

別記

第1号様式

様 ご担当医御侍史

大田区こども未来部  
保育サービス課長

平素から、大田区立保育園の運営にご協力とご配慮をいただき厚く御礼申し上げます。

児童福祉法の一部改正に伴い新設された児童福祉法第56条の6第2項、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）の規定により、大田区立保育園において医療的ケアを実施していきます。つきましては、                    年度受け入れ基準は、以下のように取り決めますので、ご理解のほどよろしくお願い申し上げます。

- (1) 疾患があるものの入院して治療する必要がなく、容態が安定していること。
- (2) 医療的ケアが日常生活の一部として定着している児童又は今後定着する見込みのある児童であって、その行為によって状態の変化が起こりにくいことと主治医が判断していること。
- (3) 以下①～③に該当する場合は、意見書にて児童が集団保育を行うことが望ましい旨をご記載いただいても、保育を不可としております。また、入所後、以下の状態となったときも、保育の継続ができず、休園または退園となります。
  - ① 日常的に他児から隔離した場で保育を必要とする場合
  - ② 看護師が連続的な容態の観察や処置が必要である場合  
(概ね1時間以内に1回以上の観察や処置が必要な場合)
  - ③ 状態の変化などによって、集団生活に著しく影響があると主治医あるいは大田区医療的ケアを必要とする児童の保育の実施等審査会（以下、「審査会」という。）が判定した場合
- (4) ケアの実施は以下のとおりとします。
  - ① 痰吸引      ② 吸入（ネブライザー）：痰吸引を要する児のみ、吸入の指示を受け入れる
  - ③ 経管栄養    ④ 導尿      ⑤ 酸素管理      ⑥ 血糖値測定及び薬剤投与
  - ⑦ 医療的ケア児に必要な内服薬・外用薬・座薬の投与  
ア 指示のある定時の投与  
イ 頓服に関しては、主治医の指示により預かりを決定する
  - ⑧ その他区長が実施を認めたケア
- (5) 以下のケアについては実施することができません。
  - ① 緊急時以外の気管切開部の管理
  - ② 経管栄養注入ごとのチューブ挿入及び抜管時の再挿入。また、チューブ挿入が確認できない際のチューブの入れ替え。
  - ③ バイタルサインの継続的な管理（モニター管理を含む。）
  - ④ 酸素管理中の酸素流量の調整
  - ⑤ その他、審査会で実施できないと判定したケア
- (6) 実施に当たっては、法に基づく所定の研修を終了した看護師がケアを行います。

医療的ケア意見書・医療的ケア指示書に関する留意点

- (1) 医療的ケア指示書に関しましてはできるだけ詳しくご記入ください。
- (2) 医療的ケア意見書・医療的ケア指示書を基に、必要に応じてご担当医様と面接させていただき、直接お話を伺うことがあります。
- (3) 本児の医療的ケアの実施にあたり、必要な指導、相談に応じていただけますようお願いいたします。



医療的ケア指示書

(ふりがな) 児童名	男・女 生年月日 年 月 日		
診断名			
現病歴及び現在の 治療の状況			
与薬の状況			
受診の状況	_____ 科 ( _____ 回/月) _____ 科 ( _____ 回/月) _____ 科 ( _____ 回/月)	訓練の 状況	機関名 _____ 状況 _____
実施する項目	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 酸素管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 血糖値測定および薬剤投与 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
◆具体的な指示内容 (該当項目欄にチェック又は詳細をご記入ください。)			
喀痰吸引 (気管切開部の 管理含む)	<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 以下 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 [ _____ ]  <input type="checkbox"/> 気管カニューレからの吸引    吸引カテーテルのサイズ ( _____ ) Fr. 吸引圧 ( _____ ) kPa 以下    カニューレ入口からの挿入の長さ ( _____ ) cm 注意点など [ _____ ]  <input type="checkbox"/> 経鼻エアウエーからの吸引    吸引カテーテルのサイズ ( _____ ) Fr. 吸引圧 ( _____ ) kPa 以下    エアウエーからの挿入の長さ ( _____ ) cm 注意点など [ _____ ]  気管切開の術式 <input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) 肉芽について <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 検査 ( _____ か月毎) ・ 不定期 (最終検査 年 月) カニューレの種類 ( _____ )    内径 ( _____ ) cm 入口から先端までの長さ ( _____ ) cm 腕頭動脈との位置関係    危険度 <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い    最終検査 ( 年 月) カニューレ抜管時や気管切開部・気管内出血への対応 [ _____ ]		
吸入	吸入時間 ( _____ : _____ ) ( _____ : _____ ) 吸入薬液内容/量 ( _____ / _____ ml) ( _____ / _____ ml) 注意点など [ _____ ]		
酸素管理	酸素流量 ( _____ ) L/分    酸素の使用時間 <input type="checkbox"/> 一日を通して <input type="checkbox"/> 睡眠時のみ 注意点など [ _____ ]		

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">経管栄養</p>	<p>種類 <input type="checkbox"/> 鼻腔留置チューブ サイズ ( ) Fr. 挿入の長さ ( ) cm  <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻  チューブの種類 ( ) サイズ ( ) Fr.  挿入の長さ ( ) cm バルンの水の量 ( ) ml</p> <p>抜去時の対応・注意点など [ ]</p> <p>栄養剤等注入  栄養剤等の種類 ( ) 実施時間 ( : ) ( : )  1回注入量 ( ml) 注入時間 ( 分～ 分)  胃残量による指示 ( ml 以上 ml 未満) の時に  →<input type="checkbox"/> 予定量を注入 <input type="checkbox"/> ( )  胃残の色が (<input type="checkbox"/> 褐色 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 緑色) の時は、 ( )  その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 [ ]</p> <p>水分注入  水分の種類 ( ) 実施時間 ( : ) ( : )  1回注入量 ( ml) 注入時間 ( 分～ 分)  胃残量による指示 ( ml 以上 ml 未満) の時に  →<input type="checkbox"/> 予定量を注入 <input type="checkbox"/> ( )  胃残の色が (<input type="checkbox"/> 褐色 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 緑色) の時は ( )  その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 [ ]</p> <p>薬剤注入  実施時間 ( : ) 注意点など ( )  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 ( )  注意点など [ ]</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">導尿</p>	<p>実施時間 ( : ) ( : ) ( : ) ( : )  カテーテルの種類 ( ) サイズ ( ) Fr. 挿入の長さ ( ) cm  用手圧迫 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 注意点など [ ]</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">血糖値測定及び薬剤投与</p>	<p>&lt;血液感染症検査の結果&gt; 検査日: 年 月 日  HBs 抗原 ( ) HBs 抗体 ( ) HBe 抗原 ( ) ※HBs 抗原陽性の場合検査を実施する  HIV 抗体 ( ) HCV 抗体 ( )</p> <p>&lt;インスリン等 投与の方法&gt; <input type="checkbox"/> ペン型簡易注射器 <input type="checkbox"/> インスリンポンプ</p> <p>◆ 使用機器等  ・インスリンにかかわる機器名 ( )  ・血糖値測定器・穿刺器具 ( )</p> <p>◆ 薬剤名 (商品名) ベースインスリン:  ボーラスインスリン:  その他 (グルカゴン等) ( )</p> <p>&lt;保育園で行う「血糖値測定及びその後の処置」についての指示&gt;</p> <p>◆ 食事に関する指示  1 保育園での食事の提供  朝おやつ (0・1・2 歳児クラスのみ) <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> おかわりなし <input type="checkbox"/> その他 ( )  昼食 <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> おかわりなし <input type="checkbox"/> その他 ( )  午後おやつ <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> おかわりなし <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>

