

報告第 37 号

丸亀市医療的ケア実施ガイドラインについて

丸亀市医療的ケア実施ガイドラインを作成したので、丸亀市教育長に対する事務委任等規則第 3 条第 1 号の規定により、別紙のとおり報告する。

令和 5 年 12 月 26 日提出

丸亀市教育委員会

教育長 末 澤 康 彦

**丸亀市医療的ケア実施ガイドライン**  
**～就学前教育・保育施設・小中学校・放課後**  
**留守家庭児童会での受入れについて～**



令和5年12月  
丸亀市教育委員会

## 目 次

はじめに

### I 基本的事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 1

- 1 ガイドラインの目的
- 2 医療的ケアとは
- 3 医療的ケア運営協議会について
- 4 対応できる医療的ケアの種類

## 就学前教育・保育施設

### 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・・・・・・・・ P 2・3

- 1 受入れの要件
- 2 対象幼児
- 3 受入体制検討会の実施
- 4 医療的ケアが可能な日時
- 5 医療的ケアの対応者

### III 申込みの流れと手続・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 4～6

- 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
- 2 医療的ケア実施申込みの際に必要な書類
- 3 受入れ決定後の流れについて
- 4 医療的ケアの内容の変更について

### IV 医療的ケア実施関係者の役割と確認事項・・・・・・・・・・・・・・・・ P 7・8

- 1 幼保運営課の役割
- 2 丸亀市立就学前教育・保育施設の役割
- 3 看護師派遣事業者の役割
- 4 保護者の役割

### V 様式集・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 9～20

【幼保用様式1】 医療的ケア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

## 小・中学校

- VI 丸亀市立小・中学校で実施する医療的ケアについて・・・・・・・・・・・・・・・・ P 2 1
- 1 実施の要件
  - 2 対象児童・生徒
  - 3 医療的ケアが可能な時間帯
  - 4 医療的ケアの対応者
- VII 申込みの流れと手続・・・・・・・・・・・・・・・・ P 2 2・2 3
- 1 丸亀市立小・中学校での医療的ケア開始に向けての手続の流れについて
  - 2 医療的ケア実施申込みの際に必要な書類
  - 3 医療的ケアの内容の変更について
- VIII 医療的ケア実施関係者の役割と確認事項・・・・・・・・ P 2 4・2 5
- 1 学校教育課の役割
  - 2 学校の役割
  - 3 看護師派遣事業者の役割
  - 4 保護者の役割
- IX 様式集・・・・・・・・・・・・・・・・ P 2 6～3 6
- 【小中用様式1】 医療的ケア実施申込書
  - 【小中用様式2】 医療的ケアに係る調査票
  - 【小中用様式3】 医療的ケアに関する主治医意見書
  - 【小中用様式4】 医療的ケアを必要とする児童・生徒の教育に関する確認書兼同意書
  - 【小中用様式5】 医療的ケア実施に関する指示書
  - 【小中用様式6】 医療的ケア実施通知書
  - 【小中用様式7】 医療的ケア実施承諾書

## 放課後留守家庭児童会

- X 放課後留守家庭児童会で実施する医療的ケアについて・・・P 37
- 1 受入れの要件
  - 2 対象児童
  - 3 医療的ケアが可能な時間帯
  - 4 医療的ケアの対応者
- XI 申込みの流れと手続・・・P 38・39
- 1 青い鳥教室での医療的ケア開始に向けての手続の流れについて
  - 2 医療的ケア実施申込みの際に必要な書類
  - 3 医療的ケアの内容の変更について
- XII 医療的ケア実施関係者の役割と確認事項・・・P 40・41
- 1 総務課の役割
  - 2 青い鳥教室の役割
  - 3 看護師派遣事業者の役割
  - 4 保護者の役割
- XIII 様式集・・・P 42～52
- 【青い鳥用様式1】 医療的ケア実施申込書
  - 【青い鳥用様式2】 医療的ケアに係る調査票
  - 【青い鳥用様式3】 医療的ケアに関する主治医意見書
  - 【青い鳥用様式4】 医療的ケアを必要とする児童の保育に関する確認書兼同意書
  - 【青い鳥用様式5】 医療的ケア実施に関する指示書
  - 【青い鳥用様式6】 医療的ケア実施通知書
  - 【青い鳥用様式7】 医療的ケア実施承諾書

