

高松市医療的ケア児ガイドライン

～保育施設・学校等での受入れについて～



令和5年4月（改訂版）

高松市・高松市教育委員会

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、医療的ケア児の教育・保育ニーズが高まっています。

このような中、平成28年4月に障害者差別解消法が施行され、行政機関は合理的配慮の提供が義務づけられました。また、同年6月には児童福祉法の改正により、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ました。

そして、令和3年6月に「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」（医療的ケア児支援法）が成立し、9月に施行されました。「医療的ケア児の日常生活を社会全体で支える」という支援法の基本理念のもと、医療的ケア児への具体的な支援がより一層求められています。

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」を行っており、令和3年度からは対象施設を幼稚園、小・中学校、放課後児童クラブにも拡大し、「医療的ケア児支援事業」として就学前からの切れ目ない支援を実施しております。令和4年度からは、さらに高松第一高等学校を追加する等対象を拡大して医療的ケア児の支援を実施することになりました。

本ガイドラインでは、①医療的ケア児が安心できる教育・保育環境の確保、②付き添い頻度の減少による保護者の負担軽減、③医療的ケア児の自立促進、を大きなねらいとして、医療的ケア児への支援に関する基本的な考え方、医療的ケア実施までの手続き、保護者、訪問看護師、各施設・学校が、留意すべき点などについてまとめています。

このガイドラインを活用し、各施設・学校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4年4月

高松市・高松市教育委員会

目 次

はじめに

I	基本的事項	1
II	各施設・学校で実施する医療的ケアについて	1
1	各施設・学校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)	保育施設等・幼稚園	
(2)	小学校・中学校・高等学校	
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	3
1	各施設・学校における医療的ケア開始に向けての手続きについて	
(1)	保育施設等での利用までの流れ	
(2)	市立幼稚園・小・中学校・高等学校での利用までの流れ	
2	医療的ケア利用申込みの際、必要な書類	
IV	医療的ケアの実施関係者の役割と確認事項	7
1	高松市・高松市教育委員会の役割	
2	各施設・学校の役割	
3	訪問看護ステーション・訪問看護師等の役割	
4	保護者の役割	
	【別紙1】保育施設等における医療的ケア開始に向けた手続きの流れ	10
	【別紙2】園・学校等における医療的ケア開始に向けた手続きの流れ	23

I 基本的事項

本ガイドラインは、高松市内の保育園（所）・こども園、小規模保育事業所及び事業所内保育事業所、高松市立の幼稚園・小学校・中学校・高等学校、公立の放課後児童クラブ（以下「各施設・学校」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」とは各施設・学校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・保育中に各施設・学校内で行われるものをいいます。

II 各施設・学校で実施する医療的ケアについて

1 各施設・学校における医療的ケア運営協議会の設置

高松市は医療的ケアを円滑に実施するため、医師や学識経験者等が委員となる各施設・学校における医療的ケア運営協議会（以下「医療的ケア運営協議会」）を設置し、医療的ケア児の受け入れに関する方針、ガイドラインの改正等、医療的ケアの実施に関する全般的な内容について、指導や助言を行います。

また、高松市内の保育園（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「保育施設等」）に在籍する医療的ケアの実施の可否については、医療的ケア運営協議会で、本ガイドラインに基づいて医療的ケアの状況、各保育施設等の環境等を総合的に話し合い、その意見を参考にして、高松市が判断します。

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ます。

- ・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）
- ・人工肛門（ストーマ）の管理
- ・導尿（看護師による導尿）
- ・インスリン注射
- ・人工呼吸器による呼吸管理

※ 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。

各施設・学校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、各施設・学校を巡回し、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

(1) 保育施設等・幼稚園

受け入れ時期は、4月1日入園(所)を基本とします。

<対象児童>

集団保育が可能な児童で、日常的に保護者等が来園し、医療的ケアを受ける必要がある者です。

<対象施設>

- ・ 保育施設（保育園（所）、小規模保育事業所及び事業所内保育事業所）
- ・ 認定こども園
- ・ 高松市立幼稚園

(2) 小学校・中学校・高等学校

高松市立の小学校、中学校、高等学校に通っている児童で、日常的に保護者等が来校し、医療的ケアを受けることで、通常の教育が可能な者です。

※公立の放課後児童クラブでも対応します。希望がありましたら、高松市子育て支援課まで問い合わせてください。

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の範囲内としますが、必要な医療的ケアの状況によっては16：00を越えても対応できる場合があります。

（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、各施設・学校に専門的な知識や技能を有する訪問看護師等を派遣し、各施設・学校の協力を得て、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、各施設・学校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、各施設・学校や高松市と共有していくための手続きが必要です。

医療的ケア開始に向けた手続きの流れ（別紙１・２）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、書類等の作成が必要になります。

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。

Ⅰ 各施設・学校における医療的ケア開始に向けての手続きについて

保育施設等で医療的ケアを希望する場合と、市立幼稚園・小学校・中学校・高等学校等で医療的ケアを希望する場合では、申し込みの手順と提出文書の様式が異なっていることに留意する必要があります。

