

# 矢巾町保育所等における医療的ケア実施ガイドライン

令和4年3月

矢巾町教育委員会事務局子ども課

はじめに

令和3年6月18日に「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年法律第81号）」が公布され、医療技術の進歩に伴い、医療的ケア児が増加するとともにその実態が多様化し、医療的ケア児及びその家族が個々の医療的ケア児の心身の状況等に応じた適切な支援を受けられるように、医療的ケア児及びその家族に対する支援に関して、国や地方自治体等の責務が明確化されました。

本町においては、平成30年1月に岩手県立療育センター及び盛岡となん支援学校が移転し、令和元年9月には岩手医科大学附属病院が移転・開院したことに伴い、医療的ケア児が年々増加傾向にあり、今後も増加が見込まれています。

そこで、医療的ケア児の健やかな成長を図るとともに、その家族の離職を防止することを目的に、就労等により保育が必要な場合に、適切な支援と安全な保育を実施するため、保育所での医療的ケア児受け入れに関するガイドライン（平成31年3月保育所における医療的ケア児への支援に関する研究会）を参考に本ガイドラインを策定いたしました。

本ガイドラインの策定にあたり、御尽力いただきました医療、福祉等の関係機関の皆さまに深く感謝申し上げます。

令和4年3月

岩手県矢巾町長 高橋昌造

## 目次

第1	基本的事項	4
1	入所要件	4
2	医療的ケアの内容	4
3	対象年齢	4
4	体制	4
5	医療的ケア児等コーディネーターの役割	4
第2	医療的ケア児の入所までの手続き	5
1	入所の相談	5
2	入所の申込み	5
3	検討会議からの意見聴取	5
4	入所の利用調整	5
5	医療的ケアの実施に係る確認	5-6
6	医療機関への受診と連携	6
7	入所前健康診断の実施	6
8	医療的ケアに必要な物品等の提供	6
第3	医療的ケア児の入所後の継続等について	7
1	医療的ケアの継続審査	7
2	入所後における医療的ケアの内容変更	7
第4	実施園での対応について	8
1	医療的ケア児への対応	8
2	医療的ケアの実施者	8
3	医療的ケアの安全実施体制	8-9
4	緊急時の対応	9
5	職員の研修	9
第5	保護者への説明事項	10
1	保育の利用日と保育時間	10
2	医療的ケアの実施	10
3	ならし保育	10
4	保育の利用中止等	10
5	緊急時及び災害時の対応等	10-11
6	退園等	11
7	情報の共有	11
8	その他	11
別紙1	医療的ケア児の入所までの手続き（4月入所の場合）フロー図	12
別紙2	緊急時の対応フロー図	13
様式第1号～第6号		14-22

## 第1 基本的事項

### 1 入所要件

入所には、次に掲げるすべての要件を満たすことが必要です。

- (1) 保護者の就労等の理由により、保育所等で保育を行うことが必要であると認められること。
- (2) 保育所等における集団保育を実施することが適切であると認められること。
- (3) 保育所等における医療的ケアの実施体制が整備されていること。

### 2 医療的ケアの内容

医療的ケアの内容は次に掲げる内容としますが、その他の医療的ケアについては状況に応じて、可能な限り対応します。

- (1) 経管栄養（経鼻、胃ろう）
- (2) 喀痰吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）
- (3) 導尿
- (4) 酸素吸入

### 3 対象年齢

入所等する年度の4月1日時点で満3歳以上を目安としますが、医療的ケアの内容等によって、変わる場合があります。

### 4 体制

- (1) 入所の時期は、原則、4月1日入所とします。
- (2) 実施園は、町立煙山保育園とします。
- (3) 保育を行う日及び時間は、原則、平日の1日8時間（午前8時30分から午後4時30分）とします。

### 5 医療的ケア児等コーディネーターの役割

医療的ケア児やその家族が日常生活を営むために、適切な支援に結び付けられるよう、専門的な関係機関との連携強化に努め、保健、医療、福祉、子育て、教育等の必要なサービスや制度等を総合的に調整し、地域生活支援の向上を図ります。

## 第2 医療的ケア児の入所までの手続き

### 1 入所の相談

- (1) 本ガイドラインに基づいて、入所の手続きや保育環境、医療的ケアの実施内容等について説明を行います。
- (2) 保育が必要な家庭の状況や医療的ケア児の様子、生活状況、医療的ケアの内容及び保育所等以外の施設の利用希望等の聞き取りを行います。
- (3) 医療的ケアの申込みに必要な書類の説明を行います。特に、主治医意見書の作成に必要な留意点を案内します。

### 2 入所の申込み

- (1) 保育所等入所申込時に、支給認定申請書（兼入所申込書）と必要な添付書類とともに「医療的ケア実施申込書（様式第1号）」、「主治医意見書（様式第2号）」及び「医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書（様式第3号）」を提出していただきます。なお、意見書の作成に要する費用は、保護者等の負担となります。
- (2) 実施園において、保護者及び医療的ケア児との面談を行い、医療的ケアの状況を確認します。