## 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子ども（以下「医療的ケア児」という）の数が年々増加しており、医療的ケア児の教育的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。

丸亀市では、幼保運営課が、令和4年3月に受入れに関するガイドラインを作成し、医療的ケア児が在籍する就学前教育施設へ看護師が訪問し、必要な医療的ケアを行っております。令和6年度からは小・中学校、放課後留守家庭児童会（青い鳥教室）にも拡大し、就学前からの切れ目ない支援を実施することになりました。

このガイドラインを活用し、幼児・児童・生徒の実態や発達に合わせた医療的ケアが実施され、保育・教育のさらなる充実が図られることを願っています。

なお、本ガイドラインについて、方針や内容、手続等において見直しが必要な場合には、適宜、改定を行っていくものとします。

令和5年12月

丸亀市教育委員会

# I 基本的事項

## 1 ガイドラインの目的

本ガイドラインは、医療的ケア児を丸亀市立就学前教育・保育施設、小学校・中学校及び放課後留守家庭児童会（青い鳥教室）で受け入れるに当たり、必要となる基本的な事項や留意事項等を示すことにより、円滑な受入れが図られることを目的としています。

## 2 医療的ケアとは

本ガイドラインにおいて「医療的ケア」とは、治療を目的としたものではなく、各施設・学校に在籍する幼児・児童・生徒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経管栄養、酸素療法等、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、医療的ケア看護職員により教育・保育中に各施設・学校内で行われるものをいいます。

本市における医療的ケアは医療的ケア看護職員として丸亀市が確保した看護師（以下「看護師」という。）が医師の指示に基づいて行います。

## 3 医療的ケア運営協議会について

各施設・学校が安心・安全に医療的ケア児を受け入れることができるようにするために、教育、医療、保健、福祉等の関係部局や機関等で構成される「医療的ケア運営協議会」を設置し、医療的ケア児の受入れに関する方針、ガイドラインの改定等、医療的ケアの実施に関する全般的な内容について協議します。

## 4 対応できる医療的ケアの種類

各施設・学校において対応できる医療的ケアの種類は、次のとおりとします。

- ・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（酸素カニューレ、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般的な服薬等は含みません。

## 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れ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	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。 <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		
交換頻度 (1回/ )			
<input type="checkbox"/> IVH	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		男	生年			年	月	日	年	歳
幼 児 名		女	月 日							

#### 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。

## VI 丸亀市立小・中学校で実施する医療的ケアについて

### 1 実施の要件

- ① 病状や健康状態が安定していること。
- ② 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。
- ③ 病状や医療的ケアに関する情報を保護者と小・中学校で十分に共有できること。
- ④ 学校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。
- ⑤ 該当小・中学校での実施体制（人員配置や施設環境）が整えられていること。

### 2 対象児童・生徒

丸亀市立小・中学校に通っている児童・生徒で、医療的ケアを受けることで通常の教育が可能と判断された者です。

### 3 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の範囲で必要な時間としますが、必要な医療的ケアの状況によっては16：00を超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。）

### 4 医療的ケアの対応者

丸亀市（市教育委員会学校教育課所管）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・学校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中の児童・生徒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。

