**集団保育に係る意見書・医療的ケアに関する指示書**

様式3

・　この意見書・指示書は、保護者の同意のもと、千歳市指定保育所等の入園判定等の資料として、千歳市医療的ケア児支援検討チーム（千歳市こども福祉部、保健福祉部、教育委員会、市民病院のほか、利用する医療機関・事業所等の関係者等により構成され、医療的ケア児に対する地域での支援体制について具体的な検討を行う組織。以下「検討チーム」という。）で内容を共有します。

・　この意見書・指示書の内容について、検討チームの担当者から問い合わせをしたり、検討チームへの参加及び医療的ケア実施者への手技指導をお願いしたりすることがあります。

・　意見・指示について、欄内に記入できないときは、別紙に記入してください。

・　当該年度に意見書・指示書を提出している場合、変更のない項目の記載は省略可能です。

千歳市長 宛

児童氏名　　　　　　　　　　　　　　　（ 男 ・ 女 ）　　生年月日　　　　　年　　月　　日

病名・障がい名・状態像

①　症状、今後の見通しについて

②　本児が集団の中で保育を受けることについて

　　□ 望ましい（ 理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　□ 望ましくない（ 理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

本児が集団の中で保育を受ける上で必要な制限や配慮がある場合は、下記にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 健康状態 | 不要　・　必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食事 | 不要　・　必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 排泄 | 不要　・　必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 睡眠 | 不要　・　必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 運動 | 不要　・　必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 野外運動 | 不要　・　必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| プール・水遊び | 不要　・　必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 感覚異常 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 発語・言語理解の遅れ | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

