

# 医療的ケア児の保育所入所に関するガイドライン

令和5（2023）年9月

豊明市健康福祉部こども保育課

# はじめに

令和3年（2021年）9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」が施行され、保育所等において医療的ケア児を受け入れる支援体制の拡充が求められることになりました。

近年、医療技術の進歩に伴い、日常生活を送るうえで医療的ケアを必要としている子どもの数は年々増加し、医療的ケア児の保育ニーズも高まっています。

このような中で、医療的ケア児の受け入れにあたり、集団で過ごすうえで安全で安心できる保育環境をどのように整えるかを明確にすることが求められています。

そこで、こうした状況を踏まえ豊明市では、「医療的ケア児の保育所入所に関するガイドライン」を策定し、医療的ケア児の保育所等への入園に関する事前相談の段階から入園後の医療的ケアの実施体制等に関する基本的な考え方をまとめました。

このガイドラインを活用し、保護者、市、保育所等の関係機関が共通認識のもと連携し、お子様の保育所等への入所を円滑に行い、医療的ケア児の支援体制の充実、保育環境の整備に繋がっていきます。

令和5年（2023年）9月

豊明市健康福祉部こども保育課

# 目次

## I 基本的事項

1 受入要件	1
2 医療的ケアの内容	1
3 対象児童	1
4 受入体制	2

## II 入所及び医療的ケア開始までの手続

1 事前相談	3
2 豊明市障害者地域自立支援協議会子ども部会への意見聴取及び 豊明市入所処遇会議の開催	3
3 入所申込～利用調整	4
4 内定～医療的ケアの依頼	4
5 実技研修～医療的ケアの開始	5

## III 入所後の継続等

1 医療的ケア児の継続審査	6
2 医療的ケアの内容変更	6
3 長期欠席の取扱い	7

## IV 医療的ケアの実施体制等

1 医療的ケアの安全実施体制	8
2 緊急時の対応	9
3 職員研修	10

## V 保護者の了承事項

1 保育利用	11
2 医療的ケア	11
3 ならし保育	12
4 体調管理及び保育の利用中止等	12
5 緊急時及び災害時の対応等	13
6 情報の共有等	14
7 その他	14

# 1 基本的事項

## 1 受入要件

保育所における医療的ケア児の受入れに当たっては、次の要件を満たすことを基本とします。

- ア お子さんとその保護者が豊明市民であり、保護者の就労等の理由により、保育所等で保育を行うことが必要であると認められること。
- イ 保育所等における集団保育を実施することが適切であると認められること。
- ウ 保育所等における受入体制が整えられていること。

## 2 医療的ケアの内容

次の項目を基本とし、各保育所で実施可能な医療的ケアを行います。その他のケアを希望する場合は御相談ください。

- ア 喀痰吸引
- イ 経管栄養
- ウ 導尿
- エ その他（市長が実施を認めた医療的ケア等）

## 3 対象児童

3歳児以上を基本とし、主治医から集団保育が可能であると判断されている児童を対象とします。その他の保育年齢の場合は御相談ください。

## 4 受入体制

保育中の医療的ケアは、医師の指示に基づき、必要な研修等を修了した担当看護師が行い、児童全体の保健管理を行う看護師とは別に配置します。医療的ケア児の受入体制については次のとおりとします。

- ア 受入時期は、4月1日入所を基本とします。
- イ 実施施設は、原則豊明市立青い鳥保育園とします。
- ウ 医療的ケア児の受入時間の範囲は、月曜日から金曜日（祝日を除く）の1日8時間以内（担当看護師が対応可能な時間帯）を原則とします。

## II 入所及び医療的ケア開始までの手続

### 1 事前相談

- (1) 保護者は、こども保育課への事前相談及び保育所の施設見学等を行います。こども保育課は、本ガイドラインに基づき、医療的ケア児の受入れに関する基本的事項、手続きの流れ等について説明を行います。
- (2) 保護者は、「医療的ケアに関する主治医の意見書」（様式第1号）の作成を申込児童の主治医に依頼します。また、保護者は「保育所における医療的ケアの実施に係る相談票」（様式第2号）を作成します。
- (3) 保護者は、「医療的ケアに関する主治医の意見書」（様式第1号）、「保育所における医療的ケアの実施に係る相談票」（様式第2号）及び「医療的ケア児面接記録票」（様式第3号）をこども保育課に提出します。こども保育課は、児童の発育等について聞き取りを行います。

#### 使用する様式

- ▶ 医療的ケアに関する主治医の意見書（様式第1号）、保育所における医療的ケアの実施に係る相談票（様式第2号）、医療的ケア児面接記録票（様式第3号）

### 2 豊明市障害者地域自立支援協議会子ども部会への意見聴取及び豊明市入所処遇会議の開催

- (1) 保護者からの相談を受け、必要に応じて豊明市障害者地域自立支援協議会子ども部会へ意見聴取を行い、豊明市入所処遇会議にて申込児童に対して集団保育を実施することが適当であるか、次の基準によって審査します。

- ア 申込児童の主治医が、集団保育が可能であると認めていること。
- イ 疾患はあるが、入院して治療する必要がなく容態も安定していること。
- ウ 医療的ケアが日常生活の一部として定着していること。

- エ 日常的に他児から隔離した場で保育が必要でないこと。
- オ 看護師による、つきっきりの看護が必要でないこと。
- カ 状態の変化により、集団生活に著しく影響があると判断されることのないこと。

- (2) こども保育課は、申込児童の集団保育の可否について、「集団保育の適否結果通知書」(様式第4号)によって通知します。

#### 使用する様式

- ▶ 集団保育の適否結果通知書(様式第4号)