## VII 申込みの流れと手続

### 1 丸亀市立小・中学校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	<p>医療的ケア児の就学に関しての相談は、学校教育課で受け付けます。相談を受けた学校教育課は、該当児童が本ガイドラインに基づく医療的ケアの対象者であることを確認します。</p> <p>対象者であると確認できた場合は、医療的ケアを受ける際の申込方法や手続、留意点等について説明します。</p>
②	利用申込み	<p>保護者は、次の書類を在籍する就学前教育・保育施設又は学校を通じて学校教育課に提出し、利用の申込みを行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療的ケア実施申込書（小中用様式1）</li> <li>・医療的ケアに係る調査票（小中用様式2）</li> <li>・医療的ケアに関する主治医意見書（小中用様式3）</li> </ul> <p>※「医療的ケアに関する主治医意見書」については、主治医により作成してもらい、その文書作成に係る経費については、保護者負担とします。</p>
③	連携相談①	<p>学校教育課と保護者、学校及び看護師が、在籍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。</p> <p>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・生徒の教育に関する確認書兼同意書」（小中用様式4）を提出します。</p> <p>連携相談に向けた日程調整は学校教育課が行います。</p>
④	利用調整	<p>連携後、学校教育課が、実施に向けて今後の予定などを調整し、保護者、学校、看護師に連絡します。</p>
⑤	主治医指示書提出	<p>保護者は、主治医に「医療的ケア実施に関する指示書」（小中用様式5）の作成を依頼し、就学前教育・保育施設又は学校を通じて学校教育課に提出します。</p> <p>学校教育課は、指示書の内容について、看護師に情報提供し、連携を図ります。</p> <p>※主治医による文書作成に係る経費については、保護者負担とします。</p>
⑥	連携相談②	<p>保護者、看護師、学校及び学校教育課が、在籍学校で主治医の指示書を基に、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。</p>
⑦	実施通知及び承諾書の提出	<p>学校教育課は、「医療的ケア実施通知書」（小中用様式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」（小中用様式7）を提出します。</p>

## 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、保護者及び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、小・中学校等と共有されます。

【小中用様式1】	<b>医療的ケア実施申込書</b> 医療的ケアの実施を希望する場合に提出をします。関係機関との情報共有や主治医からの意見聴取に同意を示すものです。
【小中用様式2】	<b>医療的ケアに係る調査票</b> 医療的ケアを受ける児童・生徒について、共通理解を図るものです。
【小中用様式3】	<b>医療的ケアに関する主治医意見書</b> 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上での情報とするものです。医療的ケアを行えば、学校において通常の教育が可能かどうかの主治医の意見を確認します。
【小中用様式4】	<b>医療的ケアを必要とする児童・生徒の教育に関する確認書兼同意書</b> 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。
【小中用様式5】	<b>医療的ケア実施に関する指示書</b> 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。
【小中用様式6】	<b>医療的ケア実施通知書</b> 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。
【小中用様式7】	<b>医療的ケア実施承諾書</b> 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。

## 3 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。

## VIII 医療的ケア実施関係者の役割と確認事項

### 1 学校教育課の役割

学校教育課は、丸亀市立小・中学校において医療的ケアを行うため、看護師派遣事業者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学校に対して指導・助言等を行います。そのために、次の内容を実施します。

- ① 学校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、学校において連携相談を開催し、協議すること。

### 2 学校の役割

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、学校における医療的ケアに関する体制整備に努めます。

- ① 学校医と医療的ケア児に関して情報共有を行い、連携を図ること。
- ② 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上で、全教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。
- ③ 校長は、医療的ケアに関する担当職員を校務分掌上位置付け、担当職員は看護師派遣事業者と連携して、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。
- ④ 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、教育の進め方などを保護者と確認しておくこと。
- ⑤ 学校外での活動については、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、看護師派遣事業者及び学校教育課と協議しておくこと。
- ⑥ 担任は、当該児童・生徒をよく観察し、校長、担当職員や養護教諭、看護師及び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、学校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、緊急的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。

- ⑤ 医療的ケアの実施報告書を作成し、定期的に学校教育課に報告すること。
- ⑥ 看護師は、医療的ケア児の今後の自立を目指して、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。
- ⑦ 医療的ケア児支援者は、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。

#### 4 保護者の役割

小・中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。学校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、学校、主治医、看護師及び学校教育課と、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、看護師及び学校に情報提供を行うこと。
- ② 学校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、その結果等を学校に報告すること。
- ④ 校外学習、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。

