

加古川市医療的ケア児保育支援事業実施要綱

令和3年11月2日 こども部長決定

(趣旨)

第1条 この要綱は、子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号。以下「法」という。）第27条第1項に規定する特定教育・保育施設及び同法第29条第1項に規定する特定地域型保育事業者（以下「保育所等」という。）において、日常生活を営むために医療的ケアが必要な児童を受け入れる事業の実施に関し、必要な事項を定める。

(定義)

第2条 この要綱において次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

(1) 医療的ケア 主治医の指示に基づき保育所等において実施される、疾病等の治療を目的としない児童の日常生活を営むために必要な医療行為であって、次のアからオまでに掲げるものをいう。

ア 喀痰吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内）

イ 経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻）

ウ 導尿

エ 酸素療法

オ アからエまでに掲げるもののほか、市長が実施を認めた医療的ケア

(2) 医療的ケア児 前号に定める医療的ケアを要する状態にある就学前の児童をいう。

(医療的ケア実施の申込み)

第3条 保育所等における医療的ケアの実施を希望する保護者は、次の各号に掲げる書類を市長に提出しなければならない。

(1) 医療的ケア実施申込書（様式第1号）

(2) 主治医意見書（様式第2号）

(3) 重要事項確認書（様式第3号）

(4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

2 前項の提出期間は、原則として「保育所等利用調整における取り決め（内規）」（以下「内規」という。）に規定する第1回目利用調整の申込受付期間とする。

(検討会議)

第4条 市長は、前条の申込みを受け付けたときは、保育所等において医療的ケアを安全かつ適正に実施するために、速やかに医療的ケア児支援検討会議（以下「検討会議」という。）を開催する。

2 検討会議は、次の各号に掲げる関係機関によって構成する。

(1) こども部幼児保育課

(2) こども部育児保健課

(3) こども部こども療育センター

- (4) 福祉部障がい者支援課
- (5) 医療的ケアを実施する保育所等（以下「実施施設」という。）
- (6) 前5号に掲げるもののほか、市長が必要と認める者

3 検討会議は、次の各号に掲げる事項を協議する。

- (1) 医療的ケア児における保育所等での集団生活の可否
- (2) 医療的ケア実施の可否
- (3) 前2号に掲げるもののほか、保育利用及び医療的ケア実施に必要な事項

(実施の決定)

第5条 保育利用に係る医療的ケアの実施の可否については、検討会議の結果を踏まえて、市長が決定する。

2 市長は、前項の決定を行ったときは、「医療的ケア実施回答書」（様式第4号）により、保護者に通知するものとする。

(利用調整の申込)

第6条 前条第2項の規定により保育所等での医療的ケア実施可能の通知を受け、保育利用を希望する保護者は、利用調整の申込をしなければならない。

2 前項の申込受付期間は、原則として内規に規定する第2回目利用調整の申込受付期間とする。

(利用調整)

第7条 第5条第2項の規定により保育所等での医療的ケア実施可能の通知を受け、保育利用を希望する保護者は、内規に規定する利用調整を受けなければならない。ただし、医療的ケア児としての受入可能人数を各園と調整のうえ、医療的ケア児のみで利用調整を行うものとする。

(医療的ケアに関する指示)

第8条 内規に規定する利用調整を受け、保育所等への入所が決定した保護者は、「医療的ケア指示書」（様式第5号）を保育所等に提出しなければならない。

(医療的ケアの実施)

第9条 保護者から前条に規定する指示書の提出を受けた保育所等は、「医療的ケア実施通知書」（様式第6号）及び「医療的ケア実施計画書」（様式第7号）を作成し、保護者に対して保育所等で実施する医療的ケアについて十分に説明したうえで通知するとともに、その写しを市に提出しなければならない。

2 前項に定める計画に変更が生じた場合については、同項の規定を準用する。

(医療的ケア実施の承諾)

第10条 前条第1項に規定する実施通知を受けた保護者は、「医療的ケア実施承諾書」（様式第8号）を保育所等に提出するとともに、その写しを市に提出しなければならない。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この要綱は令和3年11月2日から施行する。

医療的ケア実施申込書

1 医療的ケアの実施を申し込みする児童

ふりがな		男・女	生年		
児童名			月日	年	月
住所					
保護者携帯番号		緊急連絡先			

2 保育所等に依頼する医療的ケアの内容及び方法

医療的ケアの項目 <small>（該当するケアの内容に○を記入してください）</small>	保育所等で実施を希望する内容及び方法等
①喀痰吸引	
②経管栄養	
③導尿	
④酸素療法	
⑤その他	

