

2026 年 7 月 24 日

キャンプ中の薬の取扱いについての対応

芝浦アイランド児童高齢者交流プラザ
館長 中里 敦

日頃より芝浦アイランド児童高齢者交流プラザへのご理解、ご協力に感謝申し上げます。

キャンプ中の薬の取扱いに関しては、お預かりおよび投与指示や服用確認を含む服薬介助は行わず、参加者本人が薬の所持・管理することを原則としています。必ず飲まなければならない等の理由からお子さま自身での管理が難しく、服薬介助をご希望の場合は別途諸手続きをいただきます。(エピペン®については後述いたします。)

キャンプに薬を持参される場合は、以下の「A」もしくは「B」のどちらかの形でのご参加となりますので、内容をあらかじめご確認いただきますようお願い申し上げます。

【持参する薬について】

A ご自身で所持・管理・服用する場合

参加者本人が自己管理できるよう、ご家庭にて事前に確認や練習を行ってください。また、キャンプ集合時に《薬確認表》をご提出ください。なお、以下は医療行為とみなされるため、リーダー、スタッフ等キャンプとしての対応はできかねますのでご了承ください。

- ・薬の管理や確認、服用指示、服用確認
- ・皮膚への軟膏の塗布、湿布の貼付、点眼薬の点眼、鼻腔粘膜への薬剤噴霧

※《薬確認表》はあくまで現地にて病院に行く必要が生じた場合に服用している薬の情報を医師に提示するためのものであり、本人の薬の服用をリーダー、スタッフ等キャンプとして確認するものではありません。書類が必要な方はお申し出ください。

※水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を測定すること、および耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること、軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について専門的な判断や技術を必要としない処置をすることは医療行為とみなされないため、キャンプとして対応します。

B 服薬介助をご希望の場合

医師による服薬に関する《投薬指示書》、またその指示に基づいての服薬介助をキャンプに依頼する保護者の《投薬依頼書(同意書)》をご提出いただくことで、キャンプの服薬の介助をいたします。なお、医師による指示書に記載がない薬はお預かりできません。提出後に薬が追加になった場合は再度の提出をお願いいたします。書類が必要な方はお申し出ください。

〈参考〉

医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について(通知)
(厚生労働省医政局長から各都道府県知事への通知)

【エピペン®について】

アドレナリン自己注射(以下、エピペン)について、キャンプとしての保管およびアレルギー症状が出た際にリーダー、スタッフによる使用をご希望の場合は、《アドレナリン自己注射(エピペン®)取扱い同意書》をご提出いただきます。書類が必要な方はお申し出ください。なお、医師による服薬に関する指示書は不要となります。

以上

薬 確認表

▼持参する薬リスト

氏名	グループ名	記入者

持参する薬名	形状	薬の目的・服用方法・注意点	1回の服用数量	服用するタイミング ○（毎回） △（症状がでたら）					
				朝食	昼食	夕食	入浴後	就寝前	その他
① 例 アレロック	錠剤	目的：アレルギー症状を抑える	1回量	○		○			
		用法：経口投与	1錠						
②		目的：	1回量						
		用法：							
③		目的：	1回量						
		用法：							
④		目的：	1回量						
		用法：							
⑤		目的：	1回量						
		用法：							
⑥		目的：	1回量						
		用法：							
⑦		目的：	1回量						
		用法：							
⑧		目的：	1回量						
		用法：							

*薬の形状例・・・粉、錠剤、カプセル、吸入、シロップ、シール、点眼、点鼻、塗などわかりやすいようにお願いします。

- ◆ 薬管理・服用は、本人が行ないます。
- ◆ 毎日服用する薬が途中で服用がなくなる場合、服用の最終のタイミングを必ず記載してください。
- ◆ キャンプ当日の朝、忘れずにご持参ください。

投薬依頼書（同意書）

芝浦アイランド児童高齢者交流プラザ宛

高学年サマーキャンプ参加者名：

保護者署名：

私の子どもについて、医師と相談の結果、キャンプ参加中に投薬が必要となりました。投薬について下記の通り対応していただきますようよろしくお願いいたします。

記

※ご確認の上、ボックスにチェックをお願いいたします。

- ☐ プログラムリーダーまたはグループリーダーによる投薬介助を依頼します。
- ☐ 投薬が必要な薬について、キャンプでの保管を依頼します。
- ☐ 投薬をしたことにより、私の子どもに何か異常が生じても一切の責任は私が負うことを確約し、芝浦アイランド児童高齢者交流プラザおよびプログラムリーダーまたグループリーダーに対して賠償請求等はいたしません。

