

福生市保育所等において特別な支援
を要する児童の受入れガイドライン

令和4年4月

(令和5年4月一部修正)

福生市 子ども家庭部 子ども育成課

■目次■

はじめに	P 1
第 1 章 基本的事項	P 1
(1) ガイドラインの目的	
(2) 医療的ケア児の定義	
(3) 医療的ケア等への対応と保育	
(4) 受入れの要件	
(5) 医療的ケア等の内容	
(6) 対象児童	
(7) 受入れ体制	
(8) ガイドラインの見直し	
(9) 個人情報の取扱いについて	
第 2 章 入所までの手続について	P 4
(1) 保護者からの最初の相談（8 月末まで）	
(2) 医療的ケアの実施に関する申込（9 月末まで）	
(3) 保護者・施設長・市担当者の三者で面談（10 月上旬）	
(4) 連絡会議による医療的ケア実施の可否の検討・決定（10 月中旬）	
(5) 医療的ケア実施の可否回答（10 月下旬）	
(6) 利用申込（11 月上旬）	
(7) 利用調整及び決定通知（11 月中旬）	
(8) 保育所等との調整（12 月）	
(9) 医療的ケア実施計画の策定（翌 1 月）	
(10) 医療的ケア実施計画の確認・承諾（翌年 2 月）	
福生市における医療的ケア児の入所までの流れ（4 月入所）【イメージ図】	P 6
第 3 章 医療的ケア児の入所後の継続等について	P 7
第 4 章 保育所等での受入れについて	P 8
(1) 医療的ケアの実施者について	
(2) 医療的ケアの安全実施体制について	
(3) 緊急時の対応	
(4) 職員の研修	
第 5 章 保護者の了承事項	P 10
(1) 医療的ケアについて	
(2) ならし（なれ）期間	
(3) 体調管理及び保育の利用中止等	
(4) 緊急時及び災害時の対応等	
(5) 情報の共有	
(6) その他	
【参考様式】	P 12～

はじめに

近年、医療技術の進歩に伴い、日常生活の上で医療的ケアを必要としている児童の数は年々増えており、医療的ケアも含め障害のある児童もその他の児童と変わらずに受け入れることを目指すインクルーシブな保育が推進されています。

このような中、令和3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」（以下「法」という。）が施行され、特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業者（以下「保育所等」という。）等において、医療的ケア児に対して適切な支援を行うことが義務化されました。

この法の中では、医療的ケアを必要とする児童やそのご家族が、地域社会の一員として安心して暮らせるように関係機関が密接に連携して、個々の多様なニーズや状況に適した支援を受けられるようにすることが求められています。

また、法に定められた医療的ケア児だけでなく、家庭の問題なども含めた多様な支援を必要とするケースは増加傾向にあり、行政における適切な対応が不可欠になっています。

福生市では、年々変化する保育のニーズに対応するため、これまでも様々な対策を講じてきましたが、これからもより一層、保育所等において特別な支援を要する児童に関する対策の推進を図り、子育て関連施策のさらなる充実に取り組んでまいります。

第1章 基本的事項

(1) ガイドラインの目的

通常、福生市の保育所等を利用する場合には「福生市保育の利用に関する規則」に基づいて、保護者の就労時間等の状況によって「基本指数」が決定し、指数が高い人から順に入所することができます。

しかし、特別な支援を要する児童については、通常の手続によらず、「特例」として特定の時期に特定の施設に入所していただくケースがあります。

福生市では、医療的ケア児等の特別な支援を要する児童がいるご家庭において、保育が必要な状況にある場合に、保育所等において適切な保育環境を整えて安全に受入れを行うことを目的として本ガイドラインを保護者の皆さまや保育所等を対象として策定するものです。

(2) 医療的ケア児の定義

法に基づく医療的ケア児の定義は次のとおりです。「日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。以下同じ。）に在籍するものをいう。）」