### 3 入所申込 ～ 利用調整

- (1) 保護者は、入所申込書類(「保育所等利用申込書(兼保育児童台帳)」、「教育・保育給付認定申請書」、認定事由を確認できる書類(就労証明書等))に、「集団保育の適否結果通知書」(様式第4号)の写し及び「医療的ケア児の保育に関する同意書」(様式第5号)を添付してこども保育課に提出します。
- (2) こども保育課は、提出された入所申込書類に基づき利用調整を行い、保護者に対して結果を通知します。

#### 使用する様式

- ▶ 集団保育の適否結果通知書(様式第4号)、  
医療的ケア児の保育に関する同意書(様式第5号)

### 4 内定 ～ 医療的ケアの依頼

- (1) 保護者は、利用調整により保育所への入所が内定した場合、入所前の面接や健康診断等、必要な手続を行います。
- (2) 保護者は、「医療的ケア依頼書」(様式第6号)及び主治医の作成した「医療的ケア指示書」(様式第7号)をこども保育課に提出します(本ガイドラインに定められた指示書以外でも使用可能な場合がありますので、他事業の利用等のためにすでに指示書を取得して

いる方は御相談ください)。こども保育課は、「医療的ケア指示書」(様式第7号)の写しを保育所と共有します。

#### 使用する様式

- ▶ 医療的ケア依頼書(様式第6号)、医療的ケア指示書(様式第7号)

## 5 実技研修 ～ 医療的ケアの開始

- (1) 担当看護師は、「医療的ケア指示書」(様式第7号)に基づき、入所児童に対する医療的ケアを確実に実施できるよう実技研修を行います(保護者は実技研修に立ち会います)。また、担当看護師は当該医療的ケアの個別マニュアル(緊急時の対応方法を含む)を保護者の確認のもと作成します。
- (2) 担当看護師は、主治医等による修了確認及び個別マニュアルの確認を受けます(主治医に確認を受ける場合は、主治医医療機関への同行受診等を行います)。
- (3) こども保育課は、担当看護師の研修修了及び個別マニュアルの作成を確認し、「医療的ケア実施決定通知書」(様式第8号)により保護者に医療的ケアの実施決定を通知します。
- (4) 保育所は、こども保育課による「医療的ケア実施決定通知書」(様式第8号)の発行をもって、担当看護師による医療的ケアを開始します。

#### 使用する様式

- ▶ 医療的ケア実施決定通知書(様式第8号)



## III 入所後の継続等

### 1 医療的ケア児の継続審査

- (1) こども保育課は、年度単位で医療的ケア児の継続審査を実施します。継続審査に当たっては、保護者に「医療的ケア依頼書」（様式第6号）及び「医療的ケア指示書」（様式第7号）の提出を求め、必要に応じて豊明市障害者地域自立支援協議会子ども部会への意見聴取及び豊明市入所処遇会議を開催します（保護者は、保育所継続に必要な手続を別途行います）。また、担当看護師は「医療的ケア実施報告書」（様式第9号）を作成し、保育所での医療的ケアの実施状況について、主治医へ必要に応じて報告します。
- (2) 継続審査の結果、集団保育の実施が適当であると認められた場合、こども保育課は「医療的ケア実施決定通知書」（様式第8号）により保護者に医療的ケアの実施決定を通知します。集団保育の実施が不適当であると認められた場合は、原則として退所となります。
- (3) 保育所は、こども保育課による「医療的ケア実施決定通知書」（様式第8号）の発行をもって、担当看護師による医療的ケアを実施します。

#### 使用する様式

- ▣ 医療的ケア依頼書（様式第6号）、医療的ケア指示書（様式第7号）、  
医療的ケア実施決定通知書（様式第8号）、医療的ケア実施報告書（様式第9号）

### 2 医療的ケアの内容変更

- (1) 入所後、年度単位の継続審査前において、医療的ケアの内容に変更がある場合、保護者は「医療的ケア依頼書」（様式第6号）、「医療的ケア指示書」（様式第7号）をこども保育課に提出します。
- (2) こども保育課は、保育所における集団保育の継続実施について、必要に応じて豊明市障害者地域自立支援協議会子ども部会への意見聴取及び豊明市入所処遇会議を開催します。内

容変更後の医療的ケアの実施及び集団保育の継続が適当であると判断された場合、担当看護師は実技研修を行い、個別マニュアルを保護者の確認のもと作成します。こども保育課は、担当看護師の研修修了及び個別マニュアルの作成を確認し、保護者に対して「医療的ケア実施決定通知書」（様式第8号）により医療的ケアの実施について通知します（内容変更後の医療的ケアの実施又は集団保育の継続が適当でないとは判断された場合は、原則として退所となります）。

- (3) 保育所は、こども保育課による「医療的ケア実施決定通知書」（様式第8号）の発行をもって、担当看護師による医療的ケアを開始します。
- (4) 医療的ケアが終了する場合、保護者は「医療的ケア終了届」（様式第10号）をこども保育課に提出します。提出書類、児童の健康状態等を確認し、医療的ケアの終了が適切であると認められた場合、通常の保育利用に変更となります。

#### 使用する様式

- ▶ 医療的ケア依頼書（様式第6号）、医療的ケア指示書（様式第7号）、  
医療的ケア実施決定通知書（様式第8号）、医療的ケア終了届（様式第10号）

### 3 長期欠席の取扱い

入院等の長期欠席の後に登園可能となった場合、こども保育課は、集団保育の再実施について、必要に応じて主治医又は豊明市障害者地域自立支援協議会子ども部会への意見聴取及び豊明市入所処遇会議を開催します。