保育施設等で医療的ケアを希望する場合は、こども保育教育課が担当課になり、市立幼稚園・小学校・中学校・高等学校等で医療的ケアを希望する場合は、高松市総合教育センターが担当課になります。

(Ⅰ) 保育施設等での利用までの流れ

(ガイドラインP10 別紙Ⅰ 参照)

① 保育施設等利用相談・施設見学

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み方法や手続き、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、「医療的ケア児の申込に関わる主治医意見書」（保こ用様式Ⅰ）の作成を依頼します。

※主治医による文書作成にかかわる経費については、保護者負担とします。

③ 医療的ケア実施申込み・保育利用申込み

保護者は、高松市に保育利用申込みを行う際、通常必要とされる書類に加えて、主治医の「医療的ケア児の申込に関わる主治医意見書」（保こ用様式Ⅰ）、及び保護者が記入した「医療的ケア実施申込書」（保こ用様式Ⅱ）「医療的ケアを受ける児童の調査票」（保こ用様式Ⅲ）「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」（保こ用様式4）を添付して提出します。

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。

「医療的ケア児の申込に関わる主治医意見書」（保こ用様式1）、「医療的ケア実施申込書」（保こ用様式2）、「医療的ケアを受ける児童の調査票」（保こ用様式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。

医療的ケア運営協議会を開催後、高松市は保護者に「医療的ケア内定（保留）通知書」（保こ用様式6-1）を送付します。

⑤ 利用調整（2号・3号認定）

「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、保育施設等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もちます。

⑦ 主治医指示書作成

保護者は、主治医に「医療的ケアに関する指示書」（保こ用様式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わる経費については、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 保育施設等での入園（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」（保こ用様式6-2）を受け、「医療的ケア実施承諾書兼同意書」（保こ用様式7）に記入し、施設等を通じて、高松市に提出します。

(2) 市立幼稚園・小・中学校・高等学校での利用までの流れ

（ガイドラインP23 別紙2 参照）

① 医療的ケア利用相談・申し込み

高松市教育委員会は、保護者、園・学校等から医療的ケア児の利用申し込みに関して相談を受け、「医療的ケア実施申込書」（幼小中高用様式1）、「医療的ケアに係る調査票」（幼小中高用様式2）を在籍する園・学校を通じて提出することを保護者に依頼します。その際、医療的ケアを受ける場合の申込み方法や手続き、留意点等について説明します。

申込みについては、高松市教育委員会（高松市総合教育センター）が担当になります。

② 主治医意見書作成

保護者は、主治医に「医療的ケアに関わる主治医意見書」（幼小中高用様式3）の作成を依頼します。

※主治医による文書作成にかかわる経費については、保護者負担とします。

③ 主治医意見書提出

保護者は、高松市教育委員会に主治医の「医療的ケアに関わる主治医意見書」（幼小中高用様式3）を在籍する園・学校を通じて提出します。

④ 面談の日程調整

高松市教育委員会は、保護者、園・学校と面談の日程を調整します。

⑤ 連携相談

高松市教育委員会と保護者、園・学校、訪問看護師が、在籍園・学校で主治医の意見書等を基に医療的ケア児の全般的な状況について連携を図ります。また、保護者は医療的ケア実施に向けて内容を確認後、「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」（幼小中高用様式4）を記入し提出します。

⑥ 利用調整

連携後、高松市教育委員会が、実施に向けて今後の予定などを、保護者、園・

学校、訪問看護師に連絡します。

⑦ 主治医指示書作成

保護者は、主治医に「医療的ケアに関する指示書」（幼小中高用様式5）の作成を依頼し、園・学校を通じて高松市教育委員会に提出します。高松市教育委員会は、指示書の内容について、訪問看護師に情報提供し、連携を図ります。
※主治医による文書作成にかかわる経費については、保護者負担とします。

⑧ 主治医とのカンファレンス

保護者が主治医に依頼し、訪問看護師、園・学校、高松市教育委員会が参加するカンファレンスを開き、医療的ケア実施に向けて具体的な方法等を共通理解します。

⑨ 保護者が承諾書を作成

保護者は、高松市教育委員会から「医療的ケア実施通知書」（幼小中高用様式7）を受け、保護者は医療的ケア実施についての「医療的ケア実施承諾書」（幼小中高用様式6）に記入し、提出します。

2 医療的ケア利用申込みの際、必要な書類

医療的ケア児の医療的ケア利用申込みのために、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、各施設・学校や医療的ケア運営協議会などで共有されます。

各様式については、保育施設等は【保こ用様式】を使用し、幼稚園・小学校・中学校・高等学校については【幼小中高用様式】を使用します。なお、放課後児童クラブでの利用については、【放課後児童クラブ用様式1】「医療的ケア実施申込書」と【放課後児童クラブ用様式3】「医療的ケア実施承諾書」のみを高松市（子育て支援課）に提出し、他の書類については【幼小中高用様式】の書類を高松市総合教育センターと共有します。また、必要に応じて、面談、連携相談等に放課後児童支援員が同席します。

