

# 高松市保育施設での 医療的ケア児受入に関するガイドライン



令和2年10月

高松市

## はじめに

近年の医療技術の急速な進歩により、日常生活において医療的ケアを必要としている子ども（以下「医療的ケア児」という）が増加しており、医療的ケア児の保育ニーズが高まっています。

このような中、平成28年6月には、児童福祉法が改正され、地方公共団体は、医療的ケア児がその心身の状況に応じて適切な保健、医療、障害福祉、保育、教育などの関連分野の各支援を受けられるよう、関係機関との連絡調整を行うための体制整備を図るよう努めることとされ、医療的ケア児への支援がより一層求められるようになっていきます。

高松市においては、令和2年度から医療的ケア児が在籍する保育施設へ看護師が訪問し、必要な医療的ケアを行う「高松市医療的ケア児保育支援事業」を実施しています。

保育施設において訪問看護師による医療的ケアを行う場合は、保護者、主治医、看護師、保育施設との間で緊密な連携がとれる体制整備など、様々な準備が求められます。

本ガイドラインは、保育施設において医療的ケア児を受入れるに当たっての基本的な考え方、医療的ケア児の保護者が保育施設の利用を申込み場合に通常の保育申込に加えて必要となる手続き、保育施設で医療的ケアを行う場合に保護者、看護師、保育施設等が留意すべき点などについてまとめたものです。

このガイドラインを活用し、各保育施設で児童の実態や発達に合わせた医療的ケアが実施され、教育・保育のさらなる充実が図られることを願っています。

令和2年10月

高松市

## 目 次

はじめに

I 基本的事項	1
II 保育施設で実施する医療的ケアについて	1
1 保育施設における医療的ケア運営協議会の設置	
2 実施する医療的ケアの種類	
3 医療的ケアの対象について	
(1) 対象児童	
(2) 対象施設	
4 医療的ケアが可能な時間帯	
5 医療的ケアの実施に関する業務について	
III 医療的ケア実施までの手続きについて	2
1 保育施設における医療的ケア開始に向けての手続きについて	
2 医療的ケア実施申込の際に必要な書類	
IV 医療的ケア実施関係者の役割と確認事項	5
1 保護者の役割	
2 保育施設の役割	
3 高松市の役割	
4 訪問看護ステーションの役割	

【別紙 1】 保育施設における医療的ケア開始に向けた手続きの流れ  
(4月入園の場合)

【様式集】

## I 基本的事項

本ガイドラインは、高松市内の公私立保育園（所）・こども園、小規模保育事業所及び事業所内保育事業所（以下「保育施設」という）において、日常的な医療的ケアを必要とする児童に対して、医療的ケアを実施するために必要な事項等を定めるものとします。

本ガイドラインにおいて、「医療的ケア」とは保育施設に在籍する児童が生命の維持又は健康状態の維持・改善のために必要とする導尿、経管栄養等、主治医の指導のもとで保護者が日常的に行っている行為で、教育・保育中に保育施設で行われるものをいいます。

## II 保育施設で実施する医療的ケアについて

### 1 保育施設における医療的ケア運営協議会の設置

高松市は保育利用及び医療的ケア実施申込のあった医療的ケア児の受入れの可否を判断するとともに、医療的ケアを円滑に実施するための意見を聞くため、医療的ケア運営協議会を開催します。医療的ケア運営協議会は、医師、看護師、施設長、その他市長が認める者で組織します。

### 2 実施する医療的ケアの種類

医療的ケアの種類は以下に限定し、巡回訪問で対応できるものです。

- ・ 経管栄養（鼻腔に留置されている管からの栄養、胃ろう、腸ろう）
- ・ たん吸引（口腔・鼻腔内吸引、気管切開部からの吸引・衛生管理）
- ・ 酸素療法（酸素カヌラ、酸素マスク）
- ・ 導尿（看護師による導尿）
- ・ インスリン注射