### 3 検討会議からの意見聴取

集団保育が適切であるか及び医療的ケアの実施における安全管理等について、検討会議に意見を求めます。

検討会議のメンバー

主治医、実施園の嘱託医、実施園の園長、実施園の担当看護師、子ども課長、子ども課担当係長、医療的ケア児等コーディネーター等

### 4 入所の利用調整

- (1) 「矢巾町子どものための教育・保育給付認定等事務要綱（平成28年矢巾町告示第4号）」に基づき利用調整を行います。
- (2) 入所が可能な場合には、特定教育・保育給付利用調整結果通知書（利用可）を通知します。
- (3) 入所が難しい場合には、特定教育・保育給付利用調整結果通知書（利用不可）を通知し、検討会議等と連携し、他支援のサービスを検討します。

### 5 医療的ケアの実施に係る確認

- (1) 保護者は、主治医に「医療的ケア指示書（様式第4号）」の作成を依頼し、実施園に提出します。なお、指示書の作成に要する費用は、保護者等の負担となります。
- (2) 実施園は、保護者、医療的ケア児等コーディネーター、主治医及び嘱託医と面談を行い、安全に保育できることを確認し、町は保護者に「医療的ケア実施通知書（様式第5号）」を送付します。

(3) 実施園は、医療的ケア児等コーディネーターのサポートを受け「医療的ケア実施計画書」及び「実施マニュアル」を作成し、保護者に説明します。

(4) 保護者は、実施園が作成した「医療的ケア実施計画書」及び「実施マニュアル」を主治医に確認してもらい、主治医は必要に応じて実施園に助言を行います。

## 6 医療機関への受診と連携

(1) 入所後の緊急時には、原則、主治医が属する医療機関に搬送します。なお、主治医が遠方の場合は、事前に岩手医科大学附属病院を受診していただくことで、円滑な受け入れが可能になりますのでご相談ください。

(2) 実施園は、緊急時の対応について、事前に主治医及び保護者と確認します。

## 7 入所前健康診断の実施

実施園の嘱託医は、必要があれば医療的ケア児の入所前健康診断を実施します。なお、健康診断に要する費用は、保護者等の負担となります。

## 8 医療的ケアに必要な物品等の提供

保護者は、保育中の医療的ケアに必要な物品等を実施園に提供します。なお、使用後の物品等については、家庭に持ち帰っていただきます。また、医療機器の管理及び点検についても、保護者に行っていただきます。

### 第3 医療的ケア児の入所後の継続等について

#### 1 医療的ケアの継続審査

- (1) 年度単位で実施する医療的ケアの継続について、医療的ケア児の健康状態等を勘案し、検討会議に意見を求めます。
- (2) 検討会議の意見を参考に、引き続き、同一の医療的ケアが可能であると認められた場合に、町は継続して保育を実施します。

#### 2 入所後における医療的ケアの内容変更

- (1) 入所後の年度単位での継続審査前において、医療的ケアの内容に変更があった場合は、保護者は改めて「医療的ケア実施申込書（様式第1号）」、「主治医意見書（様式第2号）」及び「医療的ケア指示書（様式第4号）」を提出します。
- (2) 提出書類をもとに集団保育の継続について、検討会議に意見を求めます。
- (3) 町が規定する医療的ケアの内容で医療的ケアが実施される場合は、継続して保育を実施します。なお、町が規定する医療的ケアの内容以外の医療的ケアが必要になった場合は、継続して保育が可能か検討し、可能な限り対応いたしますが、状況によっては退園となる場合があります。
- (4) 医療的ケアが終了する場合は、保護者は「医療的ケア終了届（様式第6号）」を町に提出します。なお、医療的ケアの終了後も継続して保育を希望する場合は、検討会議に報告の上、児童の健康状態等を確認し、通常の保育に変更します。

## 第4 実施園での対応について

### 1 医療的ケア児への対応

- (1) 児童の障がい及び疾病の状況、医療的ケアの実施状況、生活状況を把握します。
- (2) 医療的ケアを安全に実施し、快適で健康に過ごせるように保育の環境の整備を行います。
- (3) 児童の発達状況を把握し、発達過程と個人差に配慮して集団保育を行います。
- (4) 児童に適切な生活課題や遊びを提供します。
- (5) 登降園時の保護者との引継ぎや定期的な面談等により、保護者の気持ちを受け止め、支えるように努め、また、必要があれば相談機関等と連携します。

### 2 医療的ケアの実施者

保育中の医療的ケアは基本的に看護師が行い、保育士等と2人体制とします。なお、医療的ケアを主に行うための看護師は、在園児の健康管理を行っている看護師とは別に配置します。また、必要に応じて、医療的ケアの実施について医療的ケア児等コーディネーターがサポートします。

