。<br>また、薬について配慮することはありますか。                                                       | ・あり ・なし<br>・「あり」の場合 → 薬名 [                      ]<br>薬について配慮すること [                      ]                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 導尿を行っていますか。                                                                                       | ・はい(医療的ケアになります) ・いいえ                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> 尿管皮膚ろう・膀胱ろう・人工肛門の手術を受けていますか。<br><br><small>(尿管皮膚ろう・膀胱ろう・人工肛門とは、手術によってお腹に新しく造られた尿や便の出口のこと)</small> | ・はい(状況によっては医療的ケアになります)<br><u>「はい」</u> の場合は選択してください<br>・尿管皮膚ろう ・膀胱ろう ・人工肛門<br>・いいえ                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> 今後、手術などの予定はありますか。                                                                                 | ・あり ・なし                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 合併症などがありますか。<br><br><small>(低出生体重児・呼吸器・消化器・心臓・けいれん・骨・筋肉に関する疾患<br/>その他 など)</small>                 | ・はい ・いいえ<br>・「はい」の場合は具体的に確認<br>「②低出生体重児に関する疾患」へ<br>「③肺・呼吸器などに関する疾患」へ<br>「④消化器に関する疾患」へ<br>「⑤心臓などに関する疾患」へ<br>「⑨けいれんに関する疾患」へ<br>「⑪骨・筋肉に関する疾患」へ<br>「⑬その他の疾患」へ など<br>※水頭症は「⑬その他の疾患」へ |
| 特記事項                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                 |

医療的ケア(医療行為)対応が必要な場合は、裏面へ  
(導尿・尿管皮膚ろう・膀胱ろう・人工肛門)



## 職員聞き取り用

医療的ケアが必要な場合、別途「医療的ケア利用申込書兼同意書」〔様式1〕を保護者に記入してもらい、提出が必要です。

## ⑧ 脳神経に関する疾患（二分脊椎 など）

|                                  |                                                                       |                                    |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 医療的ケア：導尿 <sup>いりょうてき どうにょう</sup> |                                                                       | (児童名： )                            |
| <input type="checkbox"/>         | 導尿は1日何回ですか。<br>また、導尿の時間・間隔はどれくらいですか。<br><br>※ 実際の集団保育で対応を行うイメージが必要なため | ・1日( )回<br>導尿を行う時間・間隔(具体的に)<br>〔 〕 |

|                                                   |                                                                       |                                     |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 医療的ケア：尿管皮膚ろう・膀胱ろう <sup>いりょうてき にょうかん ひふ ぼうこう</sup> |                                                                       | (児童名： )                             |
| <input type="checkbox"/>                          | 尿管皮膚ろう・膀胱ろうに装具を使用していますか。                                              | ・はい<br>・いいえ(尿を受ける方法を教えてください)<br>〔 〕 |
| <input type="checkbox"/>                          | 上記で「はい」の方のみ<br>装具よりの排出はどのくらいの間隔で行っていますか。<br>※ 実際の集団保育で対応を行うイメージが必要なため | ・( )時間おき                            |
| <input type="checkbox"/>                          | 面板交換は概ね何日おきに行っていますか。<br>(面板とは、尿を受けるための袋を装着する為、穴やチューブの周囲に貼る板)          | ・おおむね( )日おき                         |
| <input type="checkbox"/>                          | 面板交換にあたり、注意していることはありますか。<br>※ 面板を貼る皮膚の状態や特別な処置が必要な場合、医療的ケアとなることがあります  | ・はい 〔 〕<br>・いいえ                     |

|                                       |                                                                      |                 |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 医療的ケア：人工肛門 <sup>いりょうてき じんこうこうもん</sup> |                                                                      | (児童名： )         |
| <input type="checkbox"/>              | お腹の装具よりの排出はどのくらいの間隔で行っていますか。<br>※ 実際の集団保育で対応を行うイメージが必要なため            | ・1日( )回くらい      |
| <input type="checkbox"/>              | 面板の交換は概ね何日おきに行っていますか。<br>(面板とは、便を受けるための袋を装着する為、人工肛門の周囲に貼る板)          | ・おおむね( )日おき     |
| <input type="checkbox"/>              | 面板交換にあたり、注意していることはありますか。<br>※ 面板を貼る皮膚の状態や特別な処置が必要な場合、医療的ケアとなることがあります | ・はい 〔 〕<br>・いいえ |

【公設置公営保育所での尿管皮膚ろう・膀胱ろう・人工肛門の管理・面板交換(装具交換)について】

※公設置公営保育所では、乳幼児が集団で生活をする場であるため、安全管理の観点から装具交換を含め(皮膚の状態を観察し皮膚トラブル等を最小限にするため)、皮膚ろう・膀胱ろう・人工肛門の管理や対応は看護師が行います。

特記事項

## 医療に関する聞き取り票

職員聞き取り日

年 月 日

※ 診断書と利用調整調査票（その2）を参照

※ 保育施設の囑託医との連携などもあるため、各項目の確認をお願いします。

⑨ <sup>ともな</sup> <sup>しっかん</sup> けいれんを伴う疾患

(兒童名: )

| 主な疾患名                    |                                                                     | てんかん・ウェスト症候群・ドラベ症候群・脳低形成・脳形成不全 など                                                                                                                 |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 日常生活で気をつけていることはありますか。                                               | (食事面や生活面及び活動面など) ※感染症も含む                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> | 初めてけいれんが起きたのはいつですか。<br>また最近起きたのはいつですか。<br><br>最も長く続いたときの時間はどれ位でしたか。 | ・初めて起きた日 (      年      月      日)<br>・最近起きた日 (      年      月      日)<br>・(      ) 分                                                                |
| <input type="checkbox"/> | どのようなときにけいれんが起きますか。                                                 | ・睡眠中<br>・目が覚める前後<br>・体調不良のとき<br>・疲れたとき<br>・その他 (      )<br>・寝入り際<br>・食事のとき<br>・興奮したとき                                                             |
| <input type="checkbox"/> | けいれんはどれくらいの頻度で起きますか。                                                | ・毎日    ・1～2回程度/週    ・1～2回/月<br>・1～2回程度/年    ・1年以上起きていない                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | 万が一のけいれんに備え、転倒などの際に身体を保護する装具(保護帽など)を使用していますか。                       | ・はい    ・いいえ<br>・「はい」の場合 → 具体的に使用している装具 (      )                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | 保育時間中に、必要な薬はありますか。<br>また、薬について配慮をすることはありますか。                        | ・あり    ・なし<br>・「あり」の場合 → 薬名 (      )<br>薬について配慮すること (      )                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> | 今後、手術などの予定はありますか。                                                   | ・あり (いつ頃:      )    ・なし                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | 合併症などがありますか。<br><br>(呼吸器・消化器・脳神経・骨・筋肉に関する疾患・その他 など)                 | ・はい    ・いいえ<br>・「はい」の場合は具体的に確認<br>「③肺・呼吸器などに関する疾患」へ<br>「④消化器に関する疾患」へ<br>「⑧脳神経に関する疾患」へ<br>「⑪骨・筋肉に関する疾患」へ<br>「⑬その他の疾患」へ      など<br>* 水頭症は「⑬その他の疾患」へ |
| 特記事項                     |                                                                     |                                                                                                                                                   |