※ 病気の治療のための医行為や風邪等に伴う一時的な服薬等は含まない。

保育施設において実施される医療的ケアについては、高松市から委託を受けた訪問看護ステーションの訪問看護師が、保育施設を巡回し、医師の指示に基づいて実施することとし、安全確保のために職員も教育・保育中の児童の見守りや医療医行為に該当しない範囲での補助などを、訪問看護師と協力しながら進めていきます。

### 3 医療的ケアの対象について

受け入れ時期は、4月1日入園(所)を基本とします。

#### (1) 対象児童

集団保育が可能である3歳児クラス以上の児童を基本とします。

#### (2) 対象施設

- ・ 保育園(所)
- ・ 認定こども園(2号認定) \*認定こども園1号認定は含みません。
- ・ 小規模保育事業所及び事業所内保育事業所

### 4 医療的ケアが可能な時間帯

医療的ケアを実施できる時間は、原則9:00~16:00の範囲内とします。(宿泊を伴う活動については、実施対象外とします。)

### 5 医療的ケアの実施に関する業務について

高松市は、医療的ケアの実施に関する業務を訪問看護ステーションに委託します。委託業者の医療的ケア児支援者が中心となり、保護者、主治医等と連携をとりながら、保育施設に専門的な知識や技能を有する訪問看護師等を派遣し、保育施設の協力を得て、医師から指示を受けた医療的なケアを行います。

※ 医療的ケア児支援者とは、医療的ケア児等コーディネーターの資格を有する者です。

## III 医療的ケア実施までの手続きについて

医療的ケアが必要な児童の保護者が、保育施設において医療的ケアを希望する場合、障害の種類や程度、医療的ケアの内容を、保育施設や高松市と共有していくための手続きが必要です。

保育施設における医療的ケア開始に向けた手続きの流れ(別紙1)に沿って、関係者が医療的ケアの内容を確認し合いながら手続きを進めるため、書類等の作成も必要になります。

児童の発達や心身の状態の変化に伴い、医療的ケアの内容が変更となる場合は、主治医の指示書等を新たに作成してもらい、医療的ケアの実施について再度検討する必要があります。

1 保育施設における医療的ケア開始に向けての手続きについて(4月入園の場合)  
(別紙1参照)

① 保育利用相談・施設見学(随時)

高松市は、保護者から医療的ケア実施に関して相談を受付けます。その際、本ガイドラインを基に、医療的ケアを受ける場合の申込方法や手続き、留意点等について説明します。保護者は、入園(所)を希望する施設の見学を行います。見学の際に、医療的ケア児支援者が同行することも可能です。

② 主治医意見書作成

医療的ケア実施申込の前に、保護者は、主治医に医療的ケア児が集団保育が可能かを相談し、「医療的ケア申込に関わる主治医意見書」(様式1)の作成を依頼します。

※ 主治医による文書作成にかかる経費については、保護者負担とします。

③ 保育利用申込・医療的ケア実施申込(おおむね10月下旬~11月)

保護者は、高松市に保育利用申込を行う際、通常必要とされる書類に加えて主治医の「医療的ケア申込に関わる主治医意見書」(様式1)及び保護者が記入した「医療的ケア実施申込書」(様式2)、「医療的ケアを受ける児童の調査票」(様式3)、「医療的ケアを必要とする児童の教育・保育に関する確認書兼同意書」(様式4)を提出します。

提出された資料の内容について、必要な医療的ケアの確認を行います。医療的ケア児支援者も同席し、医療的ケアの状況を確認する場合があります。

④ 医療的ケア運営協議会の開催

医療的ケア運営協議会を開催し、保育利用申込及び医療的ケア実施申込のあった医療的ケア児の受入の可否について検討を行います。

「医療的ケア申込に関わる主治医意見書」(様式1)、「医療的ケア実施申込書」(様式2)、「医療的ケアを受ける児童の調査票」(様式3)と、確認内容をもとに検討します。

安全な受け入れに課題がある場合は、解決に向けた提案を行います。

⑤ 利用調整(2月頃)