【医療的ケア実施申込書】

- ・医療的ケアを希望する依頼内容に変化がある場合は、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、主治医や発達相談所等との情報共有に関する同意を示すものです。

【調査票】

- ・医療的ケアに係る調査票は、各施設・学校と共通理解を図るものです。

【主治医意見書】

- ・主治医意見書は児童生徒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、各施設・学校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。

【医療的ケアを必要とする児童生徒の保育・教育に関する確認書兼同意書】

- ・医療的ケアを受ける際の確認事項について同意を示すものです。

【指示書】

- ・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。医療的ケア児の支援を実施する上で、主治医の指示内容が変わる場合はその都度提出することになります。

【医療的ケア実施通知書】

- ・各施設・学校において医療的ケアを実施することを通知するものです。

【医療的ケア実施承諾書】

- ・各施設・学校内での医療的ケアの実施について、計画、内容等に同意したことを示すものです。

Ⅳ 医療的ケアの実施関係者の役割と確認事項

Ⅰ 高松市・高松市教育委員会の役割

医療的ケアを実施している各施設・学校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。
- ・各施設・学校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、各施設・学校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。

Ⅱ 各施設・学校の役割

各施設・学校は、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、各施設・学校内における

医療的ケアに関する体制整備に努める必要があります。

- ・各施設・学校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。
- ・各施設・学校長は、医療的ケアに関する担当職員を任命し、担当職員は委託先の訪問看護ステーションと連携して、環境整備や医療的ケアの安全実施のマネジメントなど、医療的ケアの実施をコーディネートすること。
- ・各施設・学校長は、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・保育の進め方などを保護者と確認しておくこと。
- ・各施設・学校外での活動については、各施設・学校の年間計画に基づき、医療的ケア実施の有無や安全面等について、保護者、訪問看護ステーション、高松市・高松市教育委員会と協議をしておくこと。
- ・担任は、当該児童生徒をよく観察し、各施設・学校長、校内担当職員や訪問看護師、保護者と連絡を密にとり、安全確保に努めること。
- ・各施設・学校長は、医療的ケア児に関する医療情報等を健康診断票に準じて扱い、当該医療的ケア児が卒業後5年間保存すること。
- ・各施設・学校長は、主治医等から提供された医療的ケア児に関する文書等を学校医（嘱託医）に提出するなど、情報共有を図るとともに、緊急時の対応マニュアルなど、医療的ケア実施における支援体制についても連携を図ること。

3 訪問看護ステーション・訪問看護師等の役割

高松市の委託を受けた訪問看護ステーションは、各施設・学校において、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、保護者や各施設・学校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・学校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種類を含む）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各施設・学校へ、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、学校医（嘱託医）や医療的ケア担当職員、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、各施設・学校の職員に対して、緊急時の対応や環境整備などについて総合的なアドバイスを行うこと。
- ・訪問看護ステーションは、訪問看護師や各施設・学校からヒヤリ・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・高松市教育委員会に報告すること。

4 保護者の役割

各施設・学校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。各施設・学校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、各施設・学校、主治医、訪問看護師、高松市・高松市教育委員会と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、具体的に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、訪問看護師、各施設・学校に情報提供を行うこと。
- ・各施設・学校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、主事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、その結果等を各施設・学校に報告すること。
- ・園（所）外保育、校外学習、遠足、修学旅行などは、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。
※実施する場合の訪問看護師にかかる交通費、施設入場料等の経費は、保護者負担とします。
- ・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、速やかに各施設・学校に連絡すること。
 - ・医療的ケアに必要な医療器具等の準備を行うこと。
- ※医療的ケアに必要な医療器具等の準備にかかる経費は保護者負担とします。

