

## Ⅱ 丸亀市立就学前教育・保育施設で実施する医療的ケアについて

### 1 受入れの要件

- ① 集団での教育・保育が可能であること。
- ② 病状や健康状態が安定していること。
- ③ 日常的に保護者が自宅で行っている医療的ケアが確立かつ安定していること。
- ④ 病状や医療的ケアに関する情報を保護者と施設で十分に共有できること。
- ⑤ 施設や看護師が必要に応じて受診同行や面談等で、主治医との連携を図ることができること。
- ⑥ 該当施設での受入れ体制（人員配置や施設環境）が整えられていること。

### 2 対象幼児

3歳児クラス以上を基本とします。

幼児期（3歳児クラス以上）になると、子どもは他者に関心を寄せて、それぞれの違いや多様性に気付いていきます。医療的ケア児と周りの子どもたちとの関わりの中で共に育ち合い、安全で安心な教育・保育を行うには、他者を理解することができる発達段階であることが重要であり、そのことを判断の目安としています。

### 3 受入体制検討会の実施

医療的ケアを円滑に実施するために当該幼児に関係する者の意見を聞くため、個別の就学前教育・保育施設受入体制検討会を開催します。

個別の就学前教育・保育施設受入体制検討会は、園医（嘱託医）、施設長、丸亀市関係各課（幼保運営課、福祉課、健康課、学校教育課等）、その他幼保運営課が選定する者で組織します。

### 4 医療的ケアが可能な日時

①	対応できる日時	週5日（月～金） 9：00～14：00（1号認定児） 7：30～18：00（2号認定児）
②	対応できない日時	・延長保育に係る時間 ・土曜日、日曜日、祝日及び年末年始（12/29～1/3） ・施設の休業日（振替休日を含む。）

※ 保護者の就労等による保育の必要性がある場合は個別に決定します。

## 5 医療的ケアの対応者

丸亀市（市教育委員会幼保運営課所管）では、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等に委託します。委託業者は、医療的ケア児支援者を選任し、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、各施設に専門的な知識を有する訪問看護師等を派遣します。看護師は、医師の指示に基づいて医療的ケアを実施することとし、安全確保のために教職員も教育・保育中の幼児の見守りや医療行為に該当しない範囲での補助等を行います。

看護師に突発的な事象が発生した場合や、やむを得ない場合には、保護者に協力を依頼する場合があります。

※医療的ケア児支援者は、看護師への助言指導や関係機関との連絡調整、緊急対応マニュアル作成等の業務を担うもので、医療的ケア児等コーディネーターの資格を有する者が望ましい。

### Ⅲ 申込みの流れと手続

#### 1 丸亀市立就学前教育・保育施設での医療的ケア開始に向けての手続の流れについて

手続の流れ		内 容
①	・利用相談 ・施設見学（随時）	保護者から医療的ケア実施に関して相談を受け付けます。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、留意点等について説明します。保護者は、入園・入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みの前に、保護者は、主治医に医療的ケア児が集団での教育・保育が可能かを相談し「医療的ケア申込みに関する主治医意見書」（幼保用様式1）の作成を依頼します。
③	・入園・入所申込み ・医療的ケア実施申込み	保護者は、丸亀市教育委員会又は丸亀市に入園・入所申込みを行う際、通常必要とされる書類に加えて次の書類を提出します。 「医療的ケア申込みに関する主治医意見書」（幼保用様式1） 「医療的ケア実施申込書」（幼保用様式2） 「医療的ケアを受ける幼児の調査票」（幼保用様式3） 「医療的ケアを必要とする幼児の教育・保育に関する確認書兼同意書」（幼保用様式4） 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。医療的ケアの状況を確認する場合があります。
④	就学前教育・保育施設受入体制検討会の開催	就学前教育・保育施設受入体制検討会において、入園・入所申込み及び医療的ケア実施申込みのあった医療的ケア児の受入れの可否について検討を行います。安全な受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	ガイドラインに基づき利用調整を行い、保護者に通知します。
⑥	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」（幼保用様式5）の作成を依頼し、幼保運営課に提出します。 ※主治医による文書作成にかかる費用は、保護者負担とします。
⑦	施設での入園・入所前面談（重要事項説明）	幼保運営課は、提出された指示書の内容を、保護者、施設、看護師等と共有し、指示書を基に医療的ケアの実施について確認します。
⑧	実施通知及び承諾書の提出	幼保運営課は、「医療的ケア実施通知書」（幼保用様式6）により、医療的ケアの実施を通知し、それを受け保護者は、「医療的ケア実施承諾書」（幼保用様式7）を提出します。