### 3 医療的ケアの安全実施体制

#### (1) 医療的ケア実施に関する情報共有

実施園は、「主治医意見書（様式第2号）」及び「医療的ケア指示書（様式第4号）」の内容を確認し、主治医の助言を受け、医療的ケアを実施します。医療的ケアに関する情報は、園長、副園長、保育士、看護師等の職員間で共有します。また、医療的ケアの実施に当たっては、施設管理者（町長）は、医療的ケアの安全実施をマネジメントする体制を構築します。

#### (2) 実施園の役割

- (ア) 医療的ケア児が園内で安全に医療的ケアを受けながら、集団保育の中で快適に過ごせるように、園長、副園長、保育士、看護師等の職員及び嘱託医が連携・協働してサポートします。
- (イ) 園長は、医療的ケア児の保育及び医療的ケアの安全実施のマネジメント、職員の育成等を行います。
- (ウ) 副園長は、園長をサポートし、園長が不在の場合には、園長の役割を果たします。
- (エ) 保育士は、看護師及び保護者と連携して医療的ケア児の健康状態を把握し、園での生活状況を保護者に報告します。また、集団保育の中での看護師による医療的ケアの実施に関してサポートします。
- (オ) 看護師は、保育士及び保護者と連携して医療的ケア児の健康状態を把握します。また、主治医の指示書に基づき「医療的ケア実施計画書」、「実施マニュアル」等を作成し、保護者の理解と同意のもと、保育士と相互に協力して安全に医療的ケアを実施します。加えて、医療的ケアの実施状況と健康状態について保護者に報告します。
- (カ) 嘱託医は、医療的ケア児の状況を十分踏まえ、健康診断や医療的ケアの内容について把握します。また、必要に応じて、医療的ケアの実施計画及びケアの実技について、職員に対する助言や指導を行います。



### (3) 衛生管理

(ア) 医療的ケアの実施場所については、感染防止が保てるように環境の整備を行います。

(イ) 医療的ケア児が使用する医療的ケアの物品、備品等については、保護者と確認を行い、登園時については実施園において衛生的に管理、保管します。

### (4) 文書管理

医療的ケアの実施に関する「医療的ケア実施計画書」、「実施マニュアル」、「医療的ケア実施報告書」等の書類は、実施園において必要期間保管します。

## 4 緊急時の対応

(1) 実施園は、医療的ケア児の健康管理と事故防止のため、主治医及び嘱託医の協力により保育を実施します。

(2) 緊急時の対応は、実施園で定めている事故発生時の対応に沿って行います。

(3) 実施園は、緊急時の対応について、事前に保護者に説明し同意を得ます。

(4) 体調の急変等の緊急時は、発見者等から連絡を受けた園長の指示のもと、医療的ケア児の状況を主治医及び保護者に連絡し、救急車等により原則、主治医の属する病院に搬送します。ただし、主治医の属する病院が遠方の場合、事前に岩手医科大学附属病院を受診していただくことで、円滑な受入れが可能になりますのでご相談ください。

(5) 実施園は、医療的ケア児の体調が悪化した等の理由により、保育の継続が困難と判断した場合、保護者に連絡し、利用時間の途中であっても迎えを依頼します。

## 5 職員の研修

医療的ケア児の発達過程や疾病の状況等を踏まえ、安全かつ適切な医療的ケアを提供するために、職員が必要な知識と技術を身につけられるよう、喀痰吸引等の研修の機会を確保します。

## 第5 保護者への説明事項

### 1 保育の利用日と保育時間

保育の利用日及び利用時間は、原則、土日、祝日を除く平日の午前8時30分から午後4時30分とします（実施園での行事の日を除く。）。

### 2 医療的ケアの実施

- (1) 保護者は、あらかじめ主治医に、保育時において必要な医療的ケアの内容及び緊急時の対応等を記載した「主治医意見書（様式第2号）」及び「医療的ケア指示書（様式第4号）」の作成を依頼し、町に提出する必要があります。なお、意見書及び指示書の作成に要する費用は、保護者等の負担となります。また、実施園は主治医の緊急時対応等に関しての指導や助言が必要な場合に、実施園の看護師等が保護者に同行し、主治医と相談することがあります。
- (2) 実施園では、関係法令及び主治医の指示書等に基づいて、医療的ケア及び緊急時の対応を行います。

### 3 ならし保育

医療的ケア児が新しい環境に慣れるとともに、医療的ケアを安全に実施するために、初日から一定期間、保護者の付き添いのもと登園し、保護者は保育に参加していただきます。また、期間及び保育時間については、医療的ケア児の様子や状態によって、期間の延長又は短縮、保育時間の短縮となる場合があります。