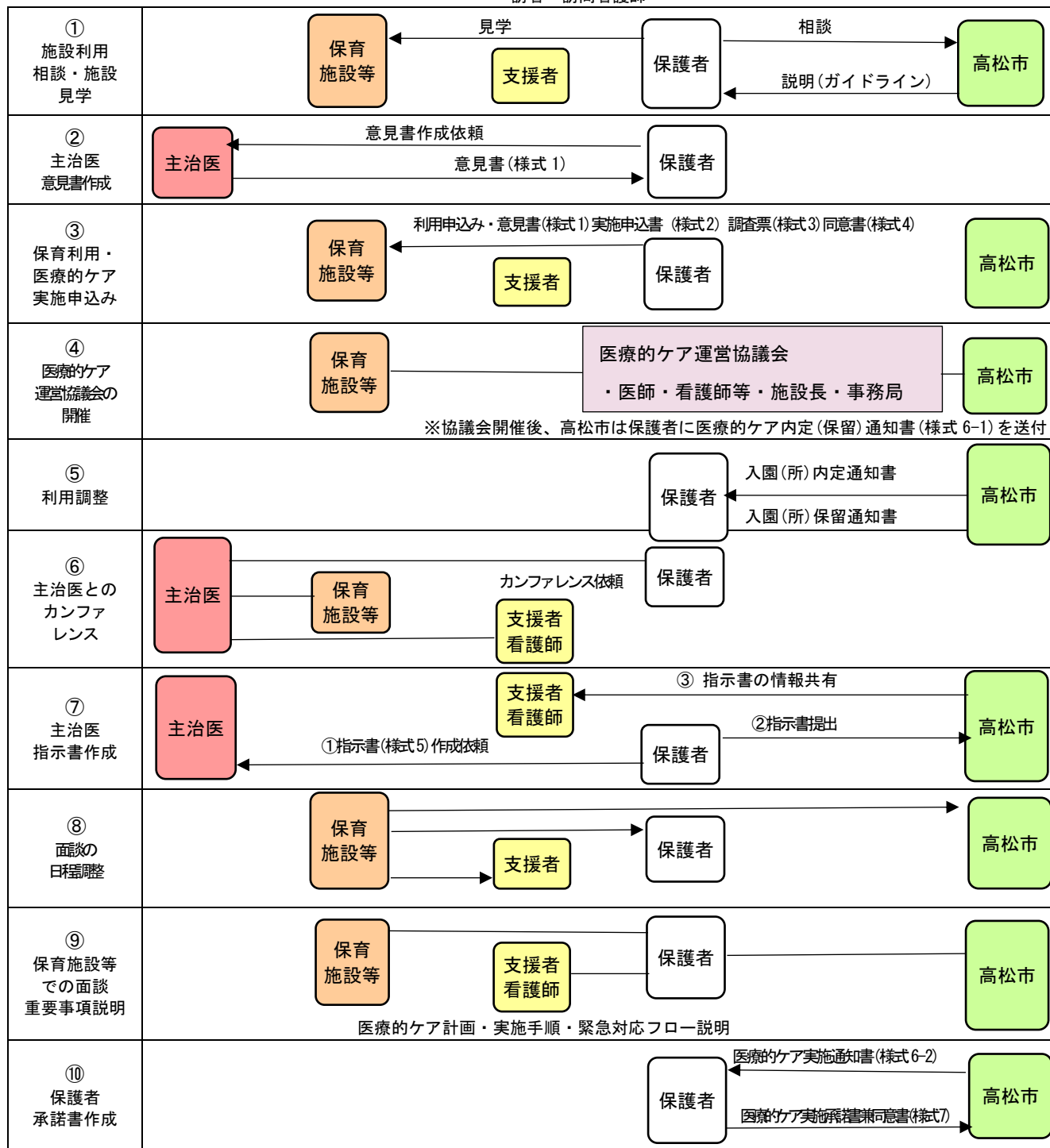
保育施設等における医療的ケア開始に向けた手続きの流れ

訪問看護
ステーション



* 支援者…医療的ケア児支援者（医療的ケア児等コーディネーター）

* 訪看…訪問看護師



高松市長 宛

令和 年 月 日

医療的ケア児の申込に関わる主治医意見書

医療機関名		所在地	
電話番号		医師氏名	印

ふ 児 り 童 が な 名		男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
診 断 名					受診 状況	☐ 定期 ☐ 不定期
保育施設等 における 集団生活の 可否	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くあるため、一般的には感染症を防ぐのは難しい環境にあります。 ☐ 保育施設等での集団生活は可能 ☐ 保育施設等での集団生活は不可 ☐ その他（具体的： ）					
必要な 医療的ケア	☐ 経管栄養（鼻腔、胃ろう、腸ろう） ☐ 吸引（口腔、鼻腔、気管カニューレ内） ☐ 酸素療法 ☐ 導尿 ☐ その他（ ） ☐ インスリン注射 ☐ 人工肛門					
服薬状況 (処方箋添付可)	☐ 有 （内容 ） ☐ 無					
呼吸状況	呼吸障害 ☐ 有 （内容 ） ☐ 無					
摂食・嚥下の 状況	経口摂取 ☐ 可 ☐ 一部可 ☐ 不可 誤嚥の有無 ☐ 有 ☐ 無 食 形 態 ☐ 普通食 ☐ きざみ食 ☐ ペースト状 そ の 他 ☐ （内容 ）					

(裏面へ続く)

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

保育施設等における活動のめやす

		軽い活動	中程度の活動	強い活動
保育施設等での主な年齢別活動内容	2歳児	○砂遊び ○室内あそび ○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 ○室内あそび ○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

ふりがな 児 童 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)						

実施を申込む医療的ケアの内容（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	☐ 経管栄養（ 鼻腔経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ） ☐ 吸引（ 口 ・ 鼻 ・ 気管カニューレ内 ） ☐ 酸素療法 ☐ 導尿 ・ 自己導尿（ 一部要介助 ・ 完全要介助 ） ☐ 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、保育施設等での実施を申し込みます。
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、主治医や発達相談所等から、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 _____