依頼日	年 月 日
薬名	
医療機関 (担当医師名)	
病名又は症状	
症状がでた際の 頓服薬の場合	処方する前に連絡は する ・ しない 「する」の場合、連絡がつかない場合の服用は させる ・ させない
保護者氏名	
保護者電話番号	

以上

与薬内容について、出来るだけ詳しく下記に記入をお願いいたします。

投薬指示書（医師記入）

高学年サマーキャンプ参加者名：

生年月日： 年 月 日

担当医名

薬名①	保管方法	形状	与薬期間
	常温・冷蔵・遮光 その他（ ）	散薬・水薬・錠剤 座薬・軟膏・注射 その他（ ）	年 月 日（ ） ～ 年 月 日（ ）
一回分の量	与薬時間		特記事項
（ ） 包・ml・錠 個・mg・回	一日（ ）回 朝食(前・後)・昼食(前・後) 夕食(前・後)・就寝前・その他 頓服の場合（ ）		
薬名②	保管方法	形状	与薬期間
	常温・冷蔵・遮光 その他（ ）	散薬・水薬・錠剤 座薬・軟膏・注射 その他（ ）	年 月 日（ ） ～ 年 月 日（ ）
一回分の量	与薬時間		特記事項
（ ） 包・ml・錠 個・mg・回	一日（ ）回 朝食(前・後)・昼食(前・後) 夕食(前・後)・就寝前・その他 頓服の場合（ ）		
薬名③	保管方法	形状	与薬期間
	常温・冷蔵・遮光 その他（ ）	散薬・水薬・錠剤 座薬・軟膏・注射 その他（ ）	年 月 日（ ） ～ 年 月 日（ ）
一回分の量	与薬時間		特記事項
（ ） 包・ml・錠 個・mg・回	一日（ ）回 朝食(前・後)・昼食(前・後) 夕食(前・後)・就寝前・その他 頓服の場合（ ）		

薬名④	保管方法	形状	与薬期間
	常温・冷蔵・遮光 その他（ ）	散薬・水薬・錠剤 座薬・軟膏・注射 その他（ ）	年 月 日（ ） ～ 年 月 日（ ）
一回分の量	与薬時間		特記事項
（ ） 包・ml・錠 個・mg・回	一日（ ）回 朝食(前・後)・昼食(前・後) 夕食(前・後)・就寝前・その他 頓服の場合（ ）		
薬名⑤	保管方法	形状	与薬期間
	常温・冷蔵・遮光 その他（ ）	散薬・水薬・錠剤 座薬・軟膏・注射 その他（ ）	年 月 日（ ） ～ 年 月 日（ ）
一回分の量	与薬時間		特記事項
（ ） 包・ml・錠 個・mg・回	一日（ ）回 朝食(前・後)・昼食(前・後) 夕食(前・後)・就寝前・その他 頓服の場合（ ）		
薬名⑥	保管方法	形状	与薬期間
	常温・冷蔵・遮光 その他（ ）	散薬・水薬・錠剤 座薬・軟膏・注射 その他（ ）	年 月 日（ ） ～ 年 月 日（ ）
一回分の量	与薬時間		特記事項
（ ） 包・ml・錠 個・mg・回	一日（ ）回 朝食(前・後)・昼食(前・後) 夕食(前・後)・就寝前・その他 頓服の場合（ ）		
薬名⑦	保管方法	形状	与薬期間
	常温・冷蔵・遮光 その他（ ）	散薬・水薬・錠剤 座薬・軟膏・注射 その他（ ）	年 月 日（ ） ～ 年 月 日（ ）
一回分の量	与薬時間		特記事項
（ ） 包・ml・錠 個・mg・回	一日（ ）回 朝食(前・後)・昼食(前・後) 夕食(前・後)・就寝前・その他 頓服の場合（ ）		