### 4 保育の利用中止等

- (1) やむを得ない事情により医療的ケアを行う看護師等が勤務できない場合は、保育の利用ができないことがあります。
- (2) 登園前に必ず健康観察をお願いします。また、顔色、動作、食欲、体温等がいつもと違い又は体調が悪い時には、保育を利用できないことがあります。
- (3) 発熱、下痢、嘔吐、けいれん等の体調不良の場合や熱がなくても感染症の疑いがある場合は、保護者等に連絡するため、必ず連絡が取れるようにしてください。また、体調不良により、実施園が保育の継続が困難であると判断した場合は、利用時間の途中であっても保育の利用を中止し、保護者等にお迎えを依頼します。
- (4) 集団保育の場では、感染症にかかるリスクが高くなる可能性があるため、園内で感染症が一定数以上発症した場合、実施園からの情報により、保護者等は保育を利用するか判断していただきます。また、実施園の判断で保育の利用を控えてもらう場合もあります。
- (5) 実施園が必要と認める場合には、主治医等の診察を受けていただきます。なお、その費用は保護者等の負担となります。

### 5 緊急時及び災害時の対応等

- (1) 保育中、医療的ケア児の症状に急変が生じ、緊急事態と実施園が判断した場合やその他必要な場合には、保護者等へ必ず連絡します。なお、連絡がつかず、急を要する場合は、

原則、主治医の属する医療機関に救急搬送し、主治医等による診察又は治療が行われることがあります。主治医の属する医療機関が遠方の場合は、事前に岩手医科大学附属病院を受診していただくことで、円滑な受入れが可能になりますのでご相談ください。また、その治療等により生じた費用は、保護者等の負担となります。

- (2) 栄養チューブ及び気管カニューレの交換は、保護者の責任のもと、自宅や医療機関を受診した際に行ってください。栄養チューブ及び気管カニューレが抜けた場合については、保護者及び主治医と事前に協議し、「医療的ケア実施計画書」に記載したとおり対応します。なお、呼吸管理について急を要するときは、実施園の看護師が気管カニューレを再挿入する場合があります。
- (3) てんかん等の既往又は疑いがある場合については、けいれん止めの薬剤は保護者が用意してください。なお、薬剤の消費期限等の管理及び保管方法は、保護者の責任のもとで行っていただきます。
- (4) 災害時の対策として、非常食や医薬品、医療材料の備蓄、医療機器のバッテリー等の確保に関して、実施園及び主治医と確認をお願いします。

## 6 退園等

- (1) 医療的ケア児の状態の変化等により、町で規定する医療的ケアの内容以外の医療的ケアが必要となった場合で、実施園において対応できないときは、原則、退園となります。
- (2) 実施園の人員、施設又は設備の状況により、入所ができなくなる場合があります。
- (3) 保育の利用は、恒常的に保育が必要な場合であるため、最長3か月程度の期間において、1日も登園しない場合は、原則、退園となります。