※実施する場合の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。

- 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）は速やかに学校に連絡すること。
- ⑧ 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。

## Ⅸ 様式集

【小中用様式1】 医療的ケア実施申込書

【小中用様式2】 医療的ケアに係る調査票

【小中用様式3】 医療的ケアに関する主治医意見書

【小中用様式4】 医療的ケアを必要とする児童・生徒の教育に関する確認書兼同意書

【小中用様式5】 医療的ケア実施に関する指示書

【小中用様式6】 医療的ケア実施通知書

【小中用様式7】 医療的ケア実施承諾書



丸亀市教育委員会教育長 宛

年 月 日

申込者（保護者）住所  
氏名

## 医療的ケア実施申込書

次のとおり丸亀市立小・中学校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児童の意見聴取を行うことについて同意します。

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

## ○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○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

## ○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。）

○青い鳥教室の利用希望 あり・なし

## 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・生徒名	男 女	生年 月日	年 月 日	年 齢	歳		
学校名	学校	学年・組	年 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 / )				
	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 ( (A)・A・(B)・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				
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 / 日 )				
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 ( 回 / 日 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	便	便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 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 / 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		
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	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 ( )		
			種 類 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <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 ( )		
			注入力・回数 ( )		
<input type="checkbox"/> I V H	トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
	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)			
インスリン剤	<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/時間)		
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)	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				

丸亀市教育委員会教育長 宛

年 月 日

## 医療的ケア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 児童名		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	
小中学校における 集団生活の可否	教育中は、他の児童・生徒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。 <input type="checkbox"/> 小中学校での集団生活は可能 <input type="checkbox"/> 小中学校での集団生活は不可 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）					
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"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理					
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"/> 救急搬送する <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	
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 <input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 部分的に必要とする <input type="checkbox"/> 常に必要とする ( 内容 ) 活動の制限 <input type="checkbox"/> 基本的生活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"/> 中等度の運動には参加可 <input type="checkbox"/> 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・生徒の教育に関する確認書兼同意書

学校における医療的ケア実施の申込みに当たり、次の確認事項を御理解いただいた上で、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、「Ⅷ 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等が勤務できない場合には、保護者が付き添います。	<input type="checkbox"/>
3	学校での感染症が一定以上発症した場合の登校判断は、保護者等の責任で行います。また、学校の判断で登校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	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。	<input type="checkbox"/>
5	医療的ケア児の症状に急変が生じ、緊急事態と各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になることを了承します。	<input type="checkbox"/>
6	医療的ケア児の病態の変化等により、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、学校に速やかに相談することを了承します。	<input type="checkbox"/>
7	学校の人員、設備環境等の状況により、学校での医療的ケアの実施ができなくなる場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
8	医療的ケア児の状況について、教育を実施する上で必要な範囲で、他の児童・生徒やその保護者との間で共有する場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
9	1～8のほか、各学校との間で取り決めた事項を順守します。	<input type="checkbox"/>

以上の医療的ケアを必要とする児童・生徒の教育に関する内容を確認し、同意します。

(署名欄)

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

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)	

児童・生徒名		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				
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/				
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	流量 ( %/分) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内				
吸 引	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回数 約 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				
経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <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) ( )				
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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	時間 ( 時・ 時)
インスリン投与	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	薬剤名 ( ) 一回量 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 ( )
与薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<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 ( )
その他の医療的ケア		
緊急時の対応		(発作、誤嚥、発熱時等に係る対応)
園・学校施設での生活上の注意及び配慮事項並びに活動制限等		

○ 適宜変更点については、受診時に保護者へお伝えください。



年 月 日

(保護者名) 様

丸亀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ので通知します。

## 記

## 1 児童・生徒名

ふりがな 氏名		生年 月日	年 月 日	年齢	歳
------------	--	----------	-------	----	---

## 2 学校名

学校	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基に、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、結果や指示を学校にご連絡ください。
- (2) 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、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。

(小中用様式7)