「高松市保育所等入所選考基準表」に基づき選考を行います。

**入所内定**→ 高松市より、保護者に内定通知を送付します。

**入所保留**→ 高松市より、保護者に保留通知を送付します。

## ⑥ 主治医とのカンファレンス

医療的ケア児支援者が、保護者を通じて主治医と連絡を取り、保育施設での生活に必要な医療的ケアの内容等について、保護者、施設長、訪問看護師等を交えて話し合いの場を持ちます。

## ⑦ 主治医指示書作成

保護者は、主治医に「医療的ケア実施に関する指示書」（様式5）の作成を依頼し、高松市に提出します。

※ 主治医による文書作成にかかる経費については、保護者負担とします。

## ⑧ 入園(所)前面談の日程調整

施設長は、保護者と医療的ケア児支援者へ連絡をし、面談の日程を調整します。

## ⑨ 保育施設での入園(所)前面談(重要事項説明)

高松市は、提出された指示書の内容を、訪問看護ステーションと共有します。訪問看護ステーションは、指示書をもとに、保護者、施設等と協議し、医療的ケアの計画書及び実施手順等を作成し、保護者に説明します。

## ⑩ 保護者が承諾書兼同意書を作成

保護者は、高松市から「医療的ケア実施通知書」（様式6）を受け、「医療的ケア実施承諾書兼同意書」（様式7）に記入し、施設等を通じて、高松市に提出します。

## 2 医療的ケア実施申込の際に必要な書類

医療的ケア実施申込のために、保護者、主治医が、次の文書を作成し、提出する必要があります。なお、主治医による文書作成等にかかる経費については、保護者の負担となります。また、提出された書類等は、保育施設や医療的ケア運営協議会などで共有されます。

### 【医療的ケア申込に関わる主治医意見書】（様式1）

- ・ 主治医意見書は児童の基礎疾患等に係る状況を示し、健康管理を実施するうえでの情報とするものです。医療的ケアを行えば、保育施設において通常の教育保育が可能かどうかの主治医の意見を確認します。

**【医療的ケア実施申込書】（様式2）**

- ・ 医療的ケアを希望する依頼内容に変更がある場合は、その都度、医療的ケア運営協議会で検討後、実施について決定します。また、主治医や関係機関等との情報共有に関する同意を示すものです。

**【医療的ケアを受ける児童の調査票】（様式3）**

- ・ 医療的ケアを受ける児童の調査票は、高松市に提出し、医療的ケア児支援者や訪問看護師、保育施設と共通理解を図ります。

**【医療的ケアを必要とする児童の保育・教育に関する確認書兼同意書】（様式4）**

- ・ 医療的ケアを受ける際の確認事項について、保護者が同意を示すものです。

**【医療的ケア実施に関する指示書】（様式5）**

- ・ 医療的ケアを行うときの主治医からの指示書です。この指示書をもとに医療的ケアを行います。

**【医療的ケア実施通知書】（様式6）**

- ・ 保育施設において医療的ケアを実施することを保護者に通知するものです。

**【医療的ケア実施承諾書兼同意書】（様式7）**

- ・ 各施設での医療的ケアの実施について、計画や内容等に、保護者が同意したことを示すものです。

## **IV 医療的ケア実施関係者の役割と確認事項**

### **1 保護者の役割**

保育施設における医療的ケアの実施には、保護者の理解と協力が不可欠です。保育施設内での医療的ケアに関わるすべてを訪問看護師等に任せるということではありません。医療的ケア児の安全・安心確保のためにも、保育施設、主治医、訪問看護師等と高松市が、しっかりと連携をとることが必要になります。保護者が理解しておく内容としては、次のようなことが考えられます。

- ・ 家庭における医療的ケアの実施状況や子どもの様子について、十分に情報提供を行うこと。
- ・ 保育施設又は訪問看護ステーションから医療的ケア児の様子について相談等が