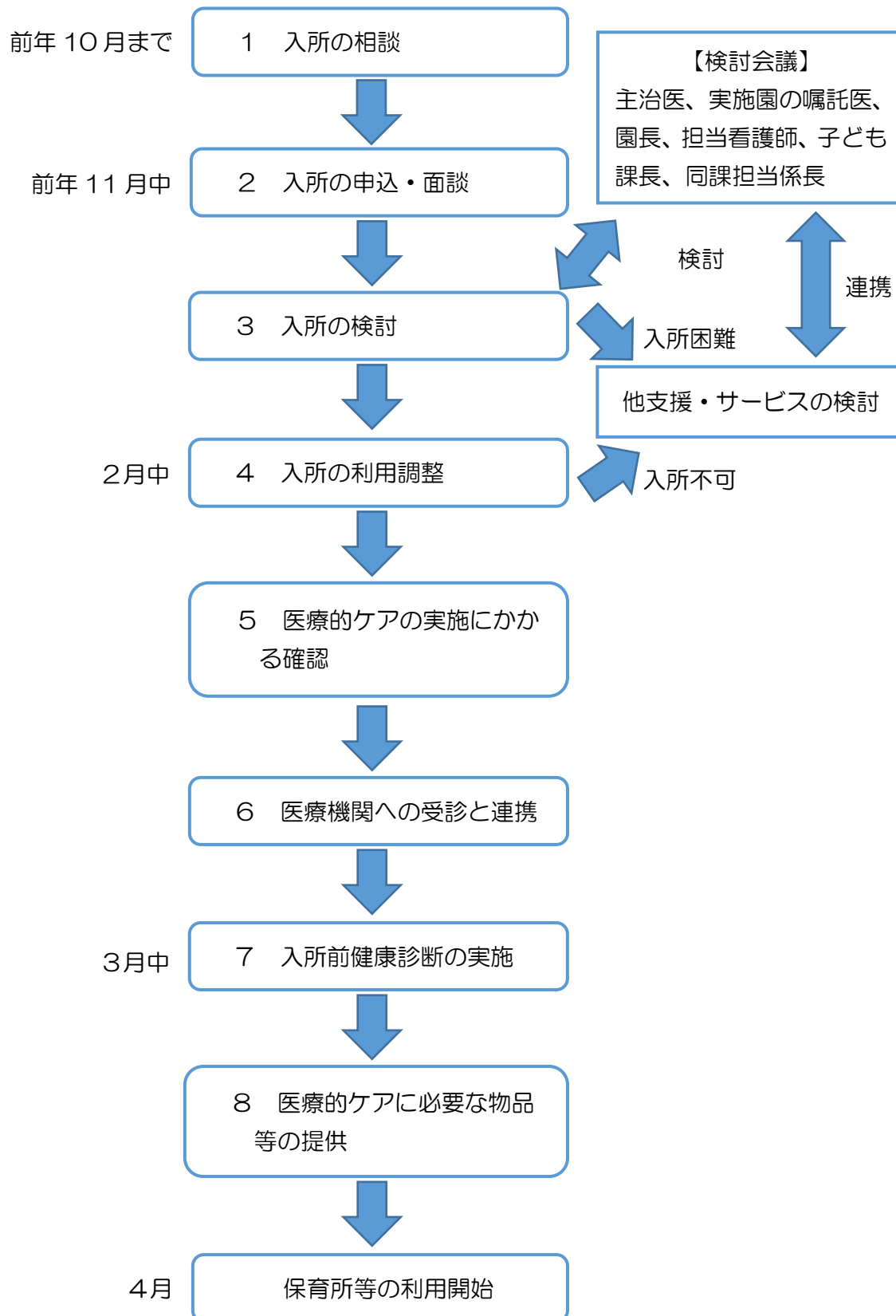
## 7 情報の共有

- (1) 医療的ケア児に対して、安全・安心な保育を提供するために、保護者から提出された申請内容等について、検討会議等で情報共有します。
- (2) 緊急時の対応のため、町に提出された主治医からの「主治医意見書（様式第2号）」及び「医療的ケア指示書（様式第4号）」の内容を囑託医と情報共有します。また、緊急時の搬送を想定し、必要に応じて医療機関及び盛岡地区広域消防組合に同様の内容を情報共有します。
- (3) 医療的ケア児の保育の状況等について、集団保育を実施する上で必要なことは、他の医療的ケア児の保護者との間で共有する場合があります。