(3) 医療的ケア等への対応と保育

保育所等においては、医療的ケア等が必要な児童も、他の児童と同様に、健やかな成長・発達のために一人ひとりの発達・発育状況に応じた保育を提供することが重要であり、適切かつ安全に医療的ケア等を提供することはもちろんのこと、まわりの児童との関わりや1日の生活の流れなど、乳幼児期にふさわしい環境を整えることが求められます。

また、医療的ケア児等を含むすべての児童一人ひとりの育ちを保障するため、集団生活を通して、相互に豊かな関わりを持てるよう、保育を提供する必要があります。

(4) 受入れの要件

医療的ケア児等の受入れにあたっては、次のいずれも満たす必要があります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">①保育の必要性があり「教育・保育給付の認定」を受けていること。②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主治医が認めていること。 |
|---|

(5) 医療的ケア等の内容

保育所等において実施する医療的ケアは、原則として特別に配置された看護師等が主治医の指示のもと行うもので、内容は次のとおりとします。ただし、次に掲げる行為の範囲内であっても児童の状況を総合的に勘案し、福生市医療的ケア児等支援連絡会議（以下「連絡会議」という。）の検討の結果、実施できないと判断する場合があります。

また、法に基づいた医療的ケアには該当しないものの、特別な支援が必要と認められる児童（以下「特例児童」といいます。）については、医療的ケア児と同様に特例による保育を実施することがあります（連絡会議において実施の可否を判定します。）。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">①喀痰吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内)②経管栄養(胃ろう・腸ろう・経鼻)③定時の導尿④その他、治療を目的としない児童の日常生活上必要な医療行為であって、看護師等が当該医療行為を行うことに支障がないと主治医が認め、かつ、当該看護師等が主治医から指示を受けた医療行為⑤市長が特別に必要と認めた処置を必要とする児童（特例児童） |
|--|

(6) 対象児童

保育所等における医療的ケア等の対象とするのは、次のいずれも満たす児童とします。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">①福生市に在住又は入所予定月の前月末までに転入予定である児童②1歳児クラス以上で「(4)受入れの要件」を満たしている児童③連絡会議により受入れ可能であると判断された児童 |
|--|

(7) 受入れ体制

受入れ体制は原則として次のとおりとします。ただし、児童の状態や医療的ケア等の内容を考慮して、変更となる場合があります。

- ①受入れ時期は、4月1日を基本とする。
- ②実施施設は、連絡会議において決定する。
- ③保育を行う日及び時間は、原則として保育所等の開所日のうち平日(月曜日から金曜日まで)の午前8時30分から午後5時00分までのうち8時間以内とする。

(8) ガイドラインの見直し

本ガイドラインは、法に基づいて東京都が設置する「医療的ケア児支援センター」やその他の専門機関等が設置された場合は適宜見直しを行うものとします。

(9) 個人情報の取扱について

市や保育所等は、安全な保育及び医療的ケア等の実施のため、必要な情報収集や関係機関との連携・情報共有を必要な範囲内で行いますが、その際に知り得た情報について他の目的で利用することはできません。

【福生市医療的ケア児等支援連絡会議】

医療的ケア児及びその家族（以下「医療的ケア児等」という。）が心身の状況に応じた適切な支援を受け、地域において安心して生活を営むことができるよう、保健、医療、福祉、子育て、教育等関係部署及び医師等との連絡調整及び情報交換を行う。

【連絡会議メンバー】

座長は、福祉保健部障害福祉課長をもって充てる。

委員は、次に掲げる者のうちから市長が委嘱し、又は任命する。

- (1) 保健、医療、福祉、子育て、教育等関係部署の職員
- (2) 東京都西多摩保健所の医師 1人
- (3) 東京都西多摩保健所の保健師 1人

第2章 入所までの手続について

(1) 保護者からの最初の相談（8月末まで）

福生市では、医療的ケア児等の保育所等の利用は4月入所を基本とします。毎年度、一般児童の4月入所の申請は前年の11月頃から開始し、翌年1月には入園先が決定します。

一方で、医療的ケア児等の入所は受入れ体制の整備に一定の期間を要するため、一般の申請よりも早く手続を行う必要があります。そのため、8月末を目途に子ども育成課窓口において、1回目の来庁の際に最初の相談をしていただくことを想定しています。