丸亀市教育委員会教育長 宛

年 月 日

(学校名) \_\_\_\_\_ 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、教職員又は看護師等が同行し、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。

## X 放課後留守家庭児童会で実施する医療的ケアについて

本市の放課後留守家庭児童会（以下「青い鳥教室」という。）は、小学校敷地内又は近接する位置に所在しており、全て丸亀市（市教育委員会総務課所管）が運営しています。このため、通学する小学校において医療的ケアを実施している児童が青い鳥教室を利用する場合には、学校教育課と連携し看護師の確保等を行うものとします。

### 1 受入れの要件

- ① 病状や健康状態が安定していること。
- ② 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。
- ③ 病状や医療的ケアに関する情報を保護者と青い鳥教室で十分に共有できること。
- ④ 青い鳥教室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。
- ⑤ 該当青い鳥教室での受入れ体制（人員配置や施設環境）が整えられていること。

### 2 対象児童

利用を希望する青い鳥教室が所在する丸亀市立小学校に通っている児童で、当該小学校において、医療的ケアを受けているものです。

※青い鳥教室の利用要件に当てはまる児童に限ります。

### 3 医療的ケアが可能な時間帯

青い鳥教室において医療的ケアを実施できる時間は、対象児童が青い鳥教室を利用する時間の範囲内とします。

### 4 医療的ケアの対応者

丸亀市（市教育委員会総務課所管）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・学校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、安全確保のために支援員も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。

## XI 申込みの流れと手続

### 1 青い鳥教室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	<p>保護者が青い鳥教室の利用を希望する場合は、学校教育課に対して医療的ケア実施の利用相談を行う際に、青い鳥教室の利用を希望する旨の申出を行い、学校教育課は、当該申出があったときは、総務課にその旨を連絡します。</p> <p>連絡を受けた総務課は、学校教育課とともに利用相談に対応します。</p>
② 利用申込み	<p>学校教育課に提出された「医療的ケア実施申込書」（小中用様式1）、「医療的ケアに係る調査票」（小中用様式2）及び「医療的ケアに関する主治医意見書」（小中用様式3）を、総務課と共有するものとします。</p> <p>学校での医療的ケア実施の申込みと同時に青い鳥教室を利用しない場合は、総務課に対し別途「医療的ケア実施申込書」（青い鳥用様式1）及び「医療的ケアに係る調査票」（青い鳥用様式2）の提出が必要です（医療的ケアに関する主治医意見書は、学校教育課に提出されたものを共有できる場合は、再度提出する必要はありません。）。</p> <p>※青い鳥教室の利用申込みは別途必要です。</p>
③ 連携相談①	<p>学校での医療的ケア実施に係る連携相談に総務課と青い鳥教室担当者が参加します。その際学校教育課に提出された「医療的ケアを必要とする児童・生徒の教育に関する確認書兼同意書」（小中用様式4）は、総務課と共有します。</p> <p>学校での医療的ケア実施の申込みと同時に青い鳥教室を利用しない場合は、総務課が主体となり必要な連携相談を行うこととし、別途「医療的ケアを必要とする児童の保育に関する確認書兼同意書」（青い鳥用様式4）の提出が必要です。</p>
④ 利用調整	<p>連携後、総務課が、実施に向けて今後の予定などを調整し、保護者、青い鳥教室及び看護師に連絡します。</p>
⑤ 主治医指示書提出	<p>青い鳥教室を利用する場合の「医療的ケア実施に関する指示書」（小中用様式5）は、学校での医療的ケアの実施に加え、青い鳥教室での医療的ケアの実施に関する指示も記載してもらってください。総務課は、指示書の内容について、看護師等に情報提供し、連携を図ります。</p> <p>学校での医療的ケア実施の申込みと同時に青い鳥教室を利用しない場合は、別途「医療的ケア実施に関する指示書」（青い鳥用様式5）の提出が必要です。</p>
⑥ 連携相談②	<p>保護者、看護師、青い鳥教室及び総務課が、在籍する青い鳥教室で主治医の指示書を基に、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。</p>
⑦ 承諾書の提出	<p>総務課は、「医療的ケア実施通知書」（青い鳥用様式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」（青い鳥用様式7）を提出します。</p>