## 医療に関する聞き取り票

職員聞き取り日

年

月

日

※ 診断書と利用調整調査票（その2）を参照  
 ※ 保育施設の嘱託医との連携などもあるため  
 各項目の確認をお願いします。

別途「医療的ケア利用申込書兼同意書」〔様式1〕を  
 保護者に記入してもらい、提出が必要です。

## ⑩-1 1型糖尿病

※インスリンが出にくく血糖が上がる病気

(児童名： )

## 医療的ケア（医療行為）対応：血糖測定・インスリン注入

|                          |                                                                                                                       |                                                                                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 日常生活で気をつけていることはありますか。<br>※実際の集団保育で対応を行うイメージが必要なため                                                                     | (食事面や生活面及び活動面など) ※感染症も含む<br>〔 〕                                                                        |
| <input type="checkbox"/> | インスリンの注入は、インスリンペン型注射器によるものですか。または、ポンプによるものですか。<br>(ポンプとは、こどもに小型ポンプを装着し24時間、インスリンを持続的に注入するもの)<br>※注射とポンプとは、取り扱いが違いため確認 | ・インスリンペン型注射器による注入<br>・ポンプによる注入 (ポンプの機種名)<br>〔 〕                                                        |
| <input type="checkbox"/> | インスリンの注入は何時頃ですか。<br>※具体的に時間を確認してください                                                                                  | ・注入時間 (具体的に記入) 〔 〕                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | CGM (持続血糖測定器) は使用していますか                                                                                               | ・はい → 機種名 〔 〕<br>・いいえ                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | CGMはインスリンポンプと連動していますか。                                                                                                | ・はい ・いいえ                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | 血糖測定はどのようにおこなっていますか。<br>※具体的に時間を確認してください<br>※実際の集団保育で対応を行うイメージが必要なため                                                  | ・実測している<br>何時におこなっていますか 〔 〕<br>・持続血糖モニターのみで実測はしていない<br>・持続血糖モニターと実測を組み合わせている<br>実測は何時におこなっていますか<br>〔 〕 |
| <input type="checkbox"/> | 今まで低血糖症状を起こした事がありますか。                                                                                                 | ・はい → 症状 〔 〕<br>・いいえ                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | 低血糖時や、低血糖予防のための補食は何を摂取していますか。                                                                                         | 補食しているもの (例：ブドウ糖・ジュース等)<br>〔 〕                                                                         |
| <input type="checkbox"/> | 低血糖時の緊急時薬は処方されていますか。                                                                                                  | ・はい → 薬名 ( ) ・いいえ                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> | 緊急時薬を使用したことはありますか。                                                                                                    | ・はい → 回数 ( 回 ) ・いいえ                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | 低血糖で救急搬送をされたことはありますか？                                                                                                 | ・はい → 回数 ( 回 ) ・いいえ                                                                                    |
| 特記事項                     |                                                                                                                       |                                                                                                        |

## 医療に関する聞き取り票

職員聞き取り日

年

月

日

※ 診断書と利用調整調査票（その2）を参照  
 ※ 保育施設の嘱託医との連携などもあるため  
 各項目の確認をお願いします。

別途「医療的ケア利用申込書兼同意書」〔様式1〕を  
 保護者に記入してもらい、提出が必要です。

## ⑩-2 高インスリン血症

※インスリンが出すぎて血糖が下がる病気

(児童名： )

## 医療的ケア（医療行為）対応：血糖測定

|                          |                                                                                               |                                                                             |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 日常生活で気をつけていることはありますか。                                                                         | (食事面や生活面及び活動面など) ※感染症も含む                                                    |
| <input type="checkbox"/> | 今まで低血糖症状を起こしたことはありますか。                                                                        | ・はい    ・いいえ<br>・「はい」の場合<br>どのような時に起こりますか<br>[ ]<br>その時の症状と対応を教えてください<br>[ ] |
| <input type="checkbox"/> | 【血糖測定がある場合のみ聞いてください】<br>血糖測定は何時ごろに測定しますか。<br>※具体的に時間を確認してください<br>※実際の集団保育で対応を行うイメージが<br>必要なため | ・1日の回数(        )回<br>何時頃(具体的に記入)<br>[ ]                                     |
| <input type="checkbox"/> | 保育時間中に、必要な薬はありますか。<br>また、薬について配慮することはありますか。                                                   | ・あり    ・なし<br>「あり」の場合 → 薬名 [ ]<br>薬について配慮すること<br>[ ]                        |
| <input type="checkbox"/> | 低血糖時の緊急時薬は処方されていますか。                                                                          | ・はい→薬名 [ ]    ・いいえ                                                          |
| <input type="checkbox"/> | 緊急時薬を使用したことはありますか。                                                                            | ・はい→回数 [ ]    ・いいえ                                                          |
| <input type="checkbox"/> | 低血糖で救急搬送されたことはありますか。                                                                          | ・はい→回数 [ ]    ・いいえ                                                          |
| 特記事項                     |                                                                                               |                                                                             |