- あった場合には、主治医に伝えて改善策の助言を得ること。
- ・ 定期的に医療機関へ受診し、その結果等を保育施設に報告すること。
  - ・ 園（所）外保育や遠足などは、医療的ケアの実施が困難な場合があり、その場合は保護者が医療的ケアを行うことがあること。
  - ・ 訪問看護師の急な不在により、医療的ケアを行えないことがあること。
  - ・ 常に緊急時の連絡手段を確保し、急な対応にも応じることができること。
  - ・ 医療的ケアの内容の見直しに関わる情報（主治医の意見や健康状態の変化等）は、速やかに保育施設に連絡すること。
  - ・ 医療的ケアに必要な、児童が使用する医療器具等の準備を行うこと。
- ※ 医療的ケアに必要な、児童が使用する医療器具等の準備にかかる経費は保護者負担とします。

## 2 保育施設の役割

保育施設は、本ガイドラインの内容を踏まえ、医療的ケア児の安全確保に十分留意する必要があります。そのために、次の内容を実施し、保育施設内における医療的ケアに関する体制整備に努める必要があります。

- ・ 保育施設の体制及び環境や医療的ケア児の実態を十分に把握したうえで、全職員での情報共有と医療的ケアの教育的意義の理解、環境整備、緊急時の対応マニュアルの作成など、医療的ケア実施における支援体制を確立しておくこと。
- ・ 施設長は、訪問看護ステーションとの連絡の窓口となり、保護者、担当職員と連携しながら、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や、職員育成等を行うこと。
- ・ 医療的ケア児の発達・発育状況を踏まえて、受け入れクラスや生活の流れ、行事への対応、教育・保育の進め方を保護者と確認しておくこと。
- ・ 保育施設外での活動については、保育施設の年間計画に基づき、年度当初に保護者、訪問看護ステーション、高松市と、医療的ケア実施の有無や安全面等について協議をしておくこと。
- ・ 担任は、当該児童をよく観察し、施設長や訪問看護師等、保護者と連絡を密にとり、安全確保に努めること。