# IV 医療的ケアの実施体制等

## 1 医療的ケアの安全実施体制

### (1) 医療的ケア実施に関する情報の共有

保育所は、「医療的ケアに関する主治医の意見書」（様式第1号）、「医療的ケア指示書」（様式第7号）の内容を確認し、主治医等の指導及び助言を受け、医療的ケアを実施します。医療的ケアに関する情報は、保育所長、保育士、看護師等職員間で共有します。

また、保育所における医療的ケアの実施に当たって、市は医療的ケアの安全実施をマネジメントする体制を構築します。

### (2) 関係者の役割

児童が保育所内で安全に医療的ケアを受けながら、集団保育の中で快適に過ごせるように、保育所長、保育士、看護師等の職員、嘱託医等が連携・協働します。

ア 保育所長は、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、職員育成等を行います。

イ 保育士は、担当看護師、保育所看護師及び保護者と連携して日々の児童の健康状態を把握し、集団保育を行い、保育所での生活の状況を保護者に報告します。

ウ 担当看護師は、保育士、保育所看護師及び保護者と連携して児童の健康状態を把握します。また、主治医の指示書に基づき、保護者の理解及び同意のもと、保育士と相互に協力し、安全に医療的ケアを実施します。医療的ケアの実施状況と健康状態について、保護者に報告します。

エ 保育所看護師（医療的ケアを担当しない看護師）は、入所児童の全般的な保健管理を行います。また、必要に応じて担当看護師と連携し、医療的ケアの実施等について支援を行います。

オ 嘱託医は、児童の健康診断を行います。また、必要に応じて主治医や専門機関等と連携し、職員への助言等を行います。

(3) 衛生管理

保育所は、医療的ケアの実施場所について、感染防止のため環境の整備を行います。

また、児童が使用する医療的ケアの物品・備品等については登園時に受け取り、保護者と申し合わせを行った上で衛生的に保管・管理します。

(4) 文書管理

医療的ケア児の保育及び医療的ケアの実施に関する文書は、実施施設又はこども保育課において必要期間保管します。

## 2 緊急時の対応

- (1) 保育所は、医療的ケア児の健康管理・事故防止のため、主治医、嘱託医等の協力のもとに保育を実施します。また、緊急時に備えて、尾三消防本部との情報共有等を行います。
- (2) 緊急時には、主治医や医療機関との連携を行い、「医療的ケア指示書」（様式第7号）に基づき作成した個別マニュアルに沿って対応します。
- (3) 保育所は、緊急時の対応について事前に十分な説明を行い、保護者から同意を得ます。
- (4) 体調の急変等の緊急時に際しては、発見者等からの連絡を受けた保育所長の指示のもと、児童の状況を主治医医療機関及び保護者に連絡し、必要に応じて救急車にて搬送します。

緊急対応については、保育所と主治医医療機関及び保護者との情報共有後、保護者が主治医に報告します。

- (5) 保護者は、児童の体調が悪化した等の理由により、保育所が保育の継続が困難と判断した場合、保育所等からの連絡により利用時間の途中でであっても児童の引き取りをします。病院搬送時には、病院に直行します。

### 3 職員研修

こども保育課及び保育所は、医療的ケア児の受け入れにあたって、児童の発達過程や疾病の状況等を踏まえ、集団における子どもの育ちに合わせた支援を提供するために、医療的ケア児に関わる可能性がある職員が必要な知識や技術を身につけられるよう、研修等の機会確保に努めます。

## V 保護者の了承事項

### 1 保育利用

- (1) 保育の利用日及び利用時間は、月曜日から金曜日（祝日を除く）の1日8時間以内（担当看護師が対応可能な時間帯）を原則とします。
- (2) 保護者は、入所申込前に「医療的ケアに関する主治医の意見書」（様式第1号）、「保育所における医療的ケアの実施に係る相談票」（様式第2号）及び「医療的ケア面接記録票」（様式第3号）をこども保育課に提出し、集団保育の実施について審査を受けます。
- (3) 保護者は、毎年度「医療的ケア依頼書」（様式第6号）及び「医療的ケア指示書」（様式第7号）をこども保育課に提出し、集団保育及び保育所における医療的ケアの実施についての継続審査を受けます。

### 2 医療的ケア

- (1) 市が発行する「医療的ケア実施決定通知書」（様式第8号）に記載された決定内容に従って、担当看護師による医療的ケアを実施します。医療的ケアの開始に係る手続が完了するまでの間に保育利用を希望する場合は、保護者が付き添って登園し、医療的ケアを実施する必要があります。
- (2) 保育所において医療的ケアを実施する上で主治医の指導又は助言が必要となる場合、担当看護師等が保護者の受診に同行し、主治医との相談を行うことがあります。
- (3) 保育所では、関係法令及び主治医の指示書等に基づいて、医療的ケア及び緊急時の対応を行います。

- (4) 保護者は、児童の医療的ケアの内容に変更があった場合、その内容を速やかに保育所長に報告するとともに、「医療的ケア依頼書」（様式第6号）、「医療的ケア指示書」（様式第7号）をこども保育課に提出し、集団保育の実施についての継続審査を受けます。
- (5) 保育所において医療的ケアを実施するに当たって、必要文書の発行に要する費用等、医療的ケアの実施手続に要する経費については保護者負担となります。
- (6) 保護者は、医療的ケアの実施に必要な医療機器、医療用具、医薬品及び消耗品等を不足なく準備、点検及び整備し、登園時、保育所に受け渡します。また、使用後の物品は原則家庭に持ち帰ります。

### 3 ならし保育

一定の期間、保護者付き添いのもとならし保育（※1）を実施します。期間及び保育時間については、保育所長と相談の上定めます。児童の様子や状態によっては、この間の保育時間が短縮されたり、期間が延長・短縮されたりする場合があります。