## 医療に関する聞き取り票

職員聞き取り日

年 月 日

※ 診断書と利用調整調査票（その2）を参照

※ 保育施設の嘱託医との連携などもあるため、各項目の確認をお願いします。

## ⑪ 骨・筋肉にかかわる疾患

(兒童名：

)

| 主な疾患名                    |                                                        | くる病・側弯症・骨形成不全・筋ジストロフィー など                                                                                             |
|--------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 日常生活で気をつけていることはありますか。                                  | (食事面や生活面及び活動面など) ※感染症も含む                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | 保育時間中に、必要な薬はありますか。<br>また、薬について配慮をすることはありますか。           | ・あり ・なし<br>・「あり」の場合 → 薬名 [ ]<br>薬について配慮すること<br>[ ]                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | 装具など使用していますか。                                          | ・使用している ・使用していない<br>・「使用している」場合 → どのような装具ですか<br>[ ]                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | 装具を使用している時間はいつですか。<br><br>※実際の集団保育で対応を行うイメージが<br>必要なため | ・常時 ・常時ではない<br>・「常時ではない」場合→装具を使用している時間<br>[ ]                                                                         |
| <input type="checkbox"/> | 今後、手術などの予定はありますか。                                      | ・あり (いつ頃: ) ・なし                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | 合併症などがありますか。<br><br>(先天性疾患・低出生体重児・けいれん・<br>呼吸器・その他 など) | ・はい ・いいえ<br>・「はい」の場合は具体的に確認<br>「②先天性の疾患」へ<br>「③低出生体重児に関する疾患」へ<br>「④けいれんに関する疾患」へ<br>「⑥肺・呼吸器などに関する疾患」へ<br>「⑬その他の疾患」へ など |
| 特記事項                     |                                                        |                                                                                                                       |

## 医療に関する聞き取り票

職員聞き取り日

年 月 日

※ 診断書と利用調整調査票（その2）を参照

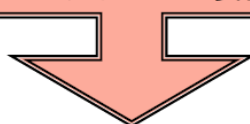
※ 保育施設の囑託医との連携などもあるため、各項目の確認をお願いします。

## ⑫ 眼・耳に関する疾患

(児童名： )

| 主な疾患名                    |                                                                                                              | 先天性白内障/緑内障・硝子体網膜症・未熟児網膜症・難聴 など                                                                                                         |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 日常生活で気をつけていることはありますか。                                                                                        | (食事面や生活面及び活動面など) ※感染症も含む                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | 保育時間中に、必要な薬はありますか。<br>また、薬について配慮をすることはありますか。<br>(点眼薬・点耳薬も含む)                                                 | ・あり ・なし<br>・「あり」の場合 → 薬名 [ ]<br>薬について配慮すること<br>[ ]                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | コンタクトレンズを使用していますか。                                                                                           | ・している ・していない                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | 【コンタクトレンズを使用している場合】<br>使用している時間はいつですか。<br>※コンタクトレンズの装着や外れた場合の再装着は<br>高度管理医療機器の取扱いのため大阪市立保育所<br>では、看護師が対応します。 | ・常時(外れても再装着は不要)<br>・常時(外れたら再装着が必要)<br>→ 医療的ケアになります<br>・常時ではない(下記へ)<br>「常時ではない場合」(いつ使用しているか)<br>[ ]<br>保育時間中に外す・装着がある場合<br>→ 医療的ケアになります |
| <input type="checkbox"/> | コンタクトレンズがずれていないかの確認頻度はどれくらいですか。                                                                              | ・約15分毎 ・約30分毎<br>・約1時間毎 ・その他 [ ]                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | 補聴器を使用していますか。                                                                                                | ・している ・していない                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | 【補聴器を使用している場合】<br>使用している時間はいつですか。                                                                            | ・あり ・なし<br>・「あり」の場合 → 具体的な内容を記入<br>[ ]                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | 保育時間中に補聴器の着脱や装着は必要ですか                                                                                        | ・必要 ・必要ではない                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> | 今後、手術などの予定はありますか。                                                                                            | ・あり(いつ頃： ) ・なし                                                                                                                         |
| 特記事項                     |                                                                                                              |                                                                                                                                        |

医療的ケア(医療行為)対応が必要な場合は  
(コンタクトレンズ装着)



|                                                    |                              |                                                                    |  |
|----------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|
| 職員聞き取り用                                            |                              | 医療的ケアが必要な場合、別途「医療的ケア利用申込書兼同意書」〔様式1〕を保護者に記入してもらい、提出が必要です。           |  |
| ⑫ 眼・耳に関する疾患                                        |                              |                                                                    |  |
| 医療的ケア：コンタクトレンズ着脱 <sup>いりょくてき</sup> <sup>やくだつ</sup> |                              | (児童名： )                                                            |  |
| <input type="checkbox"/>                           | 保育所でのコンタクトの着脱時間を具体的に教えてください。 | ・着ける時間 [                      ]<br>・はずす時間 [                      ] |  |
| 特記事項                                               |                              |                                                                    |  |

# 医療に関する聞き取り票

職員聞き取り日

年

月

日

※ 診断書と利用調整調査票（その2）を参照

※ 保育施設の囑託医との連携などもあるため、各項目の確認をお願いします。

## ⑬ その他の疾患

（児童名：

）

| おも<br>しっかんのい<br>主な疾患名                                                                                                        | すいとうしょう のうせい まひ た<br>水頭症・脳性麻痺・その他<br>①～⑫にあてはまらない疾患など状況に応じて活用してください。                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日常生活で気をつけていることはありますか。                                                                               | （食事面や生活面及び活動面など）※感染症も含む                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 保育時間中に、必要な薬はありますか。<br>また、薬について配慮することはありますか。                                                         | ・あり ・なし<br>・「あり」の場合 → 薬名 [ ]<br>薬について配慮すること<br>[ ]                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> 【主に水頭症の子どもについて】<br>シャントは入っていますか。<br>入っている場合、気をつけていることはありますか。<br><br>（シャントとは、頭の中にたまる水をお腹の中に流すチューブの事） | ・入っている ・入っていない<br>・シャントが「入っている」場合→具体的に気をつけていることを記入<br>[ ]                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> 今後、手術などの予定はありますか。                                                                                   | ・あり（いつ頃： ） ・なし                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> 合併症などがありますか。<br><br>（低出生体重児・心臓・呼吸器・けいれん・骨・筋肉に関する疾患・移植術後 など）                                         | ・はい ・いいえ<br>・「はい」の場合は具体的に確認<br>「②低出生体重児に関する疾患」へ<br>「⑤心臓などに関する疾患」へ<br>「⑥肺・呼吸器などに関する疾患」へ<br>「⑨けいれんに関する疾患」へ<br>「⑪骨・筋肉に関する疾患」へ<br>「⑭移植術を受けた児童」 など |
| 特記事項                                                                                                                         |                                                                                                                                               |