相談の際には、保育所等において医療的ケア等を実施するために必要な事項として、次のようなことについて、ヒアリングシートを活用し聞き取りをします。

- ・ 保育が必要なご家庭の状況（両親が就労しているため保育が必要である等）
- ・ 医療的ケア児等の生活の状況（児童の普段の生活の様子について）
- ・ 医療的ケア等の内容（具体的な医療行為の内容）
- ・ 主治医の意見（集団保育が可能かどうか）
- ・ 希望する施設（決まっている場合）
- ・ 保育所等以外の施設の利用状況（障害児関連の施設等に通っている場合） 等

そのうえで、本ガイドライン等に基づいて、受入れの手続や申込に必要な書類（「医療的ケア実施申込書(様式第1号)」 「医療的ケア主治医意見書(様式第2号)」）等の説明を行います。なお、年度途中で疾病等により急遽医療的ケアが必要となった場合は、この日程によらず随時調整しますが、受入れ体制を整えるのに一定の期間が必要となります。（特例児童については、本章に記載する手続を全て省略する場合があります。）

(2) 医療的ケアの実施に関する申込（9月末まで）

保護者は2回目の来庁時に「医療的ケア実施申込書(様式第1号)」 「医療的ケア主治医意見書(様式第2号)」を提出し、市は医療的ケアの実施に関する申込を受け付けます。

なお、主治医意見書の作成に係る費用は、保護者負担となります。

(3) 保護者・施設長・市担当者の三者で面談（10月上旬）

保護者は（可能な場合は子ども本人も）、入所を希望する保育所等を事前に訪問・見学します。この際、市の担当者が同席したうえで施設長の面談を受けます。面談の中で必要な医療的ケアを具体的に伝えるため、「医療的ケア実施申込書(様式第1号)」 「医療的ケア主治医意見書(様式第2号)」を保育所等側に提示します。

(4) 連絡会議による医療的ケア実施の可否の検討・決定（10月中旬）

市は連絡会議を開催します。申請に関連する書類や面談における情報等を勘案し、集団保育の適性や安全管理等について検討を行い、医療的ケア実施の可否を判断します。

(5) 医療的ケア実施の可否回答 (10月下旬)

市は連絡会議の検討結果をもとに決定した内容について保護者へ通知します（医療的ケア実施（不実施）内定通知書（様式第3号））。不実施と判断された場合は、関係機関と連携し、他制度の支援・サービスの検討・提案等を行います。

(6) 利用申込 (11月上旬)

保護者は「福生市子どものための教育・保育給付の認定に関する規則」に基づく「教育・保育給付認定申請書兼保育所等利用申込書」に一般の申請に必要な書類及び「医療的ケア実施（不実施）内定通知書（様式第3号）」を付して入所の申請を行います。

(7) 利用調整及び決定通知 (11月中旬)

市は「福生市保育の利用に関する規則」に基づき利用調整を行います。医療的ケア児については、同規則第3条別表の「特例」により入所を決定し、「教育・保育給付認定決定通知書」及び「保育所等利用承諾通知書」を発送します。

(8) 保育所等との調整 (12月)

保護者は「医療的ケア指示書（様式第4号）」の作成について主治医へ依頼してください。

「医療的ケア指示書（様式第4号）」が作成されたら、保育所等に提出します。

(9) 医療的ケア実施計画の策定 (翌年1月)

保育所等は、保護者から提出された「医療的ケア指示書（様式第4号）」の内容を確認し「医療的ケア実施通知書（様式第5号）」及び「医療的ケア実施計画書（様式第6号）」を作成します。作成に当たっては、保育所等が主治医に助言等を求める場合があります。

保育所等は保護者に対し、作成した「医療的ケア実施通知書（様式第5号）」及び「医療的ケア実施計画書（様式第6号）」の内容を説明します。

(10) 医療的ケア実施計画の確認・承諾 (翌年2月)