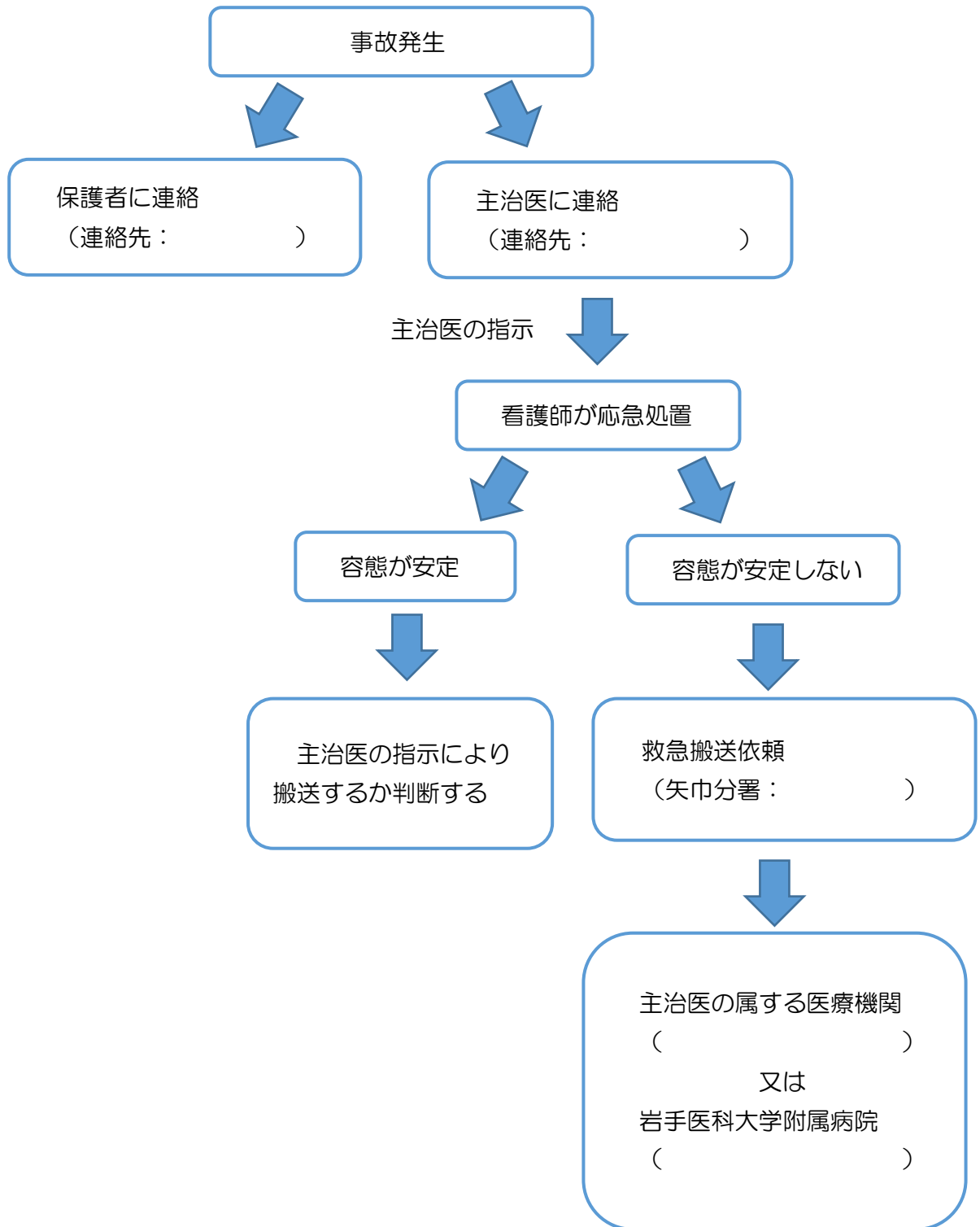
## 8 その他

「第5 保護者への説明事項」のほか、町及び実施園との間で取り決めた事項を遵守していただきます。

別紙1 医療的ケア児の入所までの手続き（4月入所の場合）



対象児童名 \_\_\_\_\_



医療的ケア実施申込書

1 医療的ケアの実施を申込みする児童

申込み児童名		男・女	生年 月日	年 月 日 歳
現住所				
第1緊急 連絡先		第2緊急 連絡先		
予防注射接種 状況（母子手 帳添付可）				
現在利用して いるサービス	事業所名 <input type="checkbox"/>		利用回数（週） <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

2 保育所等で必要となる医療的ケアの内容及び方法

医療的ケアの内容 あてはまるものを○で囲ってください。	医療的ケアの方法
経管栄養 経鼻・胃ろう	
喀痰吸引 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部	
導尿	
酸素吸入	
その他	

3 主治医意見書（様式第2号）

矢巾町長 様

上記の医療的ケアについて、保育所等での実施を申し込みます。

\_\_\_\_\_年 月 日

保護者署名 \_\_\_\_\_

様式第2号

主治医意見書

氏名	男・女（ 年 月 日生） 歳 か月
住所	
診断名	
主症状	
既往歴	
現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考になること	身長（ cm） 体重（ kg）
今後の方針	
服薬状況 （処方箋添付）	
アレルギー	
けいれんの既往	
医療的ケアの項目	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引（口腔・鼻腔） 吸引カテーテル Fr cm <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 Fr cm（水分 栄養剤 ） <input type="checkbox"/> 胃ろう Fr cm（水分 栄養剤 ） <input type="checkbox"/> 導尿 （ ）時間毎 カテーテルの種類（ ）サイズ（ ）Fr <input type="checkbox"/> その他（ ）
予想される緊急時の状況及び対応	注意が必要な状態と対応（緊急搬送の目安等）

保育施設生活上の注意・配慮事項	施設外保育 <input type="checkbox"/> 可（注意事項 _____） <input type="checkbox"/> 不可	
	プール遊び <input type="checkbox"/> 可（注意事項 _____） <input type="checkbox"/> 不可	
日常生活の配慮	その他	
	項目	内容
	食事	
	排泄	
移動		
集団保育の中での生活	<input type="checkbox"/> 望ましい（理由： _____）	
	<input type="checkbox"/> 望ましくない（理由： _____）	
その他		
<p>記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医療機関住所 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>医師署名 _____</p>		



「医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書」

①	「第5 保護者への説明事項」の内容を理解し、全て了承します。
②	止むを得ない事情により医療的ケアを行う看護師等が勤務できない場合には、保護者等が付き添います。また、保育中の医療的ケア実施の体制が取れない場合は、保育の利用ができないことがあることを了承します。
③	園内で感染症が一定数以上発症した場合の登園の判断は、保護者等の責任で行います。また、実施園の判断で登園を控えてもらう場合があることを了承します。
④	実施園が必要と認める場合、保護者等の費用負担で主治医等を受診することを了承します。
⑤	児童の症状に急変が生じ、緊急事態と実施園が判断した場合やその他必要な場合には、保護者等へ連絡する前に児童を医療機関に搬送し、受診又は治療が行われることがあります。なお、それに伴い生じた費用は保護者等の負担になることを了承します。
⑥	栄養チューブの交換は、保護者等が、自己の責任の下、自宅や受診時に行います。
⑦	災害時対策として、1日分の薬と食事（栄養剤）を登園時に持参します。
⑧	児童の病態の変化等により、町が規定する医療的ケアの内容以外の医療的ケアが必要になった場合は、原則として退園となることを了承します。
⑨	保育所等の人員、施設又は設備の状況により、当該実施園への入所ができなくなる場合があることを了承します。
⑩	主治医からの主治医意見書、医療的ケア指示書の内容を必要に応じて医療機関及び盛岡地区広域消防組合に情報提供することを了承します。
⑪	医療的ケアが必要な児童の状況について、集団保育を実施する上で必要な範囲で、他の児童の保護者との間で共有する場合があることを了承します。
⑫	①から⑪のほか、保育園との間で取り決めた事項を順守します。