# 医療に関する聞き取り票

職員聞き取り日

年 月 日

※ 診断書と利用調整調査票（その2）を参照

※ 保育施設の嘱託医との連携などもあるため、各項目の確認をお願いします。

## ⑭ 移植手術を受けた児童の聞き取り（児童名： ）

| 主な疾患名<br><small>おも しっかんのい</small>                                                                         | 白血病・先天性胆道閉鎖症・腎不全・悪性腫瘍 など<br><small>はっけつびょう せんてんせいだんどうへいししょう じんふぜんあくせいしゅよう</small> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 移植術を行う事になった基礎疾患（病名）を教えてください                                                      |                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> 移植術を受けたのはいつですか。                                                                  | 年 月 日                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 活動面で気を付けていることはありますか。                                                             | ・あり ・なし<br>「あり」の場合 → 具体的に気を付けていることを記入<br>( )                                      |
| <input type="checkbox"/> 食事面で気を付けていることはありますか。<br>（食べてはいけない食べ物など）                                          | ・配慮はない ・配慮がある<br>「配慮がある」場合、具体的な内容<br>( )                                          |
| <input type="checkbox"/> 感染症などで配慮することはありますか。<br><small>※保育所は集団保育のため、子ども同士が濃厚に接触し感染症にかかりやすい環境にあります</small> | ・あり ・なし<br>「あり」の場合 → 具体的に気を付けていることを記入<br>( )                                      |
| <input type="checkbox"/> 保育時間中に、必要な薬はありますか。<br>また、薬について配慮をすることはありますか。                                     | ・あり ・なし<br>「あり」の場合 → 薬名 ( )<br>薬について配慮すること<br>( )                                 |
| <input type="checkbox"/> 今後、手術などの予定はありますか。                                                                | ・あり（いつ頃： ） ・なし                                                                    |
| 特記事項                                                                                                      |                                                                                   |

様式 5 - 1 【医療的ケア】施設利用にかかる保育環境整備等に関する確認書の

ご提出について(依頼)

様式 5 - 1

(区→保護者)

年 月 日

様

〒 大阪市 区  
区保健福祉センター所長

担当 :  
06- -

【医療的ケア】施設利用にかかる保育環境整備等に関する確認書のご提出について(依頼)

平素は、本市保育行政にご理解・ご協力を賜りありがとうございます。

利用調整申込児童の保育の実施にあたり、安全で安心な保育を提供するために、ご確認  
いただきたい事項を別添の「様式 5 - 2」施設利用にかかる保育環境整備等に関する確認書」  
のとおりとします。

内容をご確認の上、「確認書」に署名し、区保健福祉センターあてにご提出ください。

様式 5 - 2

(区→保護者)

## 【医療的ケア】施設利用にかかる保育環境整備等に関する確認書

利用者

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| 児童名             | 生年月日<br>年 月 日         |
| 保護者名            | 続柄 児童の<br>父・母・その他 ( ) |
| 希望する施設名<br>大阪市立 | 保育所 (※1)              |

(※1) この書面における大阪市立保育所とは、「公設置公営保育所」のことをいい、公設置民営保育所は除きます。

## 1. 確認書の取り扱いについて

当該児童が施設への入所に際して、利用調整申込関係書類及び、保護者との面接等での児童の聞き取りを通じ入所予定施設と調整した結果、安全に入所していただくために新たに保育環境の整備が必要であると判断されたため、必要な保育環境の整備が実施できるまでの間は入所を保留とし、保育環境が整備出来次第、速やかに入所することとする。

(注) 利用調整申込関係書類とは「利用調整調査票」及び、「対象児童用診断書」等をいう。

## 2. 保育環境の整備に関する事項

- ☐ 職員の別途配置のため
- ☐ 施設の改修等のため
- ☐ 機器等の設置等のため

大阪市 ( ) 区) 保健福祉センター所長

大 阪 市 こ ど も 青 少 年 局 長

年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_

以上、同意及び確認の上署名します。

## 【医療的ケア】受入れに関する確認書

様式 5 - 3

(区→保護者)

利用者

|         |                       |
|---------|-----------------------|
| 児童名     | 生年月日<br>年 月 日         |
| 保護者名    | 続柄 児童の<br>父・母・その他 ( ) |
| 希望する施設名 | 大阪市立 保育所 (※1)         |
| 医療的ケア内容 |                       |

(※1) この書面における大阪市立保育所とは、「公設置公営保育所」のことをいい公設置民営保育所は除きます。

(注) 大阪市立保育所での医療的ケア児保育は、治療を目的としたものではなく、他のこどもの集団による保育が可能で、生活行為として行う経管栄養・痰の吸引・導尿・吸入・血糖測定等の医療行為を行いながら、保育士と共に集団生活及び活動を行う。また、保育の中での医療的ケアについては、重篤な症状がなく安定した状態において看護師が対応する。

次の事項の確認をお願いします。

## 1 保育利用について

- ・利用日は、週 5 日 (月～金)、日・祝日・年末年始 (12/29～1/3) を除く。
- ・土曜日及び延長保育は対応不可、ただし、保育所が行事等で必要とした日は保育を提供します。
- ・利用時間は、保護者の就労等による保育必要時間とし、医療的ケアの内容や状況により、個別に決定します。

## 2 医療的ケア対応内容について

## ① 主治医からの指示に基づいて実施

- ・医療的ケア対応は、主治医による診断書・主治医面談及び「【医療的ケア】に関する指示書」(※2) の内容に基づき、医療的ケアの実施については、集団保育の中で可能な範囲において調整し、保護者からの「【医療的ケア】の実施についての依頼書」(※3) の提出を受けたのち看護師が医療的ケアを実施します。(主治医の指示以外の保護者の判断での対応はできません) (※2) (※3) の書類は、保育所での面談時にご説明します)