## 2 医療的ケア実施申込みの際に必要な書類

医療的ケア実施申込みのために、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係る経費については、保護者の負担となります。また、提出された書類などは、施設等と共有されます。

【幼保用様式1】	<p><b>医療的ケアの申込みに関する主治医意見書</b></p> <p>主治医意見書は児童の基礎疾患にかかる状況を示し、健康管理を実施する上での情報とするものです。医療的ケアを行えば、丸亀市立就学前教育・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。</p>
【幼保用様式2】	<p><b>医療的ケア実施申込書</b></p> <p>医療的ケアを希望する依頼内容に変更がある場合は、その都度検討し、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。</p>
【幼保用様式3】	<p><b>医療的ケアを受ける幼児の調査票</b></p> <p>医療的ケアを受ける幼児の調査票は、幼保運営課に提出し、医療的ケア児支援者や看護師、丸亀市立就学前教育・保育施設と共通理解を図ります。</p>
【幼保用様式4】	<p><b>医療的ケアを必要とする幼児の教育・保育に関する確認書兼同意書</b></p> <p>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。</p>
【幼保用様式5】	<p><b>医療的ケア実施に関する指示書</b></p> <p>医療的ケアを行うときの主治医からの指示書です。この指示書を基に医療的ケアを行います。</p>
【幼保用様式6】	<p><b>医療的ケア実施通知書</b></p> <p>丸亀市立就学前教育・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。</p>
【幼保用様式7】	<p><b>医療的ケア実施承諾書</b></p> <p>各施設での医療的ケアの実施について、計画や内容などに保護者が同意したことを示すものです。</p>

### 3 受入れ決定後の流れについて

集団での教育・保育の開始に当たり医療的ケア児が安心して、また、安全に過ごせるように受入れ体制等の整備を進めます。

看護師を配置し医療的ケアの対応をする前に、施設の状況に応じた調整を行います。受け入れる幼児の疾患等については多種多様であり、個々の状態についても違いがあります。また、生活の場としても家庭と集団では大きな違いがあります。医療的ケア児が集団生活に慣れていくためには準備期間が必要となります。

医療的ケア児、保護者、看護師、施設全体で、相互に負担がなく安全で楽しく過ごせるように、医療的ケア児の普段の状態や集団での様子を保護者と施設の教職員が確認しながら、保育内容や時間を調整していきます。幼児が慣れるための準備期間（保護者付添通園・通所）は、幼児の状況によりますが、約1～2か月かかります。幼児が園生活に慣れ、他の子どもたちとの保育の中で安全に医療的ケアが行える状況が整えば集団での保育を開始します。

<p>●入園前健康診断</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・園医(嘱託医)が医療的ケア児の状況を把握し、入園前健康診断を行う。</li></ul>
<p>●慣らし保育（保護者付添通園・通所）</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・安全・安心に園に慣れていくように無理なく行う。</li></ul>
<p>●施設内調整</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・施設内職員研修の実施や緊急時対応の確認を行う。</li><li>・個別手順等マニュアルや対応書類の作成を行う。</li><li>・医療的ケア児保育を行う環境づくりの確認を行う。</li></ul>
<p>●看護師への引継確認</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・保護者と看護師による医療的ケアの手技確認を行う。</li><li>・医療的ケアを安全に実施していくために、保護者付添通園・通所の期間中に保護者と看護師で手技の確認等引継ぎを行う。</li></ul> <p>(看護師が医療的ケアの手技について安全に対応ができ、保育と協働する中で普段の子どもの姿や健康状態が分かることが必要)</p>

### 4 医療的ケアの内容の変更について

医療的ケア児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を行います。

## IV 医療的ケア実施関係者の役割と確認事項

### 1 幼保運営課の役割

幼保運営課は、丸亀市就学前教育・保育施設において医療的ケア児の受入れを行うため、看護師の派遣が可能な事業者（以下「看護師派遣事業者」という。）に依頼して看護師を確保します。

また、実施体制や実施状況を適宜把握し、円滑な医療的ケアが実施できるように、必要に応じて医療的ケアを実施している施設に対して指導・助言等を行います。そのために、次の内容を実施します。

- ① 施設における医療的ケア実施内容等の記録について、看護師派遣事業者に定期的に提供を求めること。
- ② 医療的ケア運営協議会の意見を聞きながら、本ガイドラインに沿って着実に医療的ケアが実施できるように、必要に応じてガイドラインの改定等を行うこと。
- ③ その他課題となる事項については、個別の就学前教育・保育施設受入体制検討会を開催し、協議すること。

### 2 丸亀市立就学前教育・保育施設の役割

丸亀市立就学前教育・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、施設内における医療的ケアに関する体制整備に努めます。