③　医療的ケアに係る指示（期間　　　 年　　　 月　　　 日 ～　　　　 年　　　 月　　　 日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ケア内容及び留意事項 | | |
| □  吸引 | □口腔内：吸引チューブ（　　　　Fr）　　挿入長（　　　　㎝）　　吸引圧（ 　　　～　 kPa）  □鼻腔内：吸引チューブ（　　　　Fr）　　挿入長（　　　　㎝）　　吸引圧（ 　　　～　 kPa）  □気管カニューレ又は気管内：  吸引チューブ（ 　　Fr）　挿入長（ 　　　㎝）　吸引圧（　　　　～　　　　kPa） | | |
| ※留意点 | | |
| <気切カニューレ>  □単純気管切開 □喉頭気管分離  □人工鼻　 □スピーチカニューレ  ・種類（ 　　　　　　　　　　）  ・サイズ（　　　　Fr)・挿入長(　　　　㎝)  ・交換頻度(　1回/　　)  ・カフ圧確認　(　　　)時間ごと | ※抜去時の指示 | |
| □  吸入 | 1. 時　　　分　 内容・量(　　　　ml) 2. 時　　　分　 内容・量(　　　　ml) 3. 時　　　分　 内容・量(　　　　ml) 4. 時　　　分　 内容・量(　　　　ml) 5. 時　　　分　 内容・量(　　　　ml) | ※留意点 | |
| □  経管栄養  など | □経鼻  ・種類（ 　　）・サイズ（ 　 Fr）・挿入長（ 　　 ㎝）  ・交換頻度(　1回 /　　　　)  □胃ろう　　□腸ろう  ・種類（ 　　）・サイズ（ 　 Fr）・挿入長（ 　　 ㎝）  ・交換頻度(　1回 /　　　　)  ・固定水(　　　ml)　　・Yガーゼなど(　　)枚  □中心静脈栄養(TPN)  ・挿入部位(　　　　　　　　　)・種類(　　　　　　　　　)  ・メーカー(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  ・交換頻度(　1回 /　　　　)  □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | ※抜去時の指示 |
| ・注入時の姿勢  □ギャッジアップ(　　　　度)　□座位　□右側臥位　□その他(　　　　　　　　　)  □体位保持枕の使用あり   1. (種類:　　　　　部位:　　　　　　　　　個数:　　　個) 2. (種類:　　　　　部位:　　　　　　　　　個数:　　　個) 3. (種類:　　　　　部位:　　　　　　　　　個数:　　　個) 4. (種類:　　　　　部位:　　　　　　　　　個数:　　　個) | | |
| ・注入詳細   1. 時　　　分・内容(　　　　　　　　　　　　　　　)・量(　　　　　ml)・速度(　　　　　分) 2. 時　　　分・内容(　　　　　　　　　　　　　　　)・量(　　　　　ml)・速度(　　　　　分) 3. 時　　　分・内容(　　　　　　　　　　　　　　　)・量(　　　　　ml)・速度(　　　　　分) 4. 時　　　分・内容(　　　　　　　　　　　　　　　)・量(　　　　　ml)・速度(　　　　　分) 5. 時　　　分・内容(　　　　　　　　　　　　　　　)・量(　　　　　ml)・速度(　　　　　分) 6. 時　　　分・内容(　　　　　　　　　　　　　　　)・量(　　　　　ml)・速度(　　　　　分)   ※胃残(　　　ml)未満の時、全量注入  ※胃残(　　　ml~　　　ml)未満の時、差引注入  ※コアグラ混入時(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  ※注入中止(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| □  酸素管理 | ・酸素流量(　　　　　L/分)  □経鼻カニューレ　□マスク　□その他(　　　　　　　　)  ・安静時SpO2(　　　　　　)% | | ※留意点 |
| ※酸素流量増減の指示 | | |
| □人工呼吸器 | ・自発呼吸　□あり　□なし  ・装着時間　□24時間　□睡眠時のみ  □定時(　　　　時　　　分 ～　　　時　　　分)  □適宜(　　　　時　　　分 ～　　　時　　　分)  □種類(　　　　　　　　　　　　)・メーカー(　　　　　　　　) | | ※留意点 |
| 設定 | | |
| □  排泄 | □導尿(カテーテル種類:　　　　　　　サイズ:　　　　Fr)  ・実施時間 □定時（　　時　　分）（　　時　　分）（　　時　　分）  □その他（　　時　　分）（　　時　　分）（　　時　　分）（　　時　　分） | | ※留意点 |
| □摘便　□浣腸液(　 　ml)　□座薬(薬剤名:　　　　　　　　)  □内服薬（薬剤名:　　　　　　　　　　　）  ・実施時間　□定時（　　時　　分）（　　時　　分）  □その他（　　時　　分）（　　時　　分）（　　時　　分） | | ※留意点 |
| □てんかん | ・種類  □焦点発作てんかん　□全般焦点合併てんかん　　□全般てんかん　　□病型不明てんかん  □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  ・持続時間(　　　　　　　　)・頻度(　　　　　回／　　　　)　・トリガー(　　　　　　　　　　　　)  ・症状  □全身性　□部分性　□左右対称　□左右非対称(右・左)　□頚部　□体幹　□四肢(上肢・下肢)  □眼球上転　□眼球偏位　□四肢の屈曲　□四肢の進展　□顔面　□悪心・嘔吐　□意識障害  □脱力　　□ミオクローヌス　　□その他(　　　　　　　　) | | |
| ※発作時の指示  □ダイアップ使用(　　　㎎)　□その他(　　　　　　　　　　　　　　)  ※重責発作時の指示 | | |
| □  与薬 | □定時薬(薬情添付:あり・なし)  □頓服薬(薬情添付:あり・なし)  □外用薬(薬情添付:あり・なし) | | ※留意点 |
| □再与薬の指示　※内服後嘔吐時、座薬挿入後の排便時など | | |

※　期間について特に指定のない場合は、１年ごとに更新の指示をいただきます。

※　保育所等における医療的ケアは、看護師（准看護師含む）が行います。医療的ケアの内容が口腔内の喀痰吸引等の「特定行為」に限られる場合は、認定特定行為業務従事者である保育士が実施する場合があります。

・予想される緊急時の状態とその対応：

・緊急搬送が必要な状況の目安と搬送までの対応：

・緊急搬送先医療機関名：

住所：　　　　　　　　　　　　　　TEL：　　　　　　　　　　　担当医師名：

年　　月　　日

医療機関名

所在地

電話番号

　 　　　主治医名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （自署又は記名押印）