## ② 必要書類の提出について

- ・児童に対する医師の指示内容に変更等があった場合、その都度、主治医面談が必要です。「【医療的ケア】に関する指示書」、「【医療的ケア】の実施についての依頼書」を改めて提出していただきます。また、医師の指示内容に変更がない場合も、原則として毎年一回、主治医面談を行い本市が指定する時期に前記文書を提出していただきます。(主治医面談の経費や文書料は、保護者負担となります)
- ・医療機器等 (めがね・補聴器・装具含む) の使用については、保育所での面談時に「医療機器等預かり同意書」の内容を理解のうえ提出をしてください。

## ③ 医療機器等の衛生管理について

- ・保護者は、医療的ケアに必要な機材・器具・衛生用品等の準備及び管理を行い、不足のないように毎日持参し持ち帰り、準備・点検・整備を行ってください。

## ④ 慣れるための保育について

- ・児童が心身に負担なく新しい集団生活の環境に慣れるために、準備調整期間を設けています。児童の普段の状態や様子、集団での児童の様子を保護者と保育所職員 (保育士・看護師等) が確認しながら、保育内容や時間の調整を行います。

## 3 安全な保育実施のために

## ① 主治医連携等について

- ・保護者は、保育の実施にあたり、本市が主治医との面談が必要と判断した場合、主治医と面談ができるように調整してください。また、児童に対する配慮すべき内容や状況が変化した

場合にも、必ず保育所へ連絡すると共に、保育所が主治医と面談ができるように調整してください。

② 集団活動について

- ・保育所は乳幼児が集団で生活する場所のため、ご家庭とは違うリスクがあります。安全に配慮し見守りを行っていますが、転んだり、こども同士がぶつかったり等、怪我をする場合がありますことをご理解ください。
- ・集団生活では、こども同士が濃厚に接触することが多いため、飛沫感染や接触感染が生じやすい環境であることをご理解ください。

③ 体調不良時の対応について

- ・集団保育は日常における健康状態が安定していることが前提となります。
- ・前日から当日の健康状態など些細な状況の変化であっても、速やかに保育所へ報告をしてください。
- ・当日の朝、平熱であっても体調が良好でない場合は、こどもに負担のないようお休みをお願いします。
- ・保育中、平熱であっても体調が良好でない場合は、お迎えを依頼します。
- ・体調不良となった翌日は、家庭保育で様子を見てください。

④ 保育所との連携について

- ・医療的ケアは保護者の協力が不可欠なため、保育所と常に連携することが必要となります。
- ・保育中のこどもの体調不良や容態の変化等に伴う緊急事態に備え、必ず複数の連絡先を明確にし、常時、保育所からの連絡が取れるようにしてください。
- ・保護者の方がお迎えに来られない場合の協力者体制の確保もお願いします。

4 看護師対応について

- ① 医療的ケアは、主治医から直接指示を受けた看護師が対応します。
- ② 看護師に突発的な事象が発生し医療ケア対応ができない等、やむを得ない場合は、保護者に協力を依頼する場合や、受入れができない場合があります。
- ③ 看護師の変更が発生した場合、安全に実施するための準備が整うまでの間、医療的ケアの対応について、保護者に協力を依頼する場合があります。
- ④ 看護師の配置が整わない状態が継続する場合には、保護者と別途協議します。

5 利用開始後の健康状態の変化に伴う取扱い

- ① 保育中に医療的ケアを実施する必要がなくなった場合、本市は医療的ケアの実施を終了します。
- ② 入所後次のような状態が生じた時は、保育の利用に関して協議を行います。
  - ・健康状態の変化により、保育所における集団保育が困難と本市が判断した場合
  - ・新たな医療的ケアが必要となった場合
  - ・長期欠席が続いた場合

6 個人情報に係る取扱いについて

- ・安全な医療的ケア対応の実施にあたり、内定保育所や嘱託医にも必要な情報を提供します。

大阪市（            区）保健福祉センター所長 様  
大 阪 市 こ ど も 青 少 年 局 長 様

年            月            日

保護者名 \_\_\_\_\_

以上、同意及び確認の上署名します。

様式 6

(保育所⇄保護者)

## 準備調整期間における具体的なスケジュール

集団生活を送るにあたり、こどもが安心して、また、安全に過ごせるように受入れ体制を整え、集団生活に慣れるための準備や調整を進めます。  
こどもに負担がないように、また、楽しく保育所で過ごせるように計画していきます。

|           | 項目・日程                                                                                          | 主な内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2月<br>3月頃 | 区・保育所運営課・<br>保育所との面談<br><br>月 日( )                                                             | <b>安全・安心な保育に向けての確認</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>受け入れに関する確認と準備調整期間について説明します</li> <li>了承されたら確認書に署名し、区保健福祉センターへ提出します</li> <li> 様式5-3 (医療的ケア) 受け入れに関する確認書</li> <li>入所の内定通知が届きましたら、保育所へご連絡ください。</li> <li>看護師配置についての調整、こどもの状況に応じた環境整備を行います</li> <li>決められる範囲で保育所と次の日程を調整します</li> <li>初回面談日程 (保育所職員が、健康状況把握や入所の説明等)</li> <li>入所時健診日程 (嘱託医による入所時健診が必要です)</li> <li>主治医面談日程 (主治医との面談が必要です)</li> </ul> |
| 4月        | 入所を祝う会<br>月 日( )                                                                               | <b>保護者と共に参加</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康状況等の開取りや入所における説明などは、初回面談の日に行います</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|           | (初回)<br>保育所での面談<br><br>月 日( )                                                                  | <b>初回の面談を行います (保護者、保育所職員、看護師)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康状況・医療連携状況・家庭での様子等を詳しくお聞かせいただくとともに各種書類のご記入をお願いします。</li> <li>集団生活について「保育所のしおり・健康のしおり・重要事項説明書の説明・保育所で必要な持ち物、物品申し込み」等保育所から説明があります。</li> <li>今後の具体的な準備調整期間の日程等を、再確認します。<br/>(負担のないよう集団に慣れるための期間を設定します)<br/>(こどもの状況により、準備調整期間が長くなる場合があります)</li> <li>* 保育所では、こどもに応じた環境の準備を進めていきます。</li> </ul>                                                                                                                         |
|           | 入所時健診<br>月 日( )                                                                                | <b>嘱託医が健診を行います</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>母子手帳をご持参ください。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|           | 保護者同伴での<br>保育の開始<br>月 日( )～<br><br>※個々の状況により<br>5月頃になる場合も<br>あります<br><br>※保育時間は段階を<br>追って計画します | <b>保護者同伴で保育を開始</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>保護者に同伴いただき集団保育を行い、こどもの状態や様子を保育所職員、看護師が確認します</li> <li>こども自身の負担にならないよう、周りのこどもたちも含め、お互いに慣れるための保育を開始します。</li> <li>こどもの様子や状況によって、段階的に保育時間を調整していきます。<br/>(例えば、○日間は、1時間～2時間、給食まで、給食後まで等)<br/>こどもの状況や年齢で活動の違いもあるので、具体的に時間を決めます。</li> <li>* 保護者同伴で、仲間と共に集団保育を開始しますが、開始後、こどもによっては、疲れて体調を崩すことなども多くみられます<br/>様子をみながら保護者と相談し負担のないよう進めていきます</li> </ul>                                                                                        |