保護者は「医療的ケア実施通知書（様式第5号）」及び「医療的ケア実施計画書（様式第6号）」について、内容の確認を主治医に依頼してください。

内容の確認ができれば、保護者は「医療的ケア実施承諾書（様式第7号）」を保育所等へ提出してください。

※これらの手続等に係る費用については、保護者の負担となります。

※市及び保育所等は、これらの手続に係る全ての書類について関係機関と共有します。

※関係機関はこれらの情報をもとに保育開始後のフォローアップ体制等を構築します。

福生市における医療的ケア児の入所までの流れ（4月入所）

月	保護者	保育係	保育所等	関係機関 (連絡会議)	主治医
8月	(1)最初の相談	・相談受付 ・聞き取り等			
	様式一式を受領	・各種説明。様式等の提供。			
9月	・意見書(様式2)を主治医に依頼				意見書(様式2)を作成
	(2)医ケア申込 ・申込書(様式1) ・意見書(様式2)を提出	申込受付 相談			
10月	(3)三者面談を実施				
		申込書(様式1)、意見書(様式2)を提示			
		(4)福生市医療的ケア児等支援連絡会議を開催			助言 ※必要に応じて
	内定通知書(様式3)を受領	(5)内定通知書(様式3)を发出			
11月	(6)利用申込 ※内定通知書(様式3)添付	申込受付			
	・認定決定通知 ・利用承諾通知を受領	(7)利用調整 ・認定決定通知 ・利用承諾通知を发出			
12月	(8)保育所等と調整 指示書(様式4)を主治医に依頼				指示書(様式4)を作成
1月	指示書(様式4)を保育所等に提出		(9)医ケア実施計画 ・実施通知(様式5) ・実施計画(様式6)を作成・説明		助言 ※必要に応じて
	様式5・6を受領				
2月	(10)確認・承諾 ・実施通知(様式5) ・実施計画(様式6)を主治医に確認				確認
	実施承諾書(様式7)を保育所等に提出	受領 様式4~7の写しを保育係に提出 関係部署に展開			フォロー体制等の検討

※この図は参考例であり、状況に応じて日程・内容等の変更に対応します。

第3章 医療的ケア児の入所後の継続等について

保育所等における医療的ケアは、医療的ケア児の安全・安心な保育を実施するため、原則として年度単位で実施します。

医療的ケア実施の継続にあたっては、毎年度、前章の「(8)保育所等との調整、実施計画の作成」以降の手続をする必要があります。この中で、医療的ケア児の健康状態等を勘案し、必要に応じて連絡会議において再度検討を行い、医療的ケアの内容について変更する場合があります。

また、医療的ケア児の状況の変化などから、医療的ケアの内容の変更が必要な場合は、保護者からの依頼により変更することが可能です。

ただし、国や市が規定する医療的ケア以外の医療行為が必要となった場合は、医療的ケアを実施することはできませんので、その場合は原則として保育所等の利用を継続することができません。

第4章 保育所等での受入れについて

(1) 医療的ケアの実施者について

保育中の医療的ケアは、特別に配置された看護師等が主治医の指示のもと行います。

(2) 医療的ケアの安全実施体制について

【医療的ケア実施に関する情報共有】

保育所等は、医療的ケア実施に関する情報を確認し、医療的ケアを実施します。情報は、施設長、保育士、看護師等職員間で共有します。また、医療的ケアの実施に当たっては、施設管理者は、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。

【保育所等の職員の役割】

医療的ケアを実施する保育所等の職員には、次のような役割があります。

- ①医療的ケア児が園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、施設長、保育士、看護師等の職員や園医等が連携・協働する。
- ②施設長は、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・職員育成等を行う。
- ③保育士等は、看護師及び保護者と連携して、日々の医療的ケア児の健康状態を把握し、集団保育を行い、保育所等での生活の状況を保護者に報告する。
- ④看護師は、保育士等及び保護者と連携して、日々の医療的ケア児の健康状態を把握する。また、「医療的ケア指示書(様式第4号)」に基づき、「医療的ケア実施通知書(様式第5号)」及び「医療的ケア実施計画書(様式第6号)」を作成し、保護者の理解及び同意のもと、保育士等と相互に協力し、安全に医療的ケアを実施する。また、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する。
- ⑤園医等は、医療的ケア児の個別の状況を十分に踏まえて、健康診断や医療的ケアの内容について十分に情報共有することが求められる。