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	☐ 身体障害者手帳 (級) ☐ 知的障害者手帳 (療育手帳) (<u>A</u> ・ A ・ <u>B</u> ・ B) ☐ 精神障害者保健福祉手帳 (級) ☐ 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	☐ 会話 (単語・二語文・文章) ☐ 絵カード ☐ 表情					
内 服 薬	☐ 無 ☐ 有 (薬品名 内服時間)					
て ん か ん	☐ 無 ☐ 有 (頻度 状況)					
アレルギー	☐ 無 ☐ 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	☐ 自立				
		☐ 介助 (一部・全部) ※介助時の注意点 ()				
	姿勢の 保ち方	☐ 自立				
		☐ 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	☐ 自立 ☐ つかまり歩行 ☐ 歩行器 ☐ バギー					
	☐ 車椅子 (自走・介助・電動) ☐ その他					
排 泄	尿	尿 意	☐ 無 ☐ 有 (回 / 日)			
		方 法	☐ トイレ ☐ オムツ ☐ 導尿 (回 / 日)			
			☐ その他 ()			
	便	便 意	☐ 無 ☐ 有 (回 / 日) 使用中の薬剤 ()			
方 法		☐ トイレ ☐ オムツ ☐ 浣腸 (回 / 日) ☐ その他 ()				

(裏面へ続く)

[illegible]

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

保育施設等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	「高松市医療的ケア児ガイドライン」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。	☐
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。	☐
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、保育施設等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。	☐
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。	☐
5	児童の症状に急変が生じ、緊急事態と保育施設等が判断した場合、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。	☐
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。	☐
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、保育施設等へ速やかに相談することを了承します。	☐
8	医療的ケアが必要な児童の状況について、嘱託医と情報共有するほか、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。	☐
9	1～8のほか、保育施設等との間で取り決めた事項を順守します。	☐

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

医療的ケアに関する指示書

医療機関名		所在地	
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	☐ 有 ☐ 無	カニューレ製品名 () 交換頻度 1 回／				
酸素吸入	☐ 有 ☐ 無	流量 (ℓ／分) ☐ 経鼻 ☐ 気管内				
吸 引	☐ 有 ☐ 無	回 数 約 回／日 部 位 ☐ 口腔内 ☐ 鼻腔内 ☐ 気管内 カテーテルサイズ(Fr) ☐ 8 ☐ 10 ☐ 12				
経管栄養	☐ 有 ☐ 無	種 類 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻 ☐ 腸ろう 製品名 () 注入内容 () 注入量・回数 () カテーテルサイズ(Fr) ()				
導 尿	☐ 有 ☐ 無	カテーテル製品名 () カテーテルサイズ(Fr) () 回 数 約 回／日				

(裏面に続く)

医療的ケア の 内 容	実施方法	指示内容及び配慮事項
----------------	------	------------

血糖測定	☐ 有 ☐ 無	時 間（ 時・ 時）
インスリン 投 与	☐ 有 ☐ 無	薬剤名（ ） 一回量 単位/回 ☐ 食前 ☐ 食後 持続投与（メーカー名： ） 薬剤名（ ）
与 薬	☐ 有 ☐ 無	☐ 内服薬 ☐ 注射薬 ☐ 座薬 ☐ 外用薬 薬剤名（ ） 1 回量（ ） 時 間（ ）
その他の 医療的ケア		
緊 急 時 の 対 応	[発作、誤嚥、発熱時等に係る対応]	
保育施設等 での生活上 の注意及び 配慮事項並 びに活動の 制限等		

※ 高松市→保護者

(様式6-1)

令和 年 月 日

(保護者名) 様

高松市長

医療的ケア内定（保留）通知書

申込みのありました医療的ケアについて検討した結果、下記のとおり判断しましたのでお知らせします。

児 童 名		生年月日	年 月 日生
検討結果	内 定 ・ 保 留		
備考	【内定の場合】 保護者は、主治医に「医療的ケアに関する指示書」（様式5）の作成を依頼し、高松市に提出してください。 【保留の場合】 （保留の理由を記載すること）		

※ 高松市→保護者

(保こ用様式6-2)

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

(保こ用様式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)

医療的ケア実施承諾書兼同意書

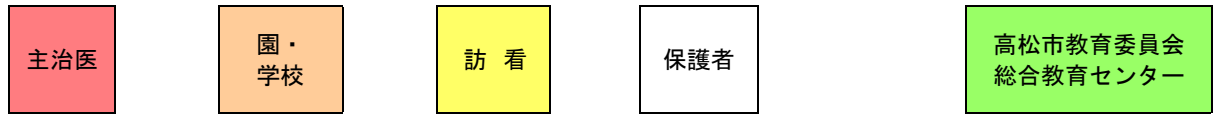
実施通知書及び医療的ケア実施計画書（以下「実施計画書等」という。）の内容について十分な説明を受け、承諾いたしました。