（※1）児童が新しい環境に徐々に慣れていくことを目的とするとともに、安全に預かるための保育や医療的ケア等を実施するための必要事項を調整します。

### 4 体調管理及び保育の利用中止等

- (1) やむを得ない事情により担当看護師が勤務できない場合には、あらかじめ保護者等に保育中の医療的ケアが実施できない旨を説明し、保護者等に付き添いをお願いすることがあります。また、保育中の医療的ケア実施の体制が取れない場合は、保育の利用ができないことがあります。
- (2) 登園前には健康観察を行ってください。顔色、動作、食欲、体温等がいつもと違い、体調が悪いときには、保育の利用を控えてください。

- (3) 発熱、下痢、嘔吐、けいれん重積等の体調不良の場合や、熱がなくても感染症の疑いがある場合は、保護者等に連絡するため、必ず連絡が取れるようにしてください。また、体調不良により保育の継続が困難と判断した場合には、利用時間の途中であっても保育の利用を中止し、保護者等による児童の引き取りをお願いします。
- (4) 集団保育の場では、感染症にかかるリスクが高くなることも予想されます。保育所内で感染症が一定数以上発生した場合、保育所からの情報により、保護者等が保育を利用するかどうか判断してください。また、保育所長の判断で保育の利用を控えていただく場合があります。
- (5) 保育所が必要と認める時には、主治医等を受診してください。なお、その費用は保護者等の負担となります。
- (6) 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となった場合で、内容変更後の医療的ケアの実施又は集団保育の継続が適当でないと判断された場合は、原則として退所となります。また、保育所の人員、施設又は設備の状況により、当該保育所での児童の受入れができなくなる場合があります。

## 5 緊急時及び災害時の対応等

- (1) 児童の症状に急変が生じ、保育所長が緊急事態と判断した場合や、その他必要な場合には、主治医医療機関等に連絡を行い必要な措置を講じます。同時に、児童の保護者等に連絡を行います。また、保護者等へ連絡する前に児童を医療機関等に搬送し、受診又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となります。
- (2) 挿入物の事故抜去等の緊急時については、「医療的ケア指示書」（様式第7号）に基づき個別マニュアルに記載し、保護者の同意の上、それに沿って対応します。



- (3) 災害時対策として、万が一保護者等が迎えに来られないことがある可能性を想定し、1日分の薬と食事（栄養剤）を持参してください。また、医療的ケアの使用物品もストックしておいてください。

## 6 情報の共有等

- (1) 医療的ケア児に対して安心安全な保育を提供するために、保護者から提出された申請内容等については豊明市障害者地域自立支援協議会子ども部会及び豊明市入所処遇会議、保育所長、保育士、看護師等関係機関で情報を共有します。また、必要に応じて、保護者同意の上、児童が利用する専門機関等（障害児通所支援事業者、障害児相談支援事業者、訪問看護ステーション等）と情報交換等を行い、豊明市障害者地域自立支援協議会子ども部会及び豊明市入所処遇会議等関係機関と情報を共有します。
- (2) 緊急時の対応のために、市に提出された「医療的ケアに関する主治医の意見書」（様式第1号）、「医療的ケア指示書」（様式第7号）等の内容を主治医医療機関以外の医療機関及び尾三消防本部に情報提供する場合があります。
- (3) 医療的ケアが必要な児童の状況に関して、集団保育を実施する上で必要な事項については、ほかの児童の保護者との間で共有する場合があります。

## 7 その他

上記1～6のほか、必要に応じ保育所との間で取り決めた事項を順守してください。

# 様式集

## 様式第 1 号 医療的ケアに関する主治医の意見書〔主治医〕

- ▶ 事前相談時に、児童の状態や集団保育の適否等を確認するために使用します。

## 様式第 2 号 保育所における医療的ケアの実施に係る相談票〔保護者〕

- ▶ 事前相談時に使用します。

## 様式第 3 号 医療的ケア見面接記録票〔保護者〕

- ▶ 事前相談時に、児童のアセスメント等を行うために使用します。

## 様式第 4 号 集団保育の適否結果通知書〔市〕

- ▶ 豊明市障害者地域自立支援協議会子ども部会への意見聴取及び豊明市入所処遇会議の結果を通知するために使用します。

## 様式第 5 号 医療的ケア児の保育に関する同意書〔保護者〕

- ▶ 「保護者の了承事項」の確認のために使用します。

## 様式第 6 号 医療的ケア依頼書〔保護者〕

- ▶ 医療的ケアの開始、継続、変更時に使用します。

## 様式第 7 号 医療的ケア指示書〔主治医〕

- ▶ 主治医から担当看護師への医療的ケアの指示のために使用します。

## 様式第 8 号 医療的ケア実施決定通知書〔市〕

- ▶ 保護者に対して、医療的ケアの実施決定について通知するために使用します。

## 様式第 9 号 医療的ケア実施報告書〔担当看護師〕

- ▶ 保育所における医療的ケアの実施状況について、主治医へ必要に応じて報告するために使用します。

## 様式第 10 号 医療的ケア終了届〔保護者〕

- ▶ 保育所における医療的ケアの実施を終了する際に使用します。

豊明市長 殿

医療的ケアに関する主治医の意見書

この意見書は、医療的ケアを必要とする児童が保育所を利用するに当たって、その状態等を把握するために使用します。保育所は集団生活となるため、生活をする上での配慮の必要性等についてもご意見を聞かせください。

