

II：保育所・幼稚園で実施する医療的ケアについて

1. 受入れの要件

- ・集団での保育・教育が可能であること。
- ・病状や健康状態が安定していること。
- ・病状や医療的ケア等の必要な情報について、保護者、施設、看護師、主治医等関係機関が十分に共有し、密に連携を図ることができること。
- ・施設の受入れ体制（人員、設備、環境）が整っていること。
- ・受入れ時期は、4月1日入所（園）を基本とすること。（ただし、医療的ケアの開始時期については、「6. 受入れ後の流れについて」に示す準備期間を経て決定すること）

2. 対象施設

善通寺市立の保育所、幼稚園

3. 医療的ケアが可能な日時

対応できる日時	保育認定時間
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。）

※園外保育については要相談。

4. 医療的ケア児受入体制検討会

医療的ケア児受入体制検討会を開催し、医療的ケア実施申込のあった医療的ケア児の受入れの可否について検討します。

医療的ケア児受入体制検討会は、医師（主治医を除く）、施設長、善通寺市関係各課（社会福祉課、子ども課、教育総務課）で組織します。

5. 申込手続きの流れ（保育所担当：子ども課、幼稚園担当：教育総務課）

手続きの流れ		内 容
①	・利用相談 ・施設見学	保護者から医療的ケア実施に関して担当課が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み方法や手続き、留意点等について説明します。保護者は、入所（園）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保育・教育が可能かを相談し、「医療的ケアの申込みに関する主治医意見書」（様式1）の作成を依頼します。主治医による文書作成にかかる経費については、保護者負担

		とします。
③	・入所（園）申込み ・医療的ケア実施申込み	保護者は、善通寺市に入所（園）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。 「医療的ケアの申込みに関する主治医意見書」（様式1） 「医療的ケア実施申込書」（様式2） 「医療的ケアを受ける児童・幼児の調査票」（様式3） 「医療的ケアを必要とする児童・幼児の保育・教育に関する確認書兼同意書」（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	医療的ケア児受入体制検討会の開催	医療的ケア児受入体制検討会を開催し、入所（園）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、提出された資料や確認した内容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、解決に向けた検討・提案を行います。
⑤	利用調整	本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」（様式5）の作成を依頼し、善通寺市に提出します。 主治医による文書作成にかかる経費については、保護者負担とします。
⑦	施設での入所（園）前面談（重要事項説明）	善通寺市は、提出された指示書の内容を、保護者、施設、看護師と共有し、指示書を基に医療的ケアの実施について確認します。
⑧	実施通知承諾書の提出	善通寺市は、「医療的ケア実施通知書」（様式6）により医療的ケアの実施を通知し、それを受けた保護者は、「医療的ケア実施承諾書兼同意書」（様式7）を善通寺市に提出します。

6. 受入れ決定後の流れについて

集団での保育・教育の開始にあたり、医療的ケア児が安心・安全に過ごせるように、受入れ体制の整備を進めていきます。

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。保護者付添通所・通園などを通じて、医療的ケア児の普段の状態や集団での様子を保護者と教職員等と一緒に確認しながら保育時間や内容を調整し、集団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・教育を開始します。

入所（園）前健康診断	園医（嘱託医）が医療的ケア児の状況を把握し、入所（園）前健康診断を行います。
慣らし保育（保護者付添通所・通園）	医療的ケア児の個々の状況を見ながら、無理のないペースで慣らし保育を行います。
施設内調整	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内職員研修を実施します。 ・緊急時対応の確認を行います。 ・医療的ケア児を受け入れるための保育環境の確認を行います。
看護師への引継ぎ	<ul style="list-style-type: none"> ・保護者と看護師による医療的ケアの手技確認を行います。 ・保護者付添通所・通園の期間中に、保護者と看護師で手技の確認等引継ぎを行います。

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. 善通寺市の役割

善通寺市（社会福祉課・子ども課・教育総務課）は、関係機関と連携し、各施設・学校における医療的ケア児の受入れ・支援体制を整備します。

また、医療的ケアを実施している各施設・学校の実施体制や実施状況を適宜把握し、必要に応じて指導・助言等を行います。そのために、次の内容を実施します。

- ・医療的ケア運営協議会と連携し、必要に応じて本ガイドラインの改定等を行うこと。
- ・各施設・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。
- ・その他必要に応じて、医療的ケア児個別検討会等のケース会を開催し、課題となっている事項について協議すること。

2. 各施設・学校の役割

各施設・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、各施設・学校内における医療的ケアに関する体制整備に努めます。

- ・各施設・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うえで、全教職員での情報共有と医療的ケアの保育・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。
- ・各施設・学校長は、医療的ケアに関する担当教職員2名（管理職1名を含む）を選任し、担当教職員は看護師派遣事業者と連携して、医療的ケア児の保育・教育及び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。
- ・各施設・学校長は、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、保育・教育の進め方などを保護者と確認しておくこと。
- ・各施設・学校外での活動については、各施設・学校の年間計画に基づき、保護者、各施設・学校長、看護師派遣事業者及び善通寺市で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。
- ・担任は、医療的ケア児をよく観察し、各施設・学校長、看護師、保護者等と連絡を密にとり、安全確保に努めること。
- ・各施設・学校長は、看護師派遣事業者が作成する実施報告書により医療的ケアの実施状況等を把握し、実施報告書を定期的に善通寺市に提出すること。
- ・各施設・学校長は、医療的ケア児に関する医療情報等を健康診断票に準じて扱い、当該幼児・児童・生徒が卒業後5年間保存すること。