## 3 高松市の役割

医療的ケアを実施している保育施設の実施体制や実施状況を適宜把握し、必要に応じて指導・助言等を行う必要があります。そのために、次の内容を実施します。

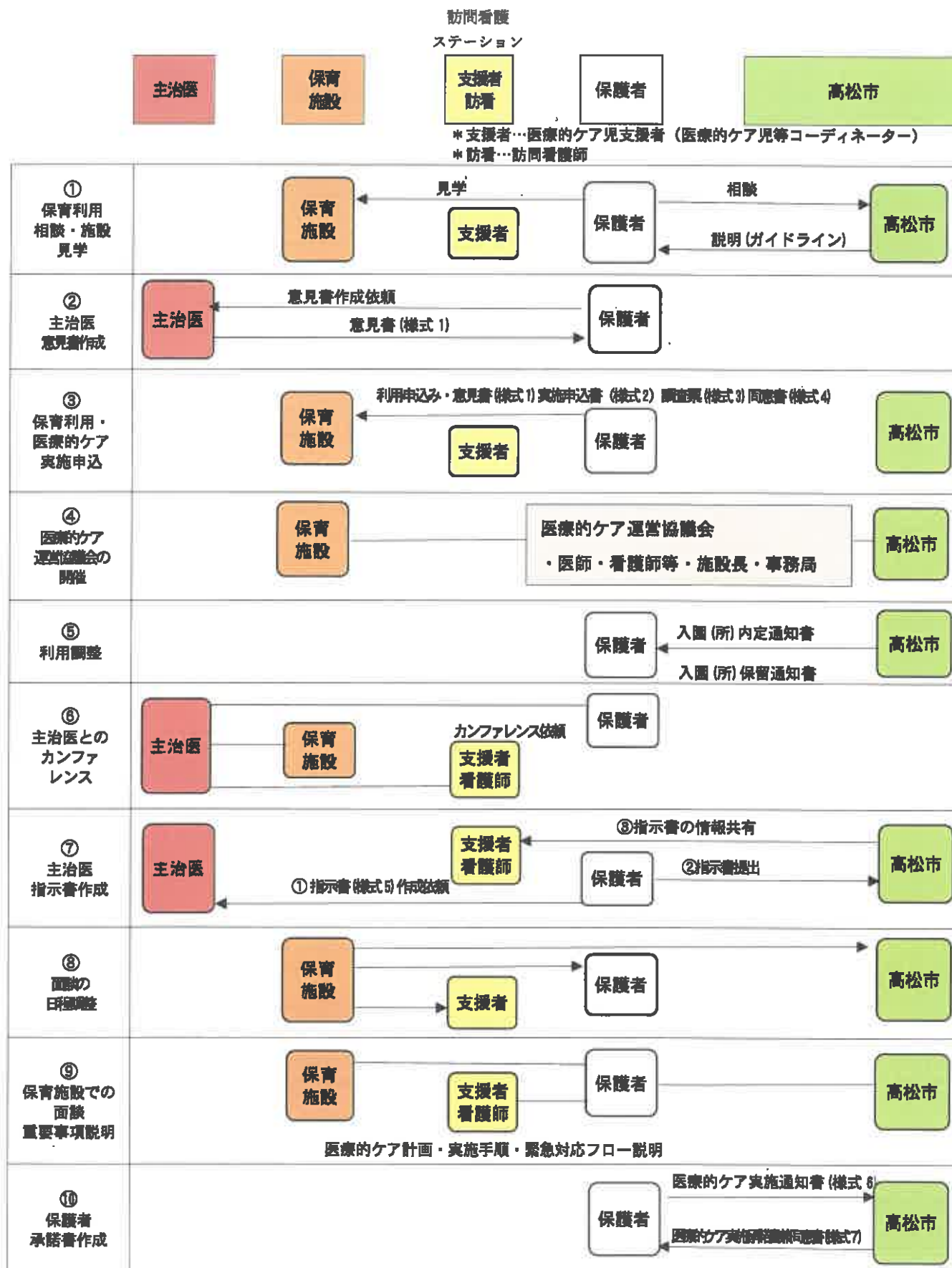
- ・ 医療的ケア運営協議会と連携し、本ガイドラインの追加・修正を行うこと。
- ・ 保育施設における医療的ケア実施内容等の記録について、訪問看護ステーションに定期的に提供を求めること。
- ・ 必要があれば、保育施設において関係者を集めたケース会を行い、課題となる事項について協議すること。

#### 4 訪問看護ステーションの役割

訪問看護ステーションは、高松市から委託を受け、保育施設において、医療的ケアを行います。医療的ケアを実施する場合には、主治医の指示が必要であり、保護者や保育施設の担当者との連携が欠かせません。そのために、次の内容に留意する必要があります。

- ・ 訪問看護ステーションは、医療的ケア児等コーディネーターの資格を有する者を医療的ケア児支援者に任命すること。
- ・ 医療的ケア児支援者は、保護者が医療的ケア実施の申込みについて相談や見学を行う際に、支援や助言を行うこと。
- ・ 医療的ケア児支援者と訪問看護師は、保護者、主治医、各施設と連携をとりながら、医療的ケア児の健康状態を適切に把握し、主治医の指示書に基づいた医療的ケア実施計画書（手順書、緊急対応マニュアル等の医療的ケアを行う際に必要な書類を含む）を作成すること。
- ・ 訪問看護ステーションは、医療的ケア実施計画書に基づいた医療的ケアを行うため、医療的ケア児が在籍する保育施設へ、訪問看護師を派遣すること。
- ・ 訪問看護師は、医療的ケアの実施に関し、担任等との連携のもとに行うこと。
- ・ 訪問看護師は、医療的ケア児の今後の自立をめざして、インスリン注射や導尿等の仕方についての指導を計画的に行うこと。
- ・ 医療的ケア児支援者は、緊急時の対応や環境整備などについて、カンファレンス等の職員研修を通して、総合的なアドバイスをを行うこと。
- ・ 訪問看護ステーションは、訪問看護師や保育施設からヒアリ・ハット等の事例の報告を受けるとともに、その内容について他に同様の事例が起こらないよう対応を十分検討し、未然防止に努めること。
- ・ 訪問看護ステーションは、医療的ケアの実施報告書を作成し、定期的に高松市に報告すること。