3 利用希望保育所等

第1希望 _____ 第2希望 _____

第3希望 _____

4 添付書類

- ・主治医意見書（様式第2号）
- ・重要事項確認書（様式第3号）

加古川市長 様

上記の医療的ケアについて、保育所等での実施を申し込みます。

また、医療的ケアの実施の検討に当たり、関係機関における情報共有が行われることに同意します。

年 月 日

保護者氏名（自署）

加古川市長 様

主治医意見書

児童名	
生年月日	年 月 日
診断名	
既往歴	
現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考になること	身長（ cm） 体重（ kg）
定期受診	月・ 週ごと
服薬状況 （処方箋添付）	
医療的ケアの項目	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃ろう（水分 栄養剤） <input type="checkbox"/> 腸ろう（水分 栄養剤） <input type="checkbox"/> 経鼻（水分 栄養剤） <input type="checkbox"/> 導尿（ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助 ） <input type="checkbox"/> 酸素療法（ <input type="checkbox"/> 酸素吸入（ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 鼻腔等） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器（NIPPV、IPVを含む） <input type="checkbox"/> その他（ ）
予想される緊急時の状況及び対応	注意が必要な状態と対応（救急搬送の目安等）

（裏面に続く）

保育所等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所等は、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。</p> <p><input type="checkbox"/> 保育所等での集団生活は可能</p> <p><input type="checkbox"/> 保育所等での集団生活は不可</p> <p>※「不可」にチェックされた場合は保育所等の入所はできません。</p>
保育所等での注意・配慮事項		<p><input type="checkbox"/> 制限なし</p> <p style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> 同年齢児童と同じ強度・速度の生活及び運動が可能 <input type="checkbox"/> 本児童のペースで、発達に応じた生活及び運動が可能 </p> <p><input type="checkbox"/> 制限あり ()</p>
日常生活の配慮	食事	
	排泄	
	移動	
予防注射接種状況 (母子手帳添付可)		
その他		

記入日： 年 月 日

医療機関名：

住所：

電話番号：

医師名：

重要事項確認書

医療的ケア児の保育所等の受入れにおいて重要な事項を記載していますので、必ず1項目ずつ確認のうえ、確認済に☑をし、最後に署名をしてください。

No.	項目	重要事項	確認済
1	医療的ケアについて	あらかじめ主治医を受診し、保育において医療的ケア児に必要な医療的ケアの内容及び緊急時の対応等を記載した「主治医意見書（様式第2号）」及び「医療的ケア指示書（様式第5号）」を提出する必要があること。また、実施施設は主治医の緊急時対応等に関する指導・助言が必要な場合に、実施施設の担当者が保護者の受診に同行し、主治医との相談を行う場合があること。	<input type="checkbox"/>
2		実施施設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うこと。また、看護師の不在等により、保育所等での医療的ケアが実施できない場合があること。	<input type="checkbox"/>
3		保育中の医療的ケアに必要な物品を実施施設へ提供し、使用後の物品等については家庭に持ち帰ること。	<input type="checkbox"/>
4	ならし保育	医療的ケア児が、新しい環境に慣れると共に医療的ケアを安全に実施するために、初日から一定の期間、保護者付き添いのものと登園し、保育に参加すること。期間及び保育時間については、実施施設と相談して定める。医療的ケア児の様子や状態によっては、この間の保育時間の短縮や期間が延長・短縮される場合もあること。	<input type="checkbox"/>
5	体調管理及び保育の利用中止等	やむを得ない事情により、医療行為を行う看護師が勤務できない場合には、保育の利用ができないことがあること。また、保育中の医療的ケア実施の体制が取れない場合には、保育の利用ができないことがあること。	<input type="checkbox"/>
6		登園前に健康観察をすること。顔色、動作、食欲、体温等がいつもと違い、体調が悪い時には、保育を利用しないこと。	<input type="checkbox"/>
7		発熱、下痢、嘔吐、痙攣重積等の体調不良の場合、熱がなくても感染症の疑いがある場合は、保護者に連絡するため、必ず連絡が取れるようにすること。また、体調不良により、実施施設が保育の継続が困難と判断した場合には、利用時間中の途中であっても保育の利用を中止し、保護者等による医療的ケア児の引き取りをお願いすること。	<input type="checkbox"/>
8		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るため、園内で感染症が一定数以上発症した場合には、実施施設の判断で保育の利用を控えてもらうときがあること。	<input type="checkbox"/>