つきましては、実施計画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。

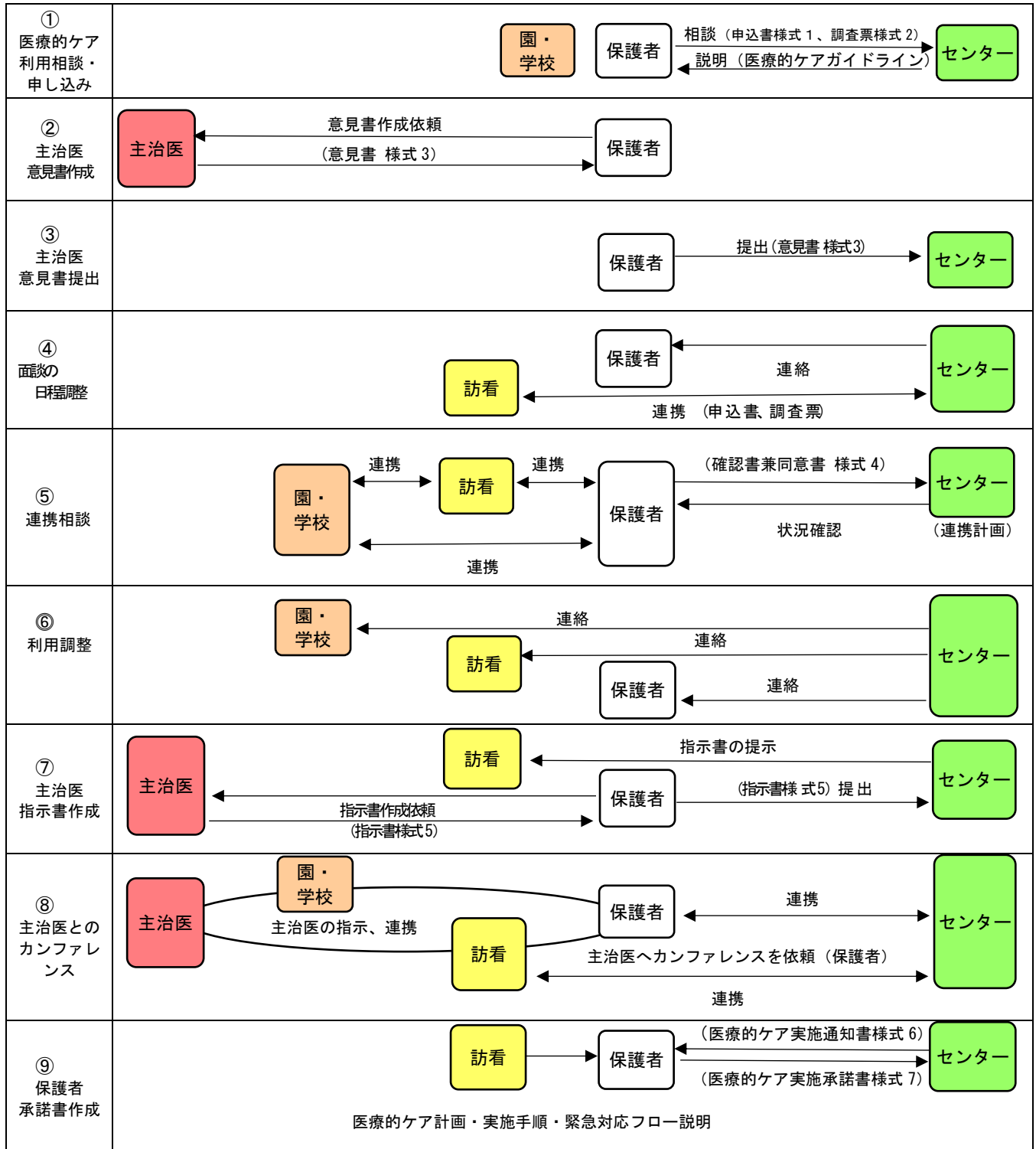
なお、児童が受診する際に、保育施設等職員又は訪問看護師等が同行し、保育施設等における実施状況を主治医に報告し、必要な指示を受けることにも同意します。

【別紙2】（幼小中高用）

園・学校等における医療的ケア開始に向けた手続きの流れ



* 訪看…訪問看護師



高松市教育委員会教育長 宛

令和 年 月 日

医 療 的 ケ ア 実 施 申 込 書 (保護者記入)

ふりがな 児童・生徒名		男 女	年 齢	歳 (年)	生年 月日	年 月 日生
住 所						
電 話 番 号 (携帯電話番号)		園・ 学校名				

○実施を申し込む医療的ケアの内容

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	☐ 経管栄養 (鼻腔経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) ☐ 吸引 (口 ・ 鼻 ・ 気管カニューレ内) ☐ 酸素療法 ☐ 導尿 ・ 自己導尿 (一部要介助 ・ 完全要介助) ☐ インスリン注射 ☐ その他 () ※人工肛門等
----------	--

○かかりつけ医師

病院名		主治医 (名前)	
-----	--	----------	--

○予想される緊急時の対応

予想される緊急時の状態	具体的な対応 (緊急搬送先を含む)

上記の医療的ケアについて、幼稚園・小中高等学校での実施を申し込みます。
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行情報共有が行われること、また、主治医や
発達相談所等から、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