なお、下記内容については、豊明市障害者地域自立支援協議会子ども部会、豊明市入所処遇会議及び利用を希望する保育所に対し情報提供します。

児童氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病名・障害名・状態像	
症状、今後の見通し等 (手術や治療の予定等)	
必要な医療的ケア	<input type="checkbox"/> 酸素療法 ( <input type="checkbox"/> 酸素吸入 [ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 鼻腔 ] <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 ) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 ( <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部 ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう ) <input type="checkbox"/> 導尿 ( <input type="checkbox"/> 一部要介助 <input type="checkbox"/> 完全要介助 ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
保育所での集団生活、 医療的ケアの可否	<small>※乳幼児が長時間にわたり集団生活をする保育所では、午睡や食事、集団での遊びなど濃厚な接触の機会が多くあります。医療的ケア児専用の清潔な部屋での対応ではなく集団の中での保育となるため、一般的には感染症を防ぐのは困難な環境にあります。</small> <input type="checkbox"/> 可 (理由： _____ ) <input type="checkbox"/> 不可 (理由： _____ )
集団生活を送る上での配慮	1 健康状態についての配慮 : <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	2 食事についての制限や配慮 : <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	3 排泄についての配慮 : <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	4 睡眠についての配慮 : <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	5 運動についての制限や配慮 : <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	6 屋外運動についての制限や配慮 : <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	7 感覚異常 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	8 コミュニケーション : <input type="checkbox"/> とれる <input type="checkbox"/> 苦手
	9 言葉の遅れ : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	10 その他特記すべき配慮 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	※ 1～10 についての具体的な内容について記入してください。
運動の区分 (別紙参照)	<input type="checkbox"/> 運動不可 <input type="checkbox"/> 軽い運動には参加可 <input type="checkbox"/> 中等度の運動まで参加可 <input type="checkbox"/> 強い運動にも参加可 ※ 特記事項があれば記入してください。



運動の区分について（参考）

	軽い運動※1の例	中等度の運動※2の例	強い運動※3の例
0歳児	<ul style="list-style-type: none"> <li>腕や足の曲げ伸ばしや開閉をする</li> <li>すべり台（室内用）を大人にさせてもらう</li> <li>抱っこされる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手を握って体を起こす</li> <li>散歩（10分程度）</li> <li>抱っこして左右に揺らす</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>水遊び（手足を水につける）</li> <li>布に乗せて揺らす</li> <li>激しく泣く</li> <li>音楽に合わせて全身を揺らす</li> </ul>
1歳児	<ul style="list-style-type: none"> <li>砂遊び</li> <li>すべり台を自分で滑る</li> <li>ボールを追う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>散歩（最高1km 往復 30分程度）</li> <li>階段の上り下り（室内2往復程度）</li> <li>コンビカーに乗る</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>走る</li> <li>水遊び（腰まで水につける）</li> <li>坂登り</li> <li>音楽に合わせて全身を動かす</li> </ul>
2歳児	<ul style="list-style-type: none"> <li>砂遊び</li> <li>すべり台を自分で滑る</li> <li>その場でジャンプする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>散歩（最高2km 往復 40分程度）</li> <li>階段の上り下り（歩道橋等）</li> <li>三輪車をこぐ</li> <li>ボールを投げたり蹴ったりする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>走る（鬼ごっこを休憩しながら 15分程度）</li> <li>水遊び（胸まで水につける）</li> <li>プール遊び（プール内で 15分程度）</li> <li>高いところから飛び降りる（50cm程度）</li> <li>音楽に合わせてリズムカルに動く</li> </ul>
3歳児	<ul style="list-style-type: none"> <li>砂遊び</li> <li>すべり台を自分で滑る</li> <li>ボールを投げたり蹴ったりする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>散歩（最高3km 往復 50分程度）</li> <li>階段の上り下り（歩道橋等）</li> <li>鉄棒のぶら下がり</li> <li>三輪車をこぐ</li> <li>マット遊び</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>走る（鬼ごっこを休憩しながら 20分程度）（長距離かけっこ 200m）</li> <li>水遊び</li> <li>プール遊び（プール内で 15分程度）</li> <li>高いところから飛び降りる（60cm程度）</li> <li>音楽に合わせて全身を動かす</li> </ul>
4歳児	<ul style="list-style-type: none"> <li>砂遊び</li> <li>すべり台を自分で滑る</li> <li>ボールを投げたり蹴ったりする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>散歩（最高4km 往復1時間程度）</li> <li>階段の上り下り（歩道橋等）</li> <li>鉄棒の前回り、足抜き回り</li> <li>登り棒を補助されて登る</li> <li>水遊び</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>走る（鬼ごっこを休憩しながら 30分程度）（長距離かけっこ 300m）</li> <li>プール遊び（プール内で 20分程度）</li> <li>ドッジボール</li> <li>相撲</li> <li>縄跳び</li> <li>太鼓橋を渡る</li> <li>音楽に合わせて全身を動かす</li> </ul>
5歳児	<ul style="list-style-type: none"> <li>砂遊び</li> <li>すべり台を自分で滑る</li> <li>ボールを投げたり蹴ったりする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>散歩（最高5km 往復1時間 15分程度）</li> <li>鉄棒の前回り</li> <li>物を運ぶ（給食、バケツの水）</li> <li>登り棒を自分で上まで登る</li> <li>太鼓橋を渡る</li> <li>水遊び</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>走る（鬼ごっこを休憩しながら 40分程度）（長距離かけっこ 500m）</li> <li>プール遊び（プール内で 20～30分程度）</li> <li>跳び箱を助走して跳ぶ</li> <li>鉄棒の逆上がり</li> <li>相撲</li> <li>サッカー</li> <li>ドッジボール</li> <li>縄跳び</li> <li>音楽に合わせて全身を動かす</li> </ul>

※1 同年齢の平均的乳幼児にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動

※2 同年齢の平均的乳幼児にとって、少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動で、身体の強い接触を伴わないもの