## 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、保護者及び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、青い鳥教室等と共有されます。

【青い鳥用様式1】	<b>医療的ケア実施申込書</b> 医療的ケアの実施を希望する場合、また依頼内容に変更がある場合に提出をします。関係機関との情報共有や主治医からの意見聴取に同意を示すものです。
【青い鳥用様式2】	<b>医療的ケアに係る調査票</b> 医療的ケアを受ける児童・生徒について、共通理解を図るものです。
【青い鳥用様式3】	<b>医療的ケアに関する主治医意見書</b> 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上での情報とするものです。医療的ケアを行えば、青い鳥教室において通常の保育が可能かどうかの主治医の意見を確認します。 ※原則として小中学校用に提出されたものを共有します。
【青い鳥用様式4】	<b>医療的ケアを必要とする児童の保育に関する確認書兼同意書</b> 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。
【青い鳥用様式5】	<b>医療的ケア実施に関する指示書</b> 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。
【青い鳥用様式6】	<b>医療的ケア実施通知書</b> 青い鳥教室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。
【青い鳥用様式7】	<b>医療的ケア実施承諾書</b> 青い鳥教室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。

## 3 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。

## XII 医療的ケア実施関係者の役割と確認事項

### 1 総務課の役割

総務課は、青い鳥教室において医療的ケアを行うため、看護師派遣事業者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青い鳥教室に対して指導・助言等を行います。そのために、次の内容を実施します。

- ① 学校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、連携相談を開催し、協議すること。

### 2 青い鳥教室の役割

青い鳥教室は、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うえで、受入れ教室の支援員等保育者全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 支援員は、医療的ケア児の発達・発育状況を踏まえて、受入れ教室や生活の流れ、行事への対応、保育の進め方などを保護者と確認しておくこと。
- ③ 支援員は、当該児童をよく観察し、看護師や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、青い鳥教室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、主治医及び青い鳥教室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、緊急的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 看護師や青い鳥教室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、定期的に総務課に報告すること。
- ⑥ 看護師は、医療的ケア児の今後の自立を目指して、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。

- ⑦ 医療的ケア児支援者は、青い鳥教室の職員に対して、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

青い鳥教室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。青い鳥教室内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、青い鳥教室、主治医、看護師及び総務課と、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、看護師及び青い鳥教室に情報提供を行うこと。
- ② 青い鳥教室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、その結果等を青い鳥教室に報告すること。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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）は速やかに青い鳥教室に連絡すること。
- ⑦ 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係る経費は保護者負担とします。

### XⅢ 様式集

【青い鳥用様式1】 医療的ケア実施申込書

【青い鳥用様式2】 医療的ケアに係る調査票

【青い鳥用様式3】 医療的ケアに関する主治医意見書

【青い鳥用様式4】 医療的ケアを必要とする児童の保育に関する確認書兼同意書

【青い鳥用様式5】 医療的ケア実施に関する指示書

【青い鳥用様式6】 医療的ケア実施通知書

【青い鳥用様式7】 医療的ケア実施承諾書



丸亀市教育委員会教育長 宛

年 月 日

申込者（保護者）住所  
氏名

医 療 的 ケ ア 実 施 申 込 書

次のとおり青い鳥教室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児童の意見聴取を行うことについて同意します。

ふりがな 児 童 名		男 女	生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
電 話 番 号 (携帯電話番号)		学校名・ 学年・組			年	学 校 組

○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○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
----------	---

○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。）

年 月 日

## 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	生年 月日	年 月 日	年 齢	歳
学校名	小学校	学年・組	年	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 / )
	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 ( (A)・A・(B)・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				
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 / 日 )		
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 ( 回 / 日 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	便	便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 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 / 日 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		

(裏面へ続く)