3. 看護師派遣事業者・看護師の役割

善通寺市から委託を受けた看護師派遣事業者は、各施設・学校に看護師を派遣し医療的ケアを実施します。

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。

- ・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。(医療的ケア児支援者は、医療的ケア児等支援コーディネーターの資格を有する者が望ましい)
- ・医療的ケア児支援者は、保護者が医療的ケア実施の申込みについて相談や見学を行う際に、支援や助言を行うこと。
- ・医療的ケア児支援者及び看護師は、保護者、主治医及び各施設・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。
- ・看護師は、「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。
- ・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。
- ・医療的ケア児支援者は、各施設・学校の教職員等に対して、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。
- ・看護師派遣事業者は、看護師や各施設・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。
- ・看護師派遣事業者は、医療的ケアの実施報告書を作成し、各施設・学校を通して定期的に善通寺市に報告すること。

4. 保護者の役割

各施設・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。各施設・学校内での医療的ケアに関わる全てを看護師等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、各施設・学校、主治医、看護師、善通寺市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。

- ・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、各施設・学校に十分な情報提供を行うこと。
- ・各施設・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等の助言を得ること。
- ・定期受診をした際には、その結果等を各施設・学校に報告すること。
- ・園外保育、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。看護師による医療的ケアを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。
- ・不測の事態における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。
- ・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。
- ・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)は速やかに各施設・学校に連絡すること。

- ・ 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。

保育所・幼稚園における活動の目安

		軽い運動	中程度の活動	強い活動
保育所・幼稚園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	○追いかけてっこ ○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

医療的ケアの申込みに関する主治医意見書

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 児童・幼児 氏名		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	
保育所・幼稚園 における集団 生活の可否	<input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園での集団生活は可能 <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園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"/> 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 <input type="checkbox"/> その他(内容) その他 <input type="checkbox"/> (内容)					

(裏面へ続く)

排泄の状況	排尿・排便障害 <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	
	救急搬送の目安	
保育所・幼稚園での生活上の配慮及び活動の制限	保育・教育中に特別な配慮を <input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 部分的に必要とする <input type="checkbox"/> 常に必要とする （内容 ） 活動の制限 ※別紙「保育所・幼稚園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		

申込者（保護者）住所
氏名

医療的ケア実施申込書

次の医療的ケアについて、（ 保育所 ・ 幼稚園 ）での実施を申し込みます。

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、主治医等から児童・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 児童・幼児氏名	男 女	生年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
児童・幼児の 住所			電話番号 (携帯電話番号)		
入所（園）を希望する保育所・幼稚園名					

○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○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・救急搬送先（主治医）
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		

医療的ケアを受ける児童・幼児の調査票

ふりがな 保護者氏名		電話番号	
住 所			

医療的ケアを受ける児童・幼児の状況について、ご記入ください。

ふりがな 児童・幼児 氏名	男 女	生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
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・障害の種類:) <input type="checkbox"/> 知的障害者手帳(療育手帳) (㉠・A・㉡・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 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"/> 中心 静脈栄養	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	呼吸器機種 ()
			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	() cm	
	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、他の児童・幼児及びその保護者への周知について		

医療的ケアを必要とする児童・幼児の保育・教育に関する確認書兼同意書

保育所・幼稚園における医療的ケア実施の申込みにあたり、次の確認事項をご理解いただいたうえで、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	「善通寺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	不測の事態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、保育・教育中の医療的ケア実施の体制がとれない場合は、登所・登園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発症した場合の登所・登園判断は、保護者の責任で行います。また、施設の判断で登所・登園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	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を了承します。	<input type="checkbox"/>
6	医療的ケア児の状況に急変が生じ、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。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"/>
7	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）を登所・登園時に持参します。	<input type="checkbox"/>
8	医療的ケア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"/>
9	医療的ケア児の状況について、囑託医と情報共有するほか、集団での保育・教育を実施するうえで必要な範囲で、他の児童・幼児及び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"/>
10	1～9のほか、施設との間で取り決めた事項を遵守します。	<input type="checkbox"/>

善通寺市長 宛

以上の医療的ケアを必要とする児童・幼児の保育・教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） 氏 名			
申込児童・幼児 氏 名	生年月日	年 月 日	生

普通寺市長 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 児童・幼児 氏名	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"/> 経鼻 <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 (㎖/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)			
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)

※善通寺市→保護者

年 月 日

(保護者名) 様

善通寺市長

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こととしますので、通知します。

記

1. 児童・幼児名

児童・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、結果を施設に連絡してください。
- (2) 登所・登園時、児童・幼児の健康状態について、担任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) 医療的ケアに必要な児童・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。

善通寺市長 宛

年 月 日

(施設名) _____

(児童・幼児名) _____

(生年月日) _____

(保護者名) _____

医療的ケア実施承諾書兼同意書

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、児童・幼児が受診する際に、保育所・幼稚園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。