※3 同年齢の平均的乳幼児にとって、息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動

保護者記入用

様式第2号

保育所における医療的ケアの実施に係る相談票

1 児童について

(ふりがな) 児童氏名		性別	
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所			
電話番号			

2 必要とする医療的ケア

医療的ケアの内容		保育所で実施を希望する回数・時間
喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部	
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	
<input type="checkbox"/> 導尿		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

上記の医療的ケアについて、保育所での実施を希望します。  
また、市が受入れの検討等を行う際、関係機関で必要書類の複写等を行ない情報共有が行われることに同意します。

記入日： 年 月 日

保護者氏名： \_\_\_\_\_

医療的ケア児面接記録票

児童氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

記載者氏名： \_\_\_\_\_ 面接実施日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

発 育 の 経 過	出生時の身長／体重	身長： _____ cm / 体重： _____ kg	
	在胎週数	_____ 週（修正月齢での保育が必要な場合 _____ か月）	
	出生時の状況		
	手帳等の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ _____ 級） <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当（ _____ 級） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ _____ 級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ A・B ）	
	動作・歩行等	首すわり	<input type="checkbox"/> した（ _____ か月） <input type="checkbox"/> しない
		寝返り	<input type="checkbox"/> した（ _____ か月） <input type="checkbox"/> しない
		お座り	<input type="checkbox"/> した（ _____ か月） <input type="checkbox"/> しない
		ハイハイ	<input type="checkbox"/> した（ _____ か月） <input type="checkbox"/> しない
		つかまり立ち	<input type="checkbox"/> した（ _____ か月） <input type="checkbox"/> しない
		歩き始め	<input type="checkbox"/> した（ _____ か月） <input type="checkbox"/> しない
	ひきつけ・発作	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 初回（ _____ 歳 _____ か月） 発作時の発熱 <input type="checkbox"/> 有（ _____ ℃程度） <input type="checkbox"/> 無 現在までの発作回数（ _____ 回）	
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____ ）	
	下肢	<input type="checkbox"/> 歩く <input type="checkbox"/> 歩けない <input type="checkbox"/> 歩くが走れない <input type="checkbox"/> ひとりでやっとな歩く <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
	上肢	<input type="checkbox"/> 細かい動きが難しい <input type="checkbox"/> 片手が不自由 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
	利き手	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
	視力	<input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
聴力	<input type="checkbox"/> よく聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえが悪い <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
話し始め	喃語（ _____ か月） 意味のある単語（ _____ か月）		
現在の言葉	<input type="checkbox"/> よく話す <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 会話のやりとりができる <input type="checkbox"/> 単語を言う（ _____ ） <input type="checkbox"/> 話せないが相手の言うことは分かる <input type="checkbox"/> 話せない		
服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（種類・回数等： _____ ）		

食	時刻	朝食（            時頃） 昼食（            時刻） 夕食（            時頃）
	食欲	<input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小食
	おやつ	1日（            回） / 時刻（            ） 内容（            ）
	偏食・嗜好	好きなもの（            ） 嫌いなもの（            ）
	食べ方	<input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 助けがあれば自分で食べる <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう
	食具	<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> 経管栄養
排	おむつ使用	<input type="checkbox"/> 有（1日の交換回数：            回） <input type="checkbox"/> 無
	排尿	<input type="checkbox"/> 教える <input type="checkbox"/> 出てから教える <input type="checkbox"/> 教えない <input type="checkbox"/> 時間で連れていく（            時間）間隔
	排便	<input type="checkbox"/> 教える <input type="checkbox"/> 出てから教える <input type="checkbox"/> 教えない 回数（            日に            回） 時間（ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 不定 ）
	導尿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
睡	起床	時刻（            時            分頃） 寝起き（ <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い ）
	就寝	時刻（            時            分頃） 寝つき（ <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い ）
	寝かせ方	<input type="checkbox"/> ひとりで寝る <input type="checkbox"/> 添い寝する <input type="checkbox"/> 大人がそばにいる <input type="checkbox"/> 抱いて寝かせる <input type="checkbox"/> その他（            ）
	昼寝	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する（            時            分 ～            時            分）
	くせ	
生	着脱	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 簡単な衣服なら自分でできる <input type="checkbox"/> 少し手助けをすればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> ボタンのはめ外しができる <input type="checkbox"/> スナップのはめ外しができる
	遊び	好きな遊び（            ） テレビ（1日            時間） 視聴内容（            ）
	用具等	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 座位保持いす <input type="checkbox"/> 吸引気 <input type="checkbox"/> 注入ポンプ <input type="checkbox"/> 栄養剤 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ <input type="checkbox"/> その他（            ）
そ の 他	主に世話をする人	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他（            ）
	家庭での呼び名	
	集団経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（施設名等：            ）
	面接時の様子	
	特記事項等	



様式第4号

第 号  
年 月 日

様

豊明市長

集団保育の適否結果通知書

集団保育の適否について、下記のとおりお知らせします。

記

児 童 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
集団保育の適否	<input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 不適当
特 記 事 項	

豊明市長 宛て

医療的ケア児の保育に関する同意書

1 保育利用について

- (1) 保育の利用日及び利用時間は、月曜日から金曜日（祝日を除く）の1日8時間以内（担当看護師が対応可能な時間帯）を原則とします。
- (2) 保護者は、入所申込前に「医療的ケアに関する主治医の意見書」（様式第1号）及び「保育所における医療的ケアの実施に係る相談票」（様式第2号）をこども保育課に提出し、集団保育の実施について審査を受けます。
- (3) 保護者は、毎年度「医療的ケア依頼書」（様式第6号）及び「医療的ケア指示書」（様式第7号）をこども保育課に提出し、集団保育及び保育所における医療的ケアの実施についての継続審査を受けます。