食 事	方 法 内 容	<input type="checkbox"/> 経 <input type="checkbox"/>	状 況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	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 ( )		
			種 類 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <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 ( )				
交換頻度 (1回/ )					
	<input type="checkbox"/> I V H	薬剤名 ( )			
血糖値測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時 間 ( 時, 時, 時)			
インスリン剤	<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/時間)		
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)	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				

丸亀市教育委員会教育長 宛

年 月 日

## 医療的ケア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 児童名	男 女	生年 月日	年 月 日	年 齢	歳
診 断 名			受 信 状 況	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期	
青い鳥教室における 集団生活の可否	<p>保育中は、他の児童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。</p> <input type="checkbox"/> 青い鳥教室での集団生活は可能 <input type="checkbox"/> 青い鳥教室での集団生活は不可 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）				
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"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理				
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)

<p>排尿状態</p>	<p>排尿障害  <input type="checkbox"/> 有 (内容 )  <input type="checkbox"/> 無</p>	
<p>発作の状況</p>	<p>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"/> 救急搬送する  <input type="checkbox"/> その他 ( 内容 )</p>	
<p>予想される緊急時の状況及び対応</p>	<p>状況・頻度</p>	
	<p>対応</p>	
	<p>緊急搬送の目安</p>	
<p>青い鳥教室での生活上の配慮及び活動の制限</p>	<p>活動中に特別な配慮を  <input type="checkbox"/> 必要としない  <input type="checkbox"/> 部分的に必要とする  <input type="checkbox"/> 常に必要とする          ( 内容 )          活動の制限  <input type="checkbox"/> 基本的生活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"/> 中等度の運動には参加可  <input type="checkbox"/> 体育など、強い運動にも参加可</p>	
<p>その他</p>		

## 医療的ケアを必要とする児童の保育に関する確認書兼同意書

青い鳥教室における医療的ケア実施の申込みに当たり、次の確認事項を御理解いただいた上で、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、「Ⅶ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。	<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等が勤務できない場合には、保護者が付き添います。	<input type="checkbox"/>
3	青い鳥教室での感染症が一定以上発症した場合の教室利用判断は、保護者等の責任で行います。また、市教育委員会の判断で登校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	市教育委員会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	医療的ケア児の症状に急変が生じ、緊急事態と青い鳥教室が判断した場合は、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になることを了承します。	<input type="checkbox"/>
6	医療的ケア児の病態の変化等により、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、青い鳥教室に速やかに相談することを了承します。	<input type="checkbox"/>
7	青い鳥教室の人員、設備環境等の状況により、青い鳥教室での医療的ケア児の受入れができなくなる場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
8	医療的ケア児の状況について、保育を実施する上で必要な範囲で、他の児童やそ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、青い鳥教室との間で取り決めた事項を順守します。	<input type="checkbox"/>

以上の医療的ケアを必要とする児童の保育に関する内容を確認し、同意します。

(署名欄)

年 月 日

保護者（申請者） 氏名			
申込児童氏名		生年月日	年 月 日

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)	

児童名	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		
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/			
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	流量 ( %/分) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内			
吸 引	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回数 約 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(F) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12			
経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <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(F) ( )			
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(F) ( ) 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	時 間 (      時・      時)
インスリン 投 与	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	薬剤名 (      ) 一回量      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 (      )
与 薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<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 医療的ケア		
緊 急 時 の 対 応		(発作、誤嚥、発熱時等に係る対応)
青い鳥教室 での生活上 の注意及び 配慮事項並 びに活動制 限等		

○ 適宜変更点については、受診時に保護者へお伝えください。



年 月 日

(保護者名) 様

丸亀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するので通知します。

記

1 児童名

ふりがな 児 童 名		生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
---------------	--	------------	-------	-----	---

2 青い鳥教室名

	教室	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基に、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、結果や指示を青い鳥教室にご連絡ください。
- (2) 送迎時に、児童の健康状態について、支援員や看護師等に連絡し、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、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。

(青い鳥用様式7)

丸亀市教育委員会教育長 宛

年 月 日

(教室名)

(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、青い鳥教室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。