|     | 項目・日程                                                                             | 主な内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・保護者が実際に行う医療的ケアを看護師が見学し、手技やこどもの状況など、わからないことを確認します</li> <li>・今後の主治医面談や主治医との連携に向け、集団保育の中での医療的ケア対応について、保護者と協力しながら状況を把握していく期間になります</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 5月頃 | 主治医面談<br>月      日( )                                                              | 主治医面談を行います(保護者、保育所職員、看護師) <ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医へ保育での活動や生活の流れを伝え、配慮事項の確認と医療的ケアを行うための相談等を行います</li> <li>・「指示書」の記入を依頼し、看護師は、医師より直接指示を受けます<br/>  様式7 [医療的ケア]に関する指示書</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                       |
|     | 指示書提出<br>月      日( )                                                              | 主治医面談後に、主治医記載の「指示書」を保育所へ提出してください                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|     | (2回目)<br>保育所での面談<br>月      日( )<br><br>依頼書提出<br>月      日( )                       | 2回目の面談を行います <ul style="list-style-type: none"> <li>・「指示書」をもとに、主治医面談での内容を確認しながら、集団生活をイメージし、今後の計画を立てていきます。</li> <li>・こどもが集団保育において負担のないよう計画します。具体的な保育の時間をこどもの状況に応じ、調整しながら進めていきます。</li> </ul> 面談後に「依頼書」を作成し、提出していただきます <ul style="list-style-type: none"> <li>・こどもの医療的ケア内容や対応について職員全体で情報を共有します。</li> <li> 様式8 [医療的ケア]の実施に関する依頼書</li> <li> 様式9 医療機器等預かり同意書</li> </ul> |
|     | 看護師<br>医療的ケア開始<br>月      日( )～                                                    | 指示書、依頼書の書類が整い、看護師が行う手技を保護者が確認した後、看護師が医療的ケアを開始します <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師が実際に医療的ケアを行う様子を保護者の方に確認していただきます。</li> <li>・保護者同伴の期間中に、医療的ケアを行いながら保護者の方に手技手順、普段と違うこどもの様子や観察点、医療的ケア実施についてわからないこと等を再確認していきます。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|     | 通常保育の開始<br>月      日( )～<br>※個々の状況により<br>1～2か月程度かかる場合があります<br><br>※保育時間は状況により計画します | 状況をみながら、保護者同伴での保育から通常保育へ移行します <ul style="list-style-type: none"> <li>・通常保育への移行は、個々のこどもの状況に応じて行います</li> <li>・保護者から離れての保育は、こどもにとって、今までと違う環境となります</li> <li>・保育時間については状況に応じて再度、保育時間の調整を行う場合があります</li> <li>・安全で安心して楽しくこどもが過ごせるよう様子をみながら、保育を行っています</li> <li>・看護師も保護者への連絡等をさせていただくことがあります。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                         |

- 主治医連携は必要に応じ、随時行います。保護者・保育所(職員・看護師)と主治医とが連携しながら、保育所でのこどもの状況や成長の報告、集団生活の中での相談等を行います。随時、主治医に相談できるよう、保護者、主治医とも十分連携し、ご理解とご協力をお願いします。
- 入所後は、年齢に応じた活動や災害訓練、所外での活動など様々な場面において、保護者と安全の確認等を行います。

【主治医記入用】

様式7

年 月 日

保育所長 様

## 【医療的ケア】に関する指示書

次の児童の「医療的ケア」について指示いたします。

|     |  |    |  |      |       |
|-----|--|----|--|------|-------|
| 児童名 |  | 性別 |  | 生年月日 | 年 月 日 |
| 診断名 |  |    |  |      |       |

## 医療的ケアの内容

\*指示する項目に✓をつけ、( ) 内の該当する項目に○印、または記入をしてください。

\*「医療的ケア」や「疾患に起因する配慮」については、保育所で対応可能な範囲で実施します。

| 医療的ケア内容（看護師対応）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 疾患に起因する配慮（保育士対応）                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻経管栄養・胃ろう・腸ろう）<br><input type="checkbox"/> 吸引（口・鼻・気管カニューレ内）<br><input type="checkbox"/> ネブライザー吸入<br><input type="checkbox"/> 酸素療法<br><input type="checkbox"/> 血糖測定（自己血糖測定・持続血糖測定）<br><input type="checkbox"/> インスリン注入（ポンプ・ペン型・その他）<br><input type="checkbox"/> 導尿（一部介助・全介助）<br><input type="checkbox"/> 人工肛門・尿管皮膚ろうの装具交換<br><input type="checkbox"/> コンタクトレンズ装着 | <input type="checkbox"/> 運動制限<br>・心臓疾患については、「心臓病管理指導表」の記載をお願いします。<br><input type="checkbox"/> 薬の管理<br><input type="checkbox"/> 感染症<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |

## 医療的ケア等に関する具体的な指示および注意事項（例：時間・回数・注入量等）

|  |
|--|
|  |
|--|

## 予想される緊急時の状態および対応

|  |
|--|
|  |
|--|

緊急搬送先 医療機関名

Tel ( )