矢巾町長 様

確認事項について、全て同意の上で申し込みます。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

保護者署名 \_\_\_\_\_

医療的ケア指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。

指示機関： 年 月 日 ~ 年 月 日 (1年以内)

対象児童氏名			生年月日	年	月	日	歳
主たる疾患名							
アレルギー							
禁忌薬							
※該当の指示内容に☑ (チェック)・数値等を記入してください。							
実施行為の種類	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻胃管) <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養						
具体的指示内容	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 鼻、口からの吸引 吸引カテーテルのサイズ ( ) Fr. 吸引圧 ( ) kPa 程度まで 鼻からの挿入の長さ ( ) cm    口からの挿入の長さ ( ) cm 注意点など [ ] ※持続吸引について 吸引カテーテルのサイズ ( ) Fr. 吸引圧 ( ) kPa 部位 ( <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 口 ) 挿入の長さ ( ) cm 注意点など [ ] <input type="checkbox"/> 気管カニューレからの吸引 (または気管内吸引) 吸引カテーテルのサイズ ( ) Fr. カニューレ入口からの挿入の長さ ( ) cm 吸引圧 カニューレ内 ( ) kPa 程度まで 注意点など [ ] <input type="checkbox"/> 経鼻エアウェイからの吸引 吸引カテーテルのサイズ ( ) Fr. 吸引圧 ( ) kPa 程度まで エアウェイからの吸引カテーテル挿入長さ ( ) cm 注意点など [ ]					
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	種類 <input type="checkbox"/> 鼻腔留置チューブ サイズ ( ) Fr. 挿入長さ ( ) cm <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 栄養剤注入 実施時間 ( : ) ( : ) 内容 ( ) 1回量 ( ) ml 注入時間 ( ) 分程度 <input type="checkbox"/> 胃残量が ( ) ml 未満のときは そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が ( ) ml 以上 ( ) ml 未満の時 ( ) <input type="checkbox"/> 胃残量が ( ) ml 以上のとき ( ) <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある (褐色・黄色・緑色) 場合は ( ) <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 ( ) <input type="checkbox"/> 水分注入 実施時間 ( : ) ( : ) 内容 ( ) 1回量 ( ) ml 注入時間 ( ) 分程度					

		<input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml未満のときは そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml以上（ ）ml未満の時（ ） <input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml以上のとき（ ） <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合は（ ） <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 （ ） <input type="checkbox"/> 薬剤注入 実施時間（ ： ） 注意点など〔 〕 <input type="checkbox"/> 胃からの脱気 脱気のタイミング <input type="checkbox"/> 注入前 <input type="checkbox"/> 注入中 <input type="checkbox"/> 注入後 <input type="checkbox"/> その他（ ： ）（ ： ）	
実施行為の種類		<input type="checkbox"/> 気管切開部の衛生管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう部の衛生管理 <input type="checkbox"/> 経鼻エアウェイの管理 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 薬液吸入 <input type="checkbox"/> 日常的酸素管理 <input type="checkbox"/> 呼吸補助装置の管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の作動状況の確認及び緊急時の連絡等 <input type="checkbox"/> 血糖値測定とその後の処理	
具体的指示内容	衛生管理 <input type="checkbox"/> 気管切開部の	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 咽頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 肉芽について <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> カニューレの種類（ ）内径（ ）mm 入口から先端までの長さ（ ）cm カニューレ抜去時や、気管切開部・気管内出血への対応など 〔 〕	
	部の衛生管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう	①ボタン・チューブの種類（ ）サイズ（ ）Fr.（ ）cm 挿入 バルンの水の量（ ）ml Yガーゼ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ②ボタン・チューブの種類（ ）サイズ（ ）Fr.（ ）cm 挿入 バルンの水の量（ ）ml Yガーゼ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 チューブ抜去時の対応など〔 〕	
	<input type="checkbox"/> 経鼻エアウェイ	<input type="checkbox"/> 挿入・抜去	挿入長さ（ ）cm エアウェイの種類（ ） 内径（ ）mm 注意点など〔 〕
		<input type="checkbox"/> 管理	注意点など〔 〕
	<input type="checkbox"/> 導尿	実施時間（ ： ）（ ： ）（ ： ） カテーテルの種類（ ）サイズ（ ）Fr. 尿道に挿入する長さ（ ）cm 用手圧迫（ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可） その場合の圧迫の強さの程度 <input type="checkbox"/> 強 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 弱 注意点など〔 〕	
薬液吸入 <input type="checkbox"/> 定時の	実施時間（ ： ）（ ： ） 吸入薬内容/量（ ）を（ ）ml（ ）を（ ）ml 注意点など〔 〕		