9		実施施設が必要と認める時には、主治医等を受診すること。なお、その費用は保護者等の負担となること。	<input type="checkbox"/>
10	緊急時及び、災害時の対応等	緊急時には、事前に取り決めた医療機関等を受診すること。	<input type="checkbox"/>
11		医療的ケア児の症状に急変が生じ緊急事態と実施施設が判断した場合及びその他必要な場合には、主治医に連絡し、必要な措置を講じること。同時に医療的ケア児の保護者等に連絡を行うこと。また、保護者等へ連絡する前に、医療的ケア児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ること。なお、それに伴い生じた費用は、保護者等の負担となること。	<input type="checkbox"/>
12		栄養チューブの交換は、保護者の責任の下、自宅や受診時に行うこと。抜けた場合は、保護者及び主治医と事前に対応を協議し、「医療的ケア実施計画書（様式第7号）」に記載の上、それに沿って対応すること。	<input type="checkbox"/>
13		てんかん等の既往及び疑いがある医療的ケア児の場合は、痙攣止めの薬剤を用意すること。消費期限等の管理及び保管方法は、保護者等の責任の下で行うこと。	<input type="checkbox"/>
14		受入れに際しての確認事項として、災害発生に備えて、非常食や医薬品、医療材料の備蓄、医療機器のバッテリーの確保に関して、保護者や主治医と確認しておくこと。	<input type="checkbox"/>
15	情報の共有等	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関係機関で共有すること。また、必要に応じて、保護者の同意の上、医療的ケア児が居住する地区の担当保健師及び担当の相談支援専門員等に意見を求め、関係機関と共有すること。	<input type="checkbox"/>
16		緊急時の対応のために、市に提出された主治医からの「主治医意見書（様式第2号）」、「医療的ケア指示書（様式第5号）」の内容を医療機関等に情報提供すること。	<input type="checkbox"/>
17		医療的ケア児の状況について、集団保育を実施する上で必要なことは、他の児童の保護者との間で共有する場合があること。	<input type="checkbox"/>
18	その他	「加古川市医療的ケア児の保育所等受入れガイドライン」の内容を確認し、「5 保護者の了承事項」のほか、市や実施施設との間で取り決めた事項を遵守すること。	<input type="checkbox"/>

【重要事項確認書についての署名欄】

重要事項確認書の全ての事項を確認し、了承します。

保護者氏名（自署）

年 月 日

医療的ケア実施回答書

（保護者名） 様

加古川市長

申し込みのありました医療的ケアの実施について、下記のとおり回答します。

記

対象児童名	
生年月日	年 月 日

- 対象児童に係る医療的ケアについては、下記の保育所等において実施が可能です。教育・保育の利用を希望される場合は、別途、教育・保育給付認定及び利用申込みが必要となりますので、所定の手続を行ってください。

施設名：

※本通知は、入所を決定するものではありません。利用調整等の結果、受入れができない場合もありますのでご了承ください。

- 対象児童に係る医療的ケアについては、実施できません。

理由：

具体的指示内容	<input type="checkbox"/> 水分注入 実施時間 (:) (:) 内容 () 1回量 () 注入速度 (分～ 分) ショット可・不可 <input type="checkbox"/> 胃残量が () ml 未満の時は、そのまま予定量を注入する。 <input type="checkbox"/> 胃残量が () ml 以上 () 未満の時は、() <input type="checkbox"/> 胃残量が () ml 以上の時は、() <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある(褐色、黄色、緑色)場合は、() <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 () <input type="checkbox"/> 薬剤注入 実施時間 (:) 注意点など () <input type="checkbox"/> 胃からの脱気 脱気のタイミング ・注入前・注入中・注入後・その他 (:) 注意点など () <input type="checkbox"/> カテーテル、胃ろう抜去時の対応など ()
	<input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 自己導尿の補助、援助 サイズ () Fr. 挿入長さ () cm 実施時間等 ()
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 流量 () l/分 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 種類 <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 () モード () 換気回数 (f) : 回/分 酸素濃度 (Fio2) : 離脱 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 () 分
	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 緊急時の対応

記入日： 年 月 日

医療機関名：

住所：

電話番号：

医師名：

年 月 日

医療的ケア実施通知書

（保護者名） 様

施設名： _____

代表者名： _____

所在地： _____

電話番号： _____

申し込みのありました医療的ケアについて、下記のとおり実施します。

記

ふりがな		男・女	生年 月日	年 月 日
児童名				
医療的ケアの内容	医療的ケアの項目		実施する範囲	
実施期間	年 月 日から 年 月 日まで			
緊急時の対応	1 緊急時は、主治医の指示内容を下に、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、保護者の緊急連絡先に連絡します。 2 保護者は、常に連絡が取れる体制を整え、緊急時には速やかに対応をお願いします。			
その他留意事項	1 定期的に主治医の診察を受け、結果や指示を保育所等に連絡ください。 2 登園時、子どもの健康状態について担任、看護師等に連絡し、当日の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、ご家庭へ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。			

年 月 日

医療的ケア実施計画書

（保護者名） 様

施設名： _____

代表者名： _____

所在地： _____

電話番号： _____

ふりがな		男・女	生年	年 月 日
児童名			月日	
作成者	（職名）		（氏名）	
実施担当者	（職名）		（氏名）	
医療的ケアの内容		実施手順		準備物・留意点

予想される緊急時の対応	
予想される緊急時の状態	対応

年 月 日

医療的ケア実施承諾書

（施設名）

（代表者名）

様

保護者氏名（自署）

年 月 日付け医療的ケア実施通知書の内容について承諾しました。

つきましては、医療的ケア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します。

また、医療的ケアの実施に当たり、関係機関における情報共有が行われることに同意します。