※ この指示書は、毎年度更新となります。

記入日： 年 月 日  
 医療機関：  
 （住所・電話番号）

医師名：

## 《主治医の方へ》

医療事故を防ぐために、主治医（又は指導医、認定看護師等）から保育所の看護師へ手技等、医療的ケア実施に関する留意点の指導をお願いいたします。また、指示事項に変更がある場合は、その都度、指示書によりご指示ください。

\* 指示する項目に✓をつけ、具体的な留意点を記入してください。

| 看護師に指示する事項                                |                                                                                                      | 医療的ケア実施に関する留意点等 |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 経管栄養             | <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養<br><input type="checkbox"/> 胃ろう<br><input type="checkbox"/> 腸ろう      |                 |
| <input type="checkbox"/> 吸引               | <input type="checkbox"/> 口腔内<br><input type="checkbox"/> 鼻腔内<br><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内    |                 |
| <input type="checkbox"/> ネブライザー吸入         |                                                                                                      |                 |
| <input type="checkbox"/> 酸素療法             |                                                                                                      |                 |
| <input type="checkbox"/> 血糖測定             | <input type="checkbox"/> 自己血糖測定<br><input type="checkbox"/> 持続血糖測定                                   |                 |
| <input type="checkbox"/> インスリン注入          | <input type="checkbox"/> インスリンポンプ<br><input type="checkbox"/> ペン型<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |                 |
| <input type="checkbox"/> 導尿               | <input type="checkbox"/> 一部介助<br><input type="checkbox"/> 全介助                                        |                 |
| <input type="checkbox"/> 人工肛門・尿管皮膚ろうの装具交換 |                                                                                                      |                 |
| <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ装着       |                                                                                                      |                 |

次の看護師に対して、医療的ケア実施に関する手技、留意点等指導しました。

|     |  |     |   |   |   |
|-----|--|-----|---|---|---|
| 氏 名 |  | 指導日 | 年 | 月 | 日 |
|     |  | 指導日 | 年 | 月 | 日 |
|     |  | 指導日 | 年 | 月 | 日 |
|     |  | 指導日 | 年 | 月 | 日 |

記入日： 年 月 日

指導者名： \_\_\_\_\_

【保護者記入用】

記入日： 年 月 日

保育所長 様

保護者名

## 【医療的ケア】の実施に関する依頼書

次の「医療的ケア」について、主治医との連携のもとに実施を依頼いたします。（ 歳児クラス）

|     |  |    |  |      |       |
|-----|--|----|--|------|-------|
| 児童名 |  | 性別 |  | 生年月日 | 年 月 日 |
| 診断名 |  |    |  |      |       |

## 医療的ケアの内容

\* 依頼する項目に✓をつけ、( ) 内の該当する項目に○印、または記入をしてください。

\* 「医療的ケア」や「疾患に起因する配慮」については、保育所で対応可能な範囲で実施します。

| 医療的ケア内容（看護師対応）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 疾患に起因する配慮（保育士対応）                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻経管栄養・胃ろう・腸ろう）<br><input type="checkbox"/> 吸引（口・鼻・気管カニューレ内）<br><input type="checkbox"/> ネブライザー吸入<br><input type="checkbox"/> 酸素療法<br><input type="checkbox"/> 血糖測定（自己血糖測定・持続血糖測定）<br><input type="checkbox"/> インスリン注入（ポンプ・ペン型・その他）<br><input type="checkbox"/> 導尿（一部介助・全介助）<br><input type="checkbox"/> 人工肛門・尿管皮膚ろうの装具交換<br><input type="checkbox"/> コンタクトレンズ装着 | <input type="checkbox"/> 運動制限<br>・心臓疾患については、「心臓病管理指導表」（医師記載）の添付をお願いします。<br><input type="checkbox"/> 薬の管理<br><input type="checkbox"/> 感染症<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |

## 医療的ケア等の実施について具体的な依頼および注意事項（例：時間・回数・注入量等）

|  |
|--|
|  |
|--|

## 予想される緊急時の状態および対応

|  |
|--|
|  |
|--|

緊急搬送先 医療機関名

TEL（ ）

※ この依頼書は、毎年度更新となります。

## 医療機器等預かり同意書

保育所で医療機器等（めがね・補聴器等含む）をお預かりする場合、思わぬアクシデント（破損や紛失、こども同士の関わり合いの中で起こりうる事象等）が生じる可能性があります。保育所で安全に医療機器を取り扱うため、次のとおり取り扱い方法を記入いただき、同意事項にチェックをお願いします。安全に保育を実施する必要がありますのでご理解ご協力のほどお願いいたします。

### 【確認事項】

|                      |                                     |     |  |     |       |
|----------------------|-------------------------------------|-----|--|-----|-------|
| 保育所名                 |                                     | 保育所 |  | 児童名 | 歳児クラス |
| 機器の種類<br>(○をしてください)  | 医療機器（<br>めがね 補聴器 ヘッドギア 装具等（<br>その他（ |     |  |     |       |
| 保育所での使用目的            |                                     |     |  |     |       |
| 保育所での使用開始<br>及び使用時間帯 | 使用開始予定 年 月 日<br>使用時間帯（              |     |  |     |       |
| 保育所での使用中の<br>注意事項    |                                     |     |  |     |       |
| その他                  |                                     |     |  |     |       |

### 【同意事項】 □に✓印をお願いします

- ☐ 保育中の医療機器等の取り扱いには十分注意しますが、何らかの原因で破損や紛失、こども同士で思わぬアクシデント等が生じた場合、原則として保育所では補償しかねますのでご了承ください。
- ☐ 保育所での使用は、家庭で十分慣れてからの使用開始としてください。
- ☐ 緊急時に備え、保育所からの連絡が常時取れるようにしておいてください。
- ☐ 内容の変更があった場合、「医療機器等預かり同意書」を改めて保育所へ提出していただきます。

大阪市立

保育所長 様

年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_

以上、確認の上同意します。

| 確認欄          |       |       |       |       |       |       |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 確認年月日        | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 歳児クラス        |       |       |       |       |       |       |
| 保護者確認<br>サイン |       |       |       |       |       |       |
| 保育所確認<br>サイン |       |       |       |       |       |       |