2 医療的ケアについて

- (1) 市が発行する「医療的ケア実施決定通知書」（様式第8号）に記載された決定内容に従って、担当看護師による医療的ケアを実施します。医療的ケアの開始に係る手続が完了するまでの間に保育利用を希望する場合は、保護者が付き添って登園し、医療的ケアを実施する必要があります。
- (2) 保育所において医療的ケアを実施する上で主治医の指導又は助言が必要となる場合、担当看護師等が保護者の受診に同行し、主治医との相談を行うことがあります。
- (3) 保育所では、関係法令及び主治医の指示書等に基づいて、医療的ケア及び緊急時の対応を行います。
- (4) 保護者は、児童の医療的ケアの内容に変更があった場合、その内容を速やかに保育所長に報告するとともに、「医療的ケア依頼書」（様式第6号）、「医療的ケア指示書」（様式第7号）をこども保育課に提出し、集団保育の実施についての継続審査を受けます。
- (5) 保育所において医療的ケアを実施するに当たって、必要文書の発行に要する費用等、医療的ケアの実施手続に要する経費については保護者負担となります。
- (6) 保護者は、医療的ケアの実施に必要な医療機器、医療用具、医薬品及び消耗品等を不足なく準備、点検及び整備し、登園時、保育所長に受け渡します。また、使用後の物品は原則家庭に持ち帰ります。

3 ならし保育について

一定の期間、保護者付き添いのもとならし保育（※1）を実施します。期間及び保育時間については、保育所長と相談の上定めます。児童の様子や状態によっては、この間の保育時間が短縮されたり、期間が延長・短縮されたりする場合があります。

（※1）児童が新しい環境に徐々に慣れていくことを目的とするともに、安全に預かるための保育や医療的ケア等を実施するための必要事項を調整します。

4 体調管理及び保育の利用中止等について

- (1) やむを得ない事情により担当看護師が勤務できない場合には、あらかじめ保護者等に保育中の医療的ケアが実施できない旨を説明し、保護者等に付き添いをお願いすることがあります。また、保育中の医療的ケア実施の体制が取れない場合は、保育の利用ができないことがあります。
- (2) 登園前には健康観察を行ってください。顔色、動作、食欲、体温等がいつもと違い、体調が悪いときには、保育の利用を控えてください。

- (3) 発熱、下痢、嘔吐、けいれん重積等の体調不良の場合や、熱がなくても感染症の疑いがある場合は、保護者等に連絡するため、必ず連絡が取れるようにしてください。また、体調不良により保育の継続が困難と判断した場合には、利用時間の途中であっても保育の利用を中止し、保護者等による児童の引き取りをお願いします。
- (4) 集団保育の場合は、感染症にかかるリスクが高くなることも予想されます。保育所内で感染症が一定数以上発生した場合、保育所からの情報により、保護者等が保育を利用するかどうか判断してください。また、保育所長の判断で保育の利用を控えていただく場合があります。
- (5) 保育所が必要と認める時には、主治医等を受診してください。なお、その費用は保護者等の負担となります。
- (6) 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となった場合で、内容変更後の医療的ケアの実施又は集団保育の継続が適当でないと判断された場合は、原則として退所となります。また、保育所の人員、施設又は設備の状況により、当該保育所での児童の受入れができなくなる場合があります。

#### 5 緊急時及び災害時の対応等について

- (1) 児童の症状に急変が生じ、保育所長が緊急事態と判断した場合や、その他必要な場合には、主治医、医療機関等に連絡を行い必要な措置を講じます。同時に、児童の保護者等に連絡を行います。また、保護者等へ連絡する前に児童を医療機関等に搬送し、受診又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となります。
- (2) 挿入物の事故除去等の緊急時については、「医療的ケア指示書」（様式第7号）に基づき個別マニュアルに記載し、保護者の同意の上、それに沿って対応します。
- (3) 災害時対策として、万が一保護者等が迎えに来られないことがある可能性を想定し、1日分の薬と食事（栄養剤）を持参してください。また、医療的ケアの使用物品もストックしておいてください。

#### 6 情報の共有等について

- (1) 医療的ケア児に対して安心安全な保育を提供するために、保護者から提出された申請内容等については豊明市障害者地域自立支援協議会子ども部会及び豊明市入所処遇会議、保育所長、保育士、看護師等関係機関で情報を共有します。また、必要に応じて、保護者同意の上、児童が利用する専門機関等（障害児通所支援事業者、障害児相談支援事業者、訪問看護ステーション等）と情報交換等を行い、豊明市障害者地域自立支援協議会子ども部会及び豊明市入所処遇会議等関係機関と情報を共有します。
- (2) 緊急時の対応のために、市に提出された「医療的ケアに関する主治医の意見書」（様式第1号）、「医療的ケア指示書」（様式第7号）等の内容を主治医医療機関以外の医療機関及び尾三消防本部に情報提供する場合があります。
- (3) 医療的ケアが必要な児童の状況に関して、集団保育を実施する上で必要な事項については、ほかの児童の保護者との間で共有する場合があります。

#### 7 その他

上記1～6のほか、必要に応じ保育所との間で取り決めた事項を順守してください。

上記の各項目について同意します。

年 月 日

保護者氏名（自署）： \_\_\_\_\_

保護者記入用

様式第6号

医療的ケア依頼書

1 児童について

(ふりがな) 児童氏名		性別	
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所			
電話番号			

2 必要とする医療的ケア

医療的ケアの内容		保育所で実施を希望する回数・時間
喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部	
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	
<input type="checkbox"/> 導尿		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