医療的ケアに係る調査票

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 (年)	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 /)						
		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		☐ 身体障害者手帳 (級) ☐ 知的障害者手帳 (療育手帳) (① ・ A ・ ② ・ B) ☐ 精神障害者保健福祉手帳 (級) ☐ 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		☐ 会話 (単語・二語文・文章) ☐ 絵カード ☐ 表情						
内 服 薬		☐ 無 ☐ 有 (薬品名 内服時間)						
て ん か ん		☐ 無 ☐ 有 (頻度 状況)						
アレルギー		☐ 無 ☐ 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	☐ 自立						
		☐ 介助 (一部・全部) ※介助時の注意点 ()						
	姿勢の 保ち方	☐ 自立						
		☐ 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	移 動	☐ 自立 ☐ つかまり歩行 ☐ 歩行器 ☐ バギー ☐ 車椅子 (自走・介助・電動) ☐ その他						

排 泄	尿	尿 意	☐ 無 ☐ 有 (回 / 日)				
		方 法	☐ トイレ ☐ オムツ ☐ 導尿 (回 / 日) ☐ その他 ()				
	便	便 意	☐ 無 ☐ 有 (回 / 日) 使用中の薬剤 ()				
		方 法	☐ トイレ ☐ オムツ ☐ 浣腸 (回 / 日) ☐ その他 ()				
方 法		☐ 経 口	状 況 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (裏面へ続く)				

食 事	内 容		内 容 ☐ 普通食 ☐ 軟食 ☐ きざみ食 ☐ ミキサー食 ☐ 流動食 ☐ その他 ()				
		☐ 経管栄養	種 類	☐ 経鼻栄養 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう			
			製品名 ()	カテーテルサイズ (Fr)			
			注入内容 ()				
			注入量・回数 ()				
			トラブル	☐ 無 ☐ 有 ()			
			交換頻度 (1 回／)				
	☐ I V H	薬剤名 ()					
	血糖値測定	☐ 無 ☐ 有	時 間 (時, 時, 時)				
	インスリン投与	☐ 無 ☐ 有	時 間 (時, 時, 時)				
呼 吸 管 理	気 管 切 開	☐ 無 ☐ 有	カニューレ製品名 ()				
			交換頻度 (1 回／)				
			トラブル ☐ 無 ☐ 有 ()				
	吸 引	☐ 無 ☐ 有	回 数 (回／時間)				
			部 位 ☐ 口腔内 ☐ 鼻腔内 ☐ 気管内				
			カテーテルサイズ (Fr)				
出産時の状況		妊 娠 期 間	(週 日)	単・多	() 胎		
		体 重	() グラム	身長	() cm		
治 療 歴		これまでの治療の経緯について（手術をしている場合は、手術歴も記入する）					
そ の 他		集団生活を送る上で配慮が必要な点					

高松市教育委員会教育長 宛

令和 年 月 日

医療的ケアに関わる主治医意見書

医療機関名		所在地				
電話番号		医師氏名	印			

ふりがな 児童・生徒名		男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月日生
診 断 名					受診 状況	☐ 定期 ☐ 不定期
園・小中高等学校における集団生活の可否	教育・保育中は、他の児童・生徒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。 ☐ 幼稚園・小中高等学校での集団生活は可能 ☐ 幼稚園・小中高等学校での集団生活は不可 ☐ その他（具体的に：_____）					
必要な 医療的ケア	☐ 経管栄養（鼻腔、胃ろう、腸ろう） ☐ 吸引（口腔、鼻腔、気管カニューレ内） ☐ 酸素療法 ☐ 導尿 ☐ その他（_____） ☐ インスリン注射 ☐ 人工肛門					
服薬状況 (処方箋添付可)	☐ 有（内容_____） ☐ 無					
呼吸状況	呼吸障害 ☐ 有（内容_____） ☐ 無					
摂食・嚥下の 状況	経口摂取 ☐ 可 ☐ 一部可 ☐ 不可 誤嚥の有無 ☐ 可 ☐ 無 食 形 態 ☐ 普通食 ☐ きざみ食 ☐ ペースト状 そ の 他 ☐ （内容_____）					

(裏面へ続く)

排尿状態	排尿障害 ☐ 有 (内容) ☐ 無	
発作の状況	けいれん発作 ☐ 有 ☐ 無 (内容) 発作時の対応 ☐ その場で様子を見る ☐ その場で座薬を挿入する ☐ 救急搬送する ☐ その他 (内容)	
予想される緊急時の状況及び対応	状況・頻度	
	対 応	
	緊急搬送の目安	
園・小中学校・高等学校での生活上の配慮及び活動の制限	活動中に特別な配慮を ☐ 必要としない ☐ 部分的に必要とする ☐ 常に必要とする (内容) 活動の制限 ☐ 基本的生活は可能だが運動は不可 ☐ 軽い運動には参加可 ☐ 中等度の運動には参加可 ☐ 体育など、強い運動にも参加可	
その他		