様式 10－1

個別支援計画

(

年度

～

年度

)

(

保育所

)

|                                         |              |       |    |            |       |
|-----------------------------------------|--------------|-------|----|------------|-------|
| 児童名                                     | 性別           | 生年月日  | 担任 | 障がい・疾病等の状況 | 手帳の有無 |
|                                         |              | 入所年月日 |    |            |       |
|                                         |              |       |    |            |       |
| 医療・相談機関                                 | 関係機関からの支援や情報 |       |    |            |       |
|                                         |              |       |    |            |       |
| 保護者の願い                                  | 支援の目標・内容     |       |    |            |       |
|                                         |              |       |    |            |       |
| この計画内容を確認しました。                          | 令和           | 年     | 月  | 日          | 保護者名  |
| (就学前確認欄) この支援計画書を就学先小学校に引き継ぎすることに同意します。 | 令和           | 年     | 月  | 日          | 保護者名  |



| 【医療的ケア】に関する事故報告書（ヒヤリハット含む）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                          |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 様式 11     |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|
| ※記入方法：該当する項目に□印を記入する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 保育所       |       |
| □ 事故報告書                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                          |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 保育所記入日    | 年 月 日 |
| □ ヒヤリハット報告書                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                          |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 保育所運営課受取日 | 年 月 日 |
| 児童名：（ ）歳児クラス                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                          |                                          | 記録者名： 保育士 看護師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |
| 生年月日： 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                          |                                          | 発生日時： 年 月 日（ ） 時 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |
| 病名：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                          |                                          | 発生場所：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |
| 医療的ケアの内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                          |                                          | アクシデントの原因・要因・背景（複数回答可）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |
| <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 血糖測定・管理<br><input type="checkbox"/> 口腔内・鼻腔内吸引 <input type="checkbox"/> インスリン注入・管理<br><input type="checkbox"/> 気管内吸引 <input type="checkbox"/> 導尿<br><input type="checkbox"/> ネブライザー吸入 <input type="checkbox"/> 人工肛門のケア<br><input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> コンタクト装着<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |                                                                                                          |                                          | <input type="checkbox"/> 確認不足 <input type="checkbox"/> 忘れ<br><input type="checkbox"/> 観察不足 <input type="checkbox"/> 聞き違い<br><input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 思い込み<br><input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 慣れ<br><input type="checkbox"/> 技術不足 <input type="checkbox"/> 自己判断<br><input type="checkbox"/> コミュニケーション不足 <input type="checkbox"/> 繁忙<br><input type="checkbox"/> 連携ミス <input type="checkbox"/> 疲労・体調不良<br><input type="checkbox"/> 判断ミス <input type="checkbox"/> 焦り・パニック<br><input type="checkbox"/> 転記ミス <input type="checkbox"/> こどもの要因<br><input type="checkbox"/> 操作ミス                      （ ）<br><input type="checkbox"/> 設備・環境 <input type="checkbox"/> 保護者の要因<br><input type="checkbox"/> 器機の整備不良              （ ）<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |
| 発生状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 発生時期                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 医療的ケア実施前<br>（ ） |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 確認不足 <input type="checkbox"/> 忘れ<br><input type="checkbox"/> 観察不足 <input type="checkbox"/> 聞き違い<br><input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 思い込み<br><input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 慣れ<br><input type="checkbox"/> 技術不足 <input type="checkbox"/> 自己判断<br><input type="checkbox"/> コミュニケーション不足 <input type="checkbox"/> 繁忙<br><input type="checkbox"/> 連携ミス <input type="checkbox"/> 疲労・体調不良<br><input type="checkbox"/> 判断ミス <input type="checkbox"/> 焦り・パニック<br><input type="checkbox"/> 転記ミス <input type="checkbox"/> こどもの要因<br><input type="checkbox"/> 操作ミス                      （ ）<br><input type="checkbox"/> 設備・環境 <input type="checkbox"/> 保護者の要因<br><input type="checkbox"/> 器機の整備不良              （ ）<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |           |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 医療的ケア実施中<br>（ ） |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |
| 発生状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 具体的な状況                                                                                                   | 時間                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 児童の様子・保育の状況 など                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |
| 保育所での処置・対応等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 所長への報告                      連絡時間                      時                      分  |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 保護者への報告                      連絡時間                      時                      分 |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 主治医への連絡                      連絡時間                      時                      分 |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 保育所運営課への報告              連絡時間                      時                      分      |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 受診した場合                      受診時間                      時                      分  |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 降所時間                      時                      分                              |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |
| 受診医療機関                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 医療機関受診の有無                                                                                                |                                          | 有・無（有の場合は全項目記入）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 受診時間      |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 受診した病院名・医院名                                                                                              |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 診療科名      |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 搬送方法                                                                                                     |                                          | 徒歩 ・ 救急車 ・ タクシー ・ その他（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 同行者                                                                                                      |                                          | 職員（氏名 ） 保護者（続柄 ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 診断名                                                                                                      |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 通院・入院等状況                                                                                                 |                                          | 通院（⇒1回のみ治療 ・ 継続的な治療） ・ 入院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 日本スポーツ振興センター備考                                                                                           |                                          | 適応する ・ 適応しない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |       |

|           |              |                           |                        |                             |
|-----------|--------------|---------------------------|------------------------|-----------------------------|
| 保護者対応等    | 保護者の受け止め     |                           | 状況を理解いただいた<br>その他→ ( ) |                             |
|           | 考えられる要因      |                           |                        |                             |
|           | 再発防止策        |                           |                        |                             |
|           | 今後の課題・改善点    |                           |                        |                             |
|           | 備考           |                           |                        |                             |
| 保育所運営課使用欄 | ブロック代理への第1報  | 報告者 ( )                   | ⇒                      | 年 月 日 ( ) 時 分<br>ブロック担当 ( ) |
|           | 保育所運営課への報告   | 報告者 ( )                   | ⇒                      | 年 月 日 ( ) 時 分               |
|           | 課内対策チームの立ち上げ | 有 ・ 無<br>有の場合のチームメンバー ( ) |                        |                             |
|           | 現場へのフィードバック等 | フィードバックの方法 ( )            | 年 月 日 ( )              | 時 分                         |
|           | その他特記事項      |                           |                        |                             |