上記の医療的ケアについて、保育所での実施を依頼します。

また、医療的ケアの安全な実施及び緊急時の対応のため、関係機関で必要書類の複写等を行い情報共有が行われることに同意します。

記入日： 年 月 日

保護者氏名（自署）： \_\_\_\_\_

主治医記入用

様式第7号

豊明市長 殿

医療的ケア指示書

標記の件について、次のとおり指示します。

施設名		指示期間	年	月	日から
(ふりがな) 児童氏名			年	月	日まで
生年月日	年 月 日	主たる疾患名			

※ 該当する項目に記入してください。(他様式による場合は、注意事項欄に「別紙のとおり」と記載の上添付してください)。

<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻) <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 経管栄養(腸ろう) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他		
喀痰吸引	種別	<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 (          cmH <sub>2</sub> O) 以下 鼻からの挿入の長さ (          cm)    口からの挿入の長さ (          cm) <input type="checkbox"/> 気管カニューレからの吸引(又は気管内吸引) 吸引カテーテルのサイズ (          Fr)    吸引圧 (          cmH <sub>2</sub> O) 以下 カニューレ入り口からの挿入の長さ (          cm)
	吸引頻度	<input type="checkbox"/> 喘鳴毎 <input type="checkbox"/> (          分) 毎 <input type="checkbox"/> その他(          )
	注意事項等	
経管栄養	種別	<input type="checkbox"/> 鼻腔留置チューブ サイズ (          Fr)    挿入長さ (          cm) <input type="checkbox"/> 胃ろう チューブの種類 (          )    サイズ (          Fr) 挿入長さ (          cm)    バルンの水の量 (          ml) <input type="checkbox"/> 腸ろう チューブの種類 (          )    サイズ (          Fr) 挿入長さ (          cm)    バルンの水の量 (          ml)
	回数	1日 (          回) 注入のうち、保育所で注入が必要な回数は (          回)
	保育所での実施時刻	
	1回の注入時間	
	内容・量	
	チューブ除去時の対応	
注意事項等		
気管切開部の観察	気管切開の状態	<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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 検査( <input type="checkbox"/> 定期:          か月毎 <input type="checkbox"/> 不定期: 最終検査          年          月)
	カニューレ	カニューレの種類(          )    内径(          mm) 入口から先端までの長さ(          cm)
	注意事項等	
人工呼吸器	種別	<input type="checkbox"/> TPPV <input type="checkbox"/> NPPV ( <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 鼻・口)
	メーカー・機種	
	業者名	

人工呼吸器	モード	
	換気回数 (f)	回/分
	酸素濃度 (Fio <sub>2</sub> )	
	離脱	<input type="checkbox"/> 可 ( ) 分 <input type="checkbox"/> 不可
導	回数	1日 ( ) 回 実施 / ( ) 時間 毎に実施
	保育所での実施時刻	
尿	カテーテル	カテーテルの種類 ( ) サイズ ( Fr) 尿道に挿入する長さ ( cm) 用手圧迫: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	注意事項等	
インスリン投与	薬剤名	
	1回量	( ) 単位/回 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後
	持続投与	メーカー名:
	薬剤名	
薬	種別	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 外用薬
	薬剤名	
	1回量	
	時間	
その他のケア		別紙のとおり

※ 至急受診が必要な状態、緊急時のリスク及び対応等について記入してください。(「医療的ケアに関する主治医の意見書」の記載内容と同一の場合は省略可)。

<input type="checkbox"/> 意見書の記載内容と同一のため省略
<input type="checkbox"/> 意見書の記載内容から変更等あり

※ 次の項目について確認の上、チェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 保育所における医療的ケアを安全に実施するために、保育所長、担当看護師等から医療的ケアに係る相談等を受けることに同意します。
<input type="checkbox"/> 医療的ケアの実施に係る指導助言等(実技研修の修了確認、個別マニュアルの内容確認等)を受けるため、保護者の承諾を得た上で、担当看護師等が主治医医療機関での受診に同行することに同意します。

記入日: 年 月 日

医療機関住所:

医療機関名:

電話番号:

医師氏名:

様式第8号

第 号  
年 月 日

様

豊明市長

医療的ケア実施決定通知書

年 月 日付けで依頼のありました医療的ケアの実施について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1 対象児童について

(ふりがな) 児童氏名	
生年月日	年 月 日
利用施設名	

2 保育所における医療的ケア

<input type="checkbox"/> 実施する <input type="checkbox"/> 実施しない
--

3 実施する医療的ケア

医療的ケアの内容		保育所で実施する回数・時間等
喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部	
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	
<input type="checkbox"/> 導尿		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

4 留意事項等

本通知による医療的ケアの実施期間は、年 月 日から 年 月 日までとします。ただし、症状の変化等により実施する医療的ケアについて再検討を要する場合は、この限りではありません。

担当看護師記入用

様式第9号

医療的ケア実施報告書

児童氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

実施期間	年 _____ 月 _____ 日から 年 _____ 月 _____ 日まで	
保育所の利用状況		
実施状況	口腔内吸引	
	鼻腔内吸引	
	気管カニューレ吸引	
	経管栄養（経鼻）	
	経管栄養（胃ろう）	
	経管栄養（腸ろう）	
	導尿	
	その他	

主治医 様

医療的ケアの実施状況について、上記のとおり報告いたします。

記載日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 記載者名： \_\_\_\_\_



保護者記入用

様式第10号

豊明市長 殿

医療的ケア終了届

年 月 日付け 第 号で決定のあった医療的ケアについて、  
主治医の指導等のもと、保育所での医療的ケアの実施が不要となったことが確認できまし  
たので、保育所での医療的ケアの実施を終了することを届け出ます。

なお、必要に応じて市が同行受診等による主治医への確認を行うことに同意します。

(ふりがな) 児童氏名	
生年月日	年 月 日
終了年月日	年 月 日
医療的ケアの内容	

記入日： 年 月 日

住 所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

保護者氏名（自署）： \_\_\_\_\_