### 保育施設における医療的ケア開始に向けた手続きの流れ（4月入園の場合）



※ 保護者→主治医→保護者→高松市

(様式1)

高松市長 宛

令和 年 月 日

医療的ケアの申込に関わる主治医意見書

医療機関名		住所	
電話番号		医師氏名	印

児 童 名	男 女	年 齢	歳	生年 月 日	年 月 日生
診 断 名				受診 状況	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期
保育施設 における 集団生活の 可否	<p>乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育施設は、午睡や食事、集団での遊びなど他児との接触の機会が多いため、一般的には感染症を防ぐのは難しい環境にあります。</p> <input type="checkbox"/> 保育施設での集団生活は可能 <input type="checkbox"/> 保育施設での集団生活は不可 <input type="checkbox"/> その他（具体的： _____ ）				
必要な 医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養（鼻腔、胃ろう、腸ろう） <input type="checkbox"/> 吸引（口腔、鼻腔、気管カニューレ内） <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） *吸入、インスリン注射等				
服薬状況 (処方箋添付可)	<input type="checkbox"/> 有（内容 _____ ） <input type="checkbox"/> 無				
呼吸状況	呼吸障害 <input type="checkbox"/> 有（内容 _____ ） <input type="checkbox"/> 無				
摂食・嚥下の 状況	経口摂取 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 嚥下の有無 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 無 食 形 態 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト状 そ の 他 <input type="checkbox"/> (内容 _____ )				

(裏面へ続く)

<p>排尿状態</p>	<p>排尿障害  <input type="checkbox"/> 有 (内容 )  <input type="checkbox"/> 無</p>	
<p>発作の状況</p>	<p>けいれん発作 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無  ( 内容 )  発作時の対応  <input type="checkbox"/> その場で様子を見る  <input type="checkbox"/> その場で座薬を挿入する  <input type="checkbox"/> 救急搬送する  <input type="checkbox"/> その他 ( 内容 )</p>	
<p>予想される緊急時の状況及び対応</p>	<p>状況・頻度</p>	
	<p>対応</p>	
	<p>緊急搬送の目安</p>	
<p>保育施設での生活上の配慮及び活動の制限</p>	<p>保育中に特別な配慮を  <input type="checkbox"/> 必要としない  <input type="checkbox"/> 部分的に必要とする  <input type="checkbox"/> 常に必要とする  ( 内容 )  活動の制限 ※ 別紙「保育施設における活動のめやす」を参考にしてください。  <input type="checkbox"/> 基本的生活は可能だが運動は不可  <input type="checkbox"/> 軽い運動には参加可  <input type="checkbox"/> 中等度の運動には参加可  <input type="checkbox"/> 強い運動にも参加可</p>	
<p>その他</p>		