管理	<input type="checkbox"/> 日常的酸素	経路 <input type="checkbox"/> 気管切開部 <input type="checkbox"/> 鼻カヌラ <input type="checkbox"/> マスク 酸素流量 ( ) L/分 SPO2 ( ) %以下の場合 ( ) L/分 SPO2 ( ) %以下の場合 ( ) L/分 注意点など [ ]		
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器の作動状況の確認及び緊急時の連絡等	<input type="checkbox"/> 呼吸補助装置の管理	自発呼吸 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 普段の装着時間 <input type="checkbox"/> 24 時間 <input type="checkbox"/> 定時 ( : ) ~ ( : )	
		使用機種		呼気圧 cmH2O
		換気様式	<input type="checkbox"/> 従量式 <input type="checkbox"/> 従圧式	PEEP cmH2O
		呼吸モード	<input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> IMV <input type="checkbox"/> SIMV <input type="checkbox"/> ASSIST <input type="checkbox"/> BiPAP ( <input type="checkbox"/> S モード <input type="checkbox"/> S/T モード <input type="checkbox"/> T モード) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		トリガー感度	cmH2O ・ ( )	最高気道内圧 cmH2O
		O2 流量 ・ FiO2	L/分 %	最低気道内圧 cmH2O
		吸気流量	L/分	最大分時換気量 L/分
		吸気時間	秒	最小分時換気量 L/分
		吸気呼気比	:	吸気圧低下アラーム cmH2O
		呼吸回数	回/分	酸素併用 <input type="checkbox"/> 有 ( L/分) <input type="checkbox"/> 無
		吸気圧	cmH2O hPa	加温・加湿器 <input type="checkbox"/> 有 ( °C) ( ダイアル) <input type="checkbox"/> 無
		1 回換気量	ml	オート機能 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		本人の状態及び呼吸器の作動状況についての注意点、起こりやすいトラブルと対処方法 [ ]		
測定等	<input type="checkbox"/> 血糖値	測定時間 ( : ) ( : ) 対処方法 詳細は別添にて指示		
<input type="checkbox"/> 別紙あり				

矢巾町長 様

\_\_\_\_\_ 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_

年 月 日

保護者氏名 様  
矢巾町長

医療的ケア実施通知書

申込みのありました医療的ケアについて、下記のとおり実施します。

実施にあたり、下記の留意事項等をご確認いただき、実施園で安全で楽しい生活がおくれますようご協力をお願いいたします。

記

1 児童名 \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日生  
性別 男・女 年齢 歳

2 実施園名 \_\_\_\_\_

3 実施する医療的ケアの内容

医療的ケアの項目	実施する内容

4 医療的ケア開始日 年 月 日

5 緊急時の対応

(1) 緊急事態発生時は、主治医の指示内容の下に、連携する病院に連絡を行い、必要な措置を講じます。同時に保護者等に連絡します。

(2) 保護者は、常に連絡が取れる体制を整え対応をお願いいたします。

6 留意事項

(1) 定期的に主治医の診察を受け、結果や指示を実施園にご連絡ください。

(2) 町の要請に応じて、主治医の意見書、指示書をご提出ください。

(3) 登園時、児童の健康状態について担任、看護師等に連絡し、当日の医療的ケアの内容について確認し合ってください。

(4) 医療的ケアの実施に必要な用具、医療機器等の点検及び消耗品の補充をお願いします。

(5) 使用後の物品については、ご家庭に持ち帰り処分をお願いします。

(6) 実施園が必要と判断する場合は、看護師とともに医療的ケアの実施をお願いします。

(7) 災害時に備え、内服薬等は必要数を毎日ご持参ください。

様式第6号

医療的ケア終了届

このことについて、実施園での医療的ケアが必要なくなりましたので、届け出ます。

1 対象児童

施設名			
児童氏名		生年月日	年 月 日 歳
現住所			
電話番号 (携帯電話)			

2 主治医意見書 (様式第2号)

矢巾町長 様

\_\_\_\_\_年 月 日

保護者署名 \_\_\_\_\_

矢巾町保育所等における医療的ケア実施ガイドライン

発行日 令和4年3月

発行 矢巾町教育委員会事務局子ども課

〒028-3615

岩手県紫波郡矢巾町大字南矢幅 14-78

矢巾町保健福祉交流センター（さわやかハウス）内

電話 019-611-2772（ダイヤルイン）

F A X 019-611-2779