医療的ケアを必要とする児童生徒の教育・保育に関する確認書兼同意書

各園・学校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	「医療的ケアガイドライン」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。	☐
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、保護者が付き添います。また、教育・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。	☐
3	各園・学校での感染症が一定以上発症した場合の登園・登校判断は、保護者等の責任で行います。また、各園・学校の判断で登園・登校を控えていただく場合がありますことを了承します。	☐
4	各園・学校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	医療的ケア児の症状に急変が生じ、緊急事態と各園・学校が判断した場合は、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。	☐
6	医療的ケア児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、各園・学校に速やかに相談することを了承します。	☐
7	各園・学校の人員、設備環境等の状況により、各園・学校での医療的ケア児の受け入れができなくなる場合がありますことを了承します。	☐
8	医療的ケア児の状況について、学校医と情報共有するほか、教育・保育を実施するうえで必要な範囲で、他の児童・生徒やその保護者との間で共有する場合がありますことを了承します。	☐
9	1～8のほか、各園・学校との間で取り決めた事項を順守します。	☐

以上の医療的ケアを必要とする児童・生徒の保育・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） 氏 名			
申込児童生徒 氏 名		生年月日	年 月 日

令和 年 月 日

医療的ケア実施に関する指示書

医療機関名		所在地	
電話番号		医師氏名	印

児童・生徒名		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	☐ 有 ☐ 無	カニューレ製品名 () 交換頻度 1 回／				
酸素吸入	☐ 有 ☐ 無	流量 (ℓ／分) ☐ 経鼻 ☐ 気管内				
吸 引	☐ 有 ☐ 無	回 数 約 回／日 部 位 ☐ 口腔内 ☐ 鼻腔内 ☐ 気管内 カテーテルサイズ(Fr) ☐ 8 ☐ 1 0 ☐ 1 2				
経管栄養	☐ 有 ☐ 無	種 類 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻 ☐ 腸ろう 製品名 () 注入内容 () 注入量・回数 () カテーテルサイズ(Fr) ()				
導 尿	☐ 有 ☐ 無	カテーテル製品名 () カテーテルサイズ(Fr) () 回 数 約 回／日				

(裏面に続く)

令和 年 月 日

(保護者名) 様

高松市教育委員会教育長

医療的ケア実施通知書

申込みが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・生徒名

ふりがな 児童・生徒名		男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
----------------	--	--------	--------	---	----------	--------

2 実施園・学校名

園・学校名		学 年	
-------	--	--------	--

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、常に連絡が取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、結果や支持を各施設・学校に連絡ください。
- (2) 登園・登校時、児童の健康状態について、担任や看護師等に連絡し、当日医療的ケアの内容について確認し合ってください。
- (3) 医療的ケアの実施に必要な用具、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、ご家庭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。

高松市教育委員会教育長 宛

令和 年 月 日

（園・学校名） 園・学校 年

（児童・生徒名）

（生 年 月 日）

（保 護 者 名）

医療的ケア実施承諾書

実施通知書及び医療的ケアガイドライン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、医療的ケア児が受診する際に、職員又は看護師等が同行し、各園・学校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。

(放課後児童クラブ用様式1)

高松市長 宛

令和 年 月 日

医 療 的 ケ ア 実 施 申 込 書 (保護者記入)

ふりがな 児 童 名		男 女	年 齢	歳 (年)	生年 月日	年 月 日生
児 童 の 住 所						
電 話 番 号 (携帯電話番号)		学校名				

○実施を申し込む医療的ケアの内容

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	☐ 経管栄養 (鼻腔経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) ☐ 吸引 (口 ・ 鼻 ・ 気管カニューレ内) ☐ 酸素療法 ☐ 導尿 ・ 自己導尿 (一部要介助 ・ 完全要介助) ☐ インスリン注射 ☐ その他 () ※人工肛門等
----------	--

○かかりつけ医師

病院名		主治医 (名前)	
-----	--	----------	--

○予想される緊急時の対応

予想される緊急時の状態	具体的な対応 (緊急搬送先を含む)

上記の医療的ケアについて、放課後児童クラブでの実施を申し込みます。

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行情報共有が行われること、また、主治医や発達相談所等から、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

令和 年 月 日

(保護者名) 様

高松市長

医療的ケア実施通知書

申込みが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

ふりがな 児 童 名		男 女	年 齢	歳	生年 月 日	年 月 日生
---------------	--	--------	--------	---	-----------	--------

2 放課後児童クラブ名

クラブ名		学 年	
------	--	--------	--

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、常に連絡が取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、結果や支持を放課後児童クラブに連絡ください。
- (2) 児童の健康状態について、担当者や看護師等に連絡し、当日医療的ケアの内容について確認し合ってください。
- (3) 医療的ケアの実施に必要な用具、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、ご家庭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。

高松市長 宛

令和 年 月 日

(クラブ名) 放課後児童クラブ

(児 童 名)

(生 年 月 日)

(保 護 者 名)

医療的ケア実施承諾書

実施通知書及び医療的ケアガイドライン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、医療的ケア児が受診する際に、職員又は看護師等が同行し、放課後児童クラブ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。