## 保育施設における活動のめやす

		軽い活動	中程度の活動	強い活動
保育施設での主な年齢別活動内容	2歳児	○砂遊び ○室内遊び ○すべり台を滑る	○散歩（往復20分程度） ○長い階段の昇り降り ○三輪車に乗る ○両足跳び ○鉄棒にぶらさがる	○追いかっこ ○水遊び、泥んこ遊び ○プール遊び ○高い所から飛び降りる ○リズム遊び（曲に合わせて踊る）
	3歳児	○砂遊び ○室内遊び ○すべり台を滑る	○散歩（往復40分程度） ○三輪車をこぐ ○ジャングルジムに登る ○鉄棒で足ぬき回り	○鬼ごっこ、かけっこ等 ○水遊び、泥んこ遊び ○プール遊び ○高い所から飛び降りる ○リズム遊び（曲に合わせて踊る）
	4歳児	○砂遊び ○室内遊び ○すべり台を滑る	○散歩（往復50分程度） ○スケーターに乗る ○ジャングルジムに登る ○鉄棒の前回り ○水遊び、泥んこ遊び ○三輪車をこぐ	○走る、鬼ごっこ かけっこ等 ○プール遊び ○フープ遊び ○リズム遊び（曲に合わせて踊る） ○転がしドッジボール、サッカー
	5歳児	○砂遊び ○室内遊び ○すべり台を滑る	○散歩（往復1時間程度） ○スケーターに乗る ○ジャングルジムに登る ○鉄棒の前回り、逆あがり ○水遊び、泥んこ遊び ○三輪車をこぐ	○走る、鬼ごっこ リレー等 ○プール遊び ○フープ遊び ○リズム遊び（曲に合わせて踊る） ○ドッジボール、サッカー ○縄跳び ○跳び箱、マット遊び

高松市長 宛

令和 年 月 日

医療的ケア実施申込書

こ り な が な 名		男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
児 童 の 住 所						
電 話 番 号 (携 帯 電 話 番 号)						

実施を申込み医療的ケアの内容（保護者記入）

必要な医療的ケアの項目に✓をつけ、（ ）内の該当する項目に○または記入をしてください。

必要な医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養（ 鼻腔経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ） <input type="checkbox"/> 吸引（ 口 ・ 鼻 ・ 気管カニューレ内 ） <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 導尿 ・ 自己導尿（ 一部要介助 ・ 完全要介助 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）*吸入、インスリン注射等
----------	---

予想される緊急時の対応（保護者記入）

該当する項目に必要な事項を記入してください。

必要な医療的ケア	予想される緊急時の状態	対応・緊急搬送先
経管栄養		
吸引		
酸素療法		
導尿		
その他		

上記の医療的ケアについて、保育施設での実施を申込ます。  
 尚、受入れの検討を行う際、関係機関での必要書類の複写等を行い情報共有が行われること、また、主治医や関係機関等から、児童の意見聴取を行うことについて同意します。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

令和 年 月 日

医療的ケアを受ける児童の調査票

ふりがな 保護者氏名		電話番号				
住所						
ふりがな 児童名		男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
診 断 名						
通院・療育 の 状 況		医療機関名 ( ) 診療科 ( ) 通院頻度 ( 回/ )				
		医療機関名 ( ) 診療科 ( ) 通院頻度 ( 回/ )				
		療育機関名 ( ) 通所頻度 ( 回/ )				
手帳等の状況		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 知的障害者手帳 (療育手帳) (A・A・B・B) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 ( 級)				
身長/体重		身長: cm 体重: kg (測定日: 年 月 日)				
コミュニケーション		<input type="checkbox"/> 会話 (単語・二語文・文章) <input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> 表情				
内 服 薬		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名 内服時間 )				
てんかん		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度 状況 )				
アレルギー		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
運 動 機 能		首すわり ( か月)    寝返り ( か月)    おすわり ( か月)    はいはい ( か月)				
姿 勢 ・ 移 動	姿勢の 変え方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (一部・全部) ※ 介助時の注意点 ( )				
	姿勢の 保ち方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助や支えが必要 ※ 普段使用している物品 ( ) ※ 普段よくしている姿勢 ( )				
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助・電動) <input type="checkbox"/> その他				
排 泄	尿	尿 意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回/日)			
		方 法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 ( 回/日) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	便	便 意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回/日) 使用中の薬剤 ( )			
		方 法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 浣腸 ( 回/日) <input type="checkbox"/> その他 ( )			

(裏面へ続く)