- ① 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上で、全教職員での情報共有と医療的ケアの教育・保育的意義の理解、環境整備、緊急時の対応マニュアルの作成等、医療的ケア実施における支援体制を確立しておくこと。
- ② 施設長は、看護師派遣事業者との連絡の窓口となり、保護者、担当教職員と連絡しながら、医療的ケア児の教育・保育及び医療的ケアの安全実施のマネジメントや教職員育成等を行うこと。
- ③ 医療的ケア児の発達・発育状況を踏まえて、受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。
- ④ 施設外での活動については、施設の年間計画に基づき、年度当初に保護者、看護師派遣事業者、幼保運営課と、医療的ケア実施の有無や安全面等について協議しておくこと。
- ⑤ 担任は、当該幼児をよく観察し、施設長や看護師等、保護者と連絡を密にとり、安全確保に努めること。

### 3 看護師派遣事業者の役割

看護師派遣事業者は、丸亀市から委託を受け、施設に看護師を派遣し医療的ケアを行います。医療的ケアを実施する場合には、次の事項について遵守するものとします。

- ① 看護師派遣事業者は、医療的ケア児支援者を選任すること。

- ② 医療的ケア児支援者及び看護師は、保護者、主治医及び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、主治医からの「医療的ケア実施に関する指示書」を基に、「医療的ケア実施計画書」（手順書、緊急の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。
- ③ 派遣した看護師により「医療的ケア実施計画書」に基づく医療的ケアを確実に遂行すること。
- ④ 看護師や施設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。
- ⑤ 医療的ケアの実施報告書を作成し、定期的に幼保運営課に報告すること。
- ⑥ 医療的ケア児支援者は、施設の職員に対して、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。

#### 4 保護者の役割

就学前教育・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。施設内での医療的ケアに関わる全てを看護師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、保護者からの情報等を基に就学前教育・保育施設、主治医、看護師及び幼保運営課が、しっかりと連携をとることが必要になります。そこで、保護者においても次のことについて理解しておく必要があります。

- ① 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。
- ② 施設又は看護師派遣事業者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。
- ③ 定期的に医療機関へ受診し、その結果等を施設に報告すること。
- ④ 園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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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）は速やかに施設に連絡すること。
- ⑧ 医療的ケアに必要な、幼児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、幼児が使用する医療器具等の準備に係る経費は保護者負担とします。

## V 様式集

【幼保用様式1】 医療的ケアの申込みに関する主治医意見書

別紙 就学前教育・保育施設における活動の目安

【幼保用様式2】 医療的ケア実施申込書

【幼保用様式3】 医療的ケアを受ける幼児の調査票

【幼保用様式4】 医療的ケアを必要とする幼児の教育・保育に関する確認書兼同意書

【幼保用様式5】 医療的ケア実施に関する指示書

【幼保用様式6】 医療的ケア実施通知書

【幼保用様式7】 医療的ケア実施承諾書



宛

年 月 日

### 医療的ケアの申込みに関する主治医意見書

次のとおり下記児童に係る医療的ケアに関する意見を申し述べます。

医療機関名		所在地	
電話番号		医師氏名 (署名又は記名押印)	

ふりがな 幼 児 名	男 女	生年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
診断名			受診 状況	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期	
就学前教育・ 保育施設にお ける集団生活 の可否	<p>幼児が長時間にわたり集団で生活する就学前教育・保育施設は、食事、集団での遊び等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> <input type="checkbox"/> 就学前教育・保育施設での集団生活は可能 <input type="checkbox"/> 就学前教育・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"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> たん吸引（口腔、鼻腔、気管カニューレ内） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器による呼吸管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理 <input type="checkbox"/> 導尿				
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"/> 一部不可 <input type="checkbox"/> 不可 誤嚥の有無 <input type="checkbox"/> 有 <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)

排尿状態	排尿障害 <input type="checkbox"/> 有 (内容 ) <input type="checkbox"/> 無	
発作の状況	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"/> 緊急搬送する <input type="checkbox"/> 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	
就学前教育・保育施設での生活上の配慮及び活動の制限	教育・保育中に特別な配慮を <input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 部分的に必要なとする <input type="checkbox"/> 常に必要とする ( 内容 ) 活動の制限 ※「就学前教育・保育施設における活動の目安」を参考にしてください。 <input type="checkbox"/> 基本的には可能だが、運動は不可 <input type="checkbox"/> 軽い運動には参加可 <input type="checkbox"/> 中程度の運動には参加可 <input type="checkbox"/> 強い運動にも参加可	
その他		