【衛生管理】

医療的ケアを実施する場所については感染防止が保てるよう環境の整備を行います。

また、医療的ケア児が使用する医療的ケアの物品・備品等については、保護者と申合せを行い、衛生的に保管・管理する必要があります。

【文書管理】

医療的ケアに関する「医療的ケア実施通知書(様式第5号)」及び「医療的ケア実施計画書(様式第6号)」等の書類は、保育所等にて必要期間(退所後5年間)保管します。

(3) 緊急時の対応

緊急時の対応は、保育所等において定めている事故発生時の対応の流れに沿って対応します。保育所等は、緊急時の対応については事前に保護者に十分に説明し、同意を得ておく必要があります。

体調の急変等の緊急時に際しては、施設長の指示のもと、医療的ケア児の状況を主治医及び保護者に連絡し、救急車等にて病院に搬送します。

保護者は、医療的ケア児の体調が悪化した等の理由により、保育所等が保育の継続が困難と判断した場合には、保育所等からの連絡により、利用時間の途中であっても保護者等が医療的ケア児を引きとる、あるいは病院搬送時には病院に直行してください。

(4) 職員の研修

保育所等は、医療的ケア児の発達過程や疾病の状況を踏まえ、安全かつ適切に医療的ケアを提供するために、医療的ケア児にかか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なければなりません。

第5章 保護者の了承事項

以下の事項について保護者の了承が必要です。

(1) 医療的ケアについて

- ①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「医療的ケア主治医意見書(様式第2号)」及び「医療的ケア指示書(様式第4号)」を提出する必要があること。
- ②保育所等が主治医の緊急時対応等に関しての指導・助言が必要な場合に、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。
- ③保育所等では、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。

(2) ならし(なれ)期間

- ①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と登園し、保育に参加すること。
- ②期間及び保育時間については、保育所等と相談して定める。
- ③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。

(3) 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、医療行為を行う看護師が勤務できない場合や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。
- ②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。
- ③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、保育所等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。
- 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るため、園内で感染症が一定数以上発症した場合には、保育所等の判断で保育の利用を控えてもらうことがあること。
- ⑤保育所等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。

(4) 緊急時及び災害時の対応等

- ①緊急時には、保育所等が事前に取り決めた医療機関等を受診すること。
- ②医療的ケア児の症状に急変が生じ緊急事態と保育所等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。
- ③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。
- ④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6号)」に記載の上、それに沿って対応すること。
- ⑤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。使用期限、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。
- ⑥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。

(5) 情報の共有

- 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関係機関の間で共有し、意見を求め、共有すること。
- ②緊急時の対応のために、市に提出された主治医からの「医療的ケア主治医意見書(様式第2号)」「医療的ケア指示書(様式第4号)」の内容を医療機関等に情報提供すること。
- ③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。

(6) その他

上記(1)から(5)の他に、市や保育所等との間で取り決めた事項を遵守すること。

福生市長 殿

医療的ケア実施申込書

福生市医療的ケア児の保育所等受入れガイドライン等の内容を了承し、次のとおり、医療的ケアの実施を申し込みます。

1 医療的ケアの実施を申込みする児童

児童氏名	男・女
生年月日	年 月 日
現住所 (転入後の住所)	()
電話番号	

2 利用希望施設

施設名	
-----	--

3 医療的ケアの内容

診断名	
必要な医療的ケア の項目	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <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"/> 人工呼吸器) <input type="checkbox"/> その他()