医療的ケアを必要とする児童の保育・教育に関する確認書兼同意書

保育施設における医療的ケア実施の申込にあたり、次の確認事項を御理解いただいたうえで、各項目の確認欄に☑し、御署名をお願いします。

	確認事項	確認欄
1	「高松市保育施設での医療的ケア児受入に関するガイドライン」をよく読み、理解しました。また、「IV 医療的ケアの実施関係者の役割と確認事項」の内容を理解し、全て了承します。	<input type="checkbox"/>
2	止むを得ない事情により医療的ケアを行う訪問看護師等が勤務できない場合には、保護者が付き添います。また、保育中の医療的ケア実施の体制がとれない場合は、保育の利用ができないことがあることを了承します。	<input type="checkbox"/>
3	園(所)内での感染症が一定以上発症した場合の登園判断は、保護者等の責任で行います。また、保育施設の判断で登園を控えていただく場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
4	保育施設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。	<input type="checkbox"/>
5	児童の症状に急変が生じ、緊急事態と保育施設が判断した場合、その他必要な場合には、保護者等へ連絡する前に救急車を要請し、受診また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。	<input type="checkbox"/>
6	経管栄養が必要な場合は、災害時対策として、1日分の薬と食事(栄養剤)を登園(所)時に持参します。	<input type="checkbox"/>
7	児童の病態の変化等により、市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、保育施設へ速やかに相談することを了承します。	<input type="checkbox"/>
8	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うえで必要な範囲で、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。	<input type="checkbox"/>
9	1～8のほか、保育施設との間で取り決めた事項を順守します。	<input type="checkbox"/>

高松市長 宛

以上の医療的ケアを必要とする児童の保育・教育に関する内容確認、同意しました。

(署名欄)

令和 年 月 日

保護者 (申請者)名			
申込児童氏名	生年月日	年 月	日生

高松市長 宛

令和 年 月 日

医療的ケア実施に関する指示書

医療機関名		住所	
医師氏名	印	電話番号	

児童名	男女	年齢	歳	生年月日	年 月 日生
医療的ケアの内容	実施方法	指示内容及び配慮事項			
気管切開	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カニューレ製品名 ( ) 交換頻度 1回/			
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	流量 ( %/分) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内			
吸引	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回数 約 回/日 部位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 カテーテルサイズ(F) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12			
経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸ろう 製品名 ( ) 注入内容 ( ) 注入量・回数 ( ) カテーテルサイズ(F) ( )			
導尿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カテーテル製品名 ( ) カテーテルサイズ(F) ( ) 回数 約 回/日			

(裏面に続く)



令和 年 月 日

(保護者名) 様

高松市長

### 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、下記のとおり実施することとしますので、通知します。

#### 記

#### 1 児童名

児童名		男 女	年齢	歳	生年月日	年 月 日生
-----	--	--------	----	---	------	--------

#### 2 実施施設名

実施施設名	
-------	--

#### 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 緊急時の対応

- (1) 緊急事態発生時は、主治医の指示内容をもとに、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、常に連絡がとれる体制を整え対応をお願いいたします。

#### 5 留意事項

- (1) 定期的に主治医の診察を受け、結果を保育施設に連絡してください。
- (2) 登園(所)時、児童の健康状態について、担任や訪問看護師等に連絡し、当日実施する医療的ケアの内容について確認し合ってください。
- (3) 医療的ケアに必要な児童が使用する用具、消耗品の点検・補充をお願いします。
- (4) 使用後の物品については、家庭に持ち帰り処分をお願いします。
- (5) 災害時に備え、内服薬等は必要数を毎日ご持参ください。

※ 保護者→高松市

(様式7)

高松市長 宛

令和 年 月 日

(保育施設名)

(児 童 名)

(生年月日)

(保護者名)

印

### 医療的ケア実施承諾書兼同意書

実施通知書及び医療的ケア実施計画書（以下「実施計画書等」という。）の内容について十分な説明を受け、承諾いたしました。

つきましては、実施通知書等に定められた内容に沿って、医療的ケアを実施いただきますよう依頼いたします。

なお、児童が受診する際に、保育施設職員又は訪問看護師等が同行し、保育施設における実施状況を主治医に報告し、必要な指示を受けることにも同意します。