## 就学前教育・保育施設における活動の目安

		軽い活動	中程度の活動	強い活動
就学前教育・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 ○鉄棒で足抜き回り	○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) ○三輪車、自転車をこぐ ○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	○走る、鬼ごっこ ○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) ○三輪車、自転車をこぐ ○スケーターに乗る ○一輪車に挑戦する ○ジャングルジムに登る ○鉄棒の前回り、逆上がり ○水遊び、泥んこ遊び	○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

宛

年 月 日

申込者（保護者）住所  
氏名

医 療 的 ケ ア 実 施 申 込 書

次のとおり就学前教育・保育施設での医療的ケアの実施について申し込みます。

なお、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幼児の意見聴取を行うことについて同意します。

ふりがな 幼 児 名	男 女	生年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
電話番号 (携帯電話番号)					

○実施を申し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○又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"/> たん吸引（ 口 ・ 鼻 ・ 気管カニューレ内 ） <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理 <input type="checkbox"/> 導尿 ・ 自己導尿（ 一部要介助 ・ 完全要介助 ） <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器による呼吸管理
----------	---

○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		
たん吸引		
酸素療法		
人工肛門の管理		
導尿		
インスリン注射		
人工呼吸器による 呼吸管理		

宛

年 月 日

医療的ケアを受ける幼児の調査票

ふりがな 保護者氏名		電話番号			
住 所					
ふりがな 幼 児 名	男 女	生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
施設名・組					
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"/> 療育手帳 ( ①・A・②・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 <input type="checkbox"/> 言語理解			
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 (回数 回/日)		
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿(回数 回/日) <input type="checkbox"/> その他		
	便	便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回数 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(回数 回/日) <input type="checkbox"/> その他		

(裏面へ続く)

食事	方法 内容	<input type="checkbox"/> 経口	状 況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
			内 容 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 経管 栄養	種 類 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> IVH	交換頻度 (1回/ )		
薬剤名 ( )			
血糖値測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時 間 ( 時・ 時・ 時)	
インスリン投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時 間 ( 時・ 時・ 時)	
呼 吸 管 理	気管 切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	カニューレ製品名 ( )
			交換頻度 (1回/ )
			トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	回数 ( 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( Fr)			
出産時の状況	妊娠期間 ( 週 日)		
	体 重 ( ) g		
	身 長 ( ) c m		
	単・多 ( ) 胎		
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		

医療的ケアを必要とする幼児の教育・保育に関する確認書兼同意書

就学前教育・保育施設における医療的ケア実施の申込みに当たり、次の確認事項をご理解いただいた上で、各項目の確認欄に☑し、ご署名をお願いします。

	確認事項	確認欄
1	「丸亀市医療的ケア実施ガイドライン」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	やむを得ない事情により医療的ケアを行う看護師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、登園・登所ができないことがあることを了承します。	<input type="checkbox"/>
3	施設内での感染症が一定以上発症した場合の登園・登所判断は、保護者の責任で行います。また、施設の判断で登園・登所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	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	幼児の症状に急変が生じ、緊急事態と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、受診又は治療が行われることがあります。また、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・当所時に持参します。	<input type="checkbox"/>
7	幼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、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幼児の状況について、集団での教育・保育を実施する上で必要な範囲で、他の幼児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、施設との間で取り決めた事項を順守します。	<input type="checkbox"/>

宛

以上の医療的ケアを必要とする幼児の教育・保育に関する内容を確認し、同意します。

年 月 日

(署名欄)

保護者 (申請者)名			
申込幼児氏名	生年月日	年	月 日

※ 保護者→主治医→保護者→幼保運営課

(幼保用様式5-表)

宛

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 (署名又は記名押印)	

ふりがな 幼 児 名		男 女	生年 月日	年 月 日	年 齢	歳
医療的ケア の内容	実施方法	指示内容及び配慮事項				
経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <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 (Fr) ( )				
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	流量 ( リットル/分) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内				
吸 引	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回数 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 (Fr) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12				
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/				
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 (Fr) ( ) 回 数 約 回/日				

(裏面へ続く)





年 月 日

(保護者名)

様

(発信者)

## 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ので通知します。

### 記

#### 1 幼児名

ふりがな 幼 児 名		男 女	生年 月日	年 月 日	年 齢	歳
---------------	--	--------	----------	-------	--------	---

#### 2 実施施設

施設の名称	
-------	--

#### 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、結果を施設にご連絡ください。
- (2) 登園・登所時、幼児の健康状態について、担任や看護師（医療的ケア看護職員）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幼児が使用する用具、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→幼保運営課

(幼保用様式7)

宛

年 月 日

(施設名)

(幼児名)

(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実施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、幼児が受診する際に、就学前教育・保育施設教職員又は看護師等が同行し、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。