4 医療的ケア主治医意見書（別記様式第2号）

別紙のとおり提出します。

年 月 日

保護者氏名 _____ 印

福生市長 殿

医療的ケア主治医意見書

児童氏名	男・女
生年月日	年 月 日
診断名	
現在までの臨床経過の概要、その他参考になること	身長(c m) 体重(k g)
定期受診	月・ 週 ごと
服薬状況 (処方箋添付)	
必要な医療的ケアの項目	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管) <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"/> 人工呼吸器) <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(緊急搬送の目安等)

様

福生市長

医療的ケア実施（不実施）内定通知書

年 月 日に申込みがあった医療的ケアについて、次のとおり決定しましたので通知します。

児童氏名	男・女
生年月日	年 月 日
結果	実施 ・ 不実施
備考	福生市医療的ケア児等支援連絡会議の意見等

施設長 殿

医療的ケア主治医指示書

医療的ケアについて、次のとおり指示します。

児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日
指示期間	年 月 日から 年 月 日まで	保育 施設名	

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。

医療的ケアの項目	<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"/> 気管カニューレ内の喀痰吸引
	<input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻胃管）	<input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養	
<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 具体的指示内容	<input type="checkbox"/> 口腔、鼻腔、気管からの吸引 吸引カテーテルのサイズ（ ）Fr. 吸引圧（ ）kPa 以下 <input type="checkbox"/> 保育士実施の場合 鼻からの挿入の長さ（ ）cm 口からの挿入の長さ（ ）cm <input type="checkbox"/> 看護師実施の場合 鼻からの挿入の長さ（ ）cm 口からの挿入の長さ（ ）cm ※注意点など〔 〕		
	種類 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管留置カテーテル サイズ（ ）Fr. 挿入長さ（ ）cm <input type="checkbox"/> 胃ろう カテーテルの種類（ ） サイズ（ ）Fr（ ）cm挿入 パルンの水の量（ ）ml <input type="checkbox"/> 栄養剤注入 栄養剤 実施時間（ : ）（ : ） 内容・量（ ） 注入時間（ 分～ 分） <input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）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（ ）ml 未満の時（ ） <input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml 以上の時（ ） <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"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応	<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（ ）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（ ）ml 未満の時（ ） <input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml 以上の時（ ） <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 〔 〕		

医療機関名

住所・電話番号

医師名

印

住所

氏名 様

医療的ケア実施通知書

申込みのあった医療的ケアについて、次のとおり実施するので通知します。

1 医療的ケアを実施する児童

児童氏名	男・女
生年月日	年 月 日
現住所 (転入後の住所)	()
電話番号	

2 利用希望施設

施設名	
-----	--

3 医療的ケアの内容

診断名	
必要な医療的ケア の項目	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <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"/> 人工呼吸器) <input type="checkbox"/> その他()

4 備考

備考	福生市医療的ケア児の保育所等受入れガイドラインの「5 保護者の了承事項」について十分に理解し、了承すること。
----	--

年 月 日

施設名 _____

施設長 _____ 印

住所
氏名 様

医療的ケア実施計画書

医療的ケアについて、次のとおり実施します。

1 実施計画

児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日
実施期間	年 月 日から 年 月 日まで	保育 施設名	
実施計画 作成者		主たる医療的 ケア実施者	
医療的ケア の内容			
実施手順			
準備物 留意点			

2 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

施設名 _____

施設長 _____ 印

施設名

施設長

様

医療的ケア実施承諾書

年 月 日付け医療的ケア実施通知書及び 年 月 日付け医療的ケア実施計画書の内容による医療的ケアの実施について、十分な説明を受け承諾しました。

また、福生市医療的ケア児の保育所等受入れガイドラインの「5 保護者の了承事項」について十分に理解し了承したうえ、医療的ケアの実施に関する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

住所 _____

氏名 _____ 印

施設名

施設長

様

医療的ケア事業終了届

年 月 日付け医療的ケア実施通知書により承諾された医療的ケアについて次のとおり終了していただきますようお願いいたします。

児童氏名	男・女
生年月日	年 月 日
現住所	
医療的ケアを終了する日	年 月 日
終了する医療的ケア	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引（ <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管 ） <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 ） <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"/> 人工呼吸器 ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
終了する理由	
備考	

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印