

医療的ケア児の保育所等受入れガイドライン

令和7年3月

改訂 令和8年3月

西 条 市

はじめに

近年の医療技術の進歩に伴い、日常生活において、痰の吸引や経管栄養等の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。)が増加し、その実態も多様化しています。このような中、保育ニーズへの対応を含め医療的ケア児とその家庭の状況に配慮した適切な支援については、社会全体として取り組むべき重要な課題となっています。

平成28年6月、児童福祉法が改正され、各地方公共団体は医療的ケア児が必要な支援を受けられるよう、保健、医療、障害福祉、保育、教育等の連携を一層推進するよう努めるものとされました。令和3年9月に施行された「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」では、「医療的ケア児及びその家族に対する支援は、医療的ケア児の日常生活及び社会生活を社会全体で支えることを旨として行われなければならない」との基本理念のもと、医療的ケア児支援に関する保育所等の設置者の責務が明記されました。

このたび、西条市では、医療的ケア児の安全・安心な保育所等の利用を推進すべく、保育所・認定こども園・地域型保育施設・幼稚園(以下、「保育所等」という。)における医療的ケア児の受入れ等に関するガイドラインを策定いたしました。

本ガイドラインは、すべての子どもと一緒に生活することを目指し、医療的ケア児を西条市内の保育所等で受入れるにあたり、必要となる基本的な事項や手順を示しています。医療的ケア児及びその家族に対する適切な支援を行うために、本ガイドラインを活用し、保育(教育)を必要とする医療的ケア児の安全な受入れを実施していきます。

令和7年3月

改訂 令和8年3月

保育・幼稚園課

目次

第1 基本的事項	1 ページ
1 受入れの要件	
2 医療的ケアの内容	
3 対象児童	
4 受入体制	
第2 医療的ケア児の入所(園)までの手続き	3 ページ
1 入所(園)相談	
2 受入れに向けた事前協議	
3 入所(園)申請	
4 受入れについての検討	
5 保育所等の入所選考	
6 実施施設との面談及び調整	
7 主治医面談	
8 医療的ケアに必要な物品等の管理	
第3 医療的ケア児の入所(園)後の継続等について	8ページ
1 医療的ケアの継続審査	
2 受入れ後における医療的ケアの内容変更	
3 長期欠席	
第4 実施施設での受入れについて	10ページ
1 医療的ケア児の保育(教育)	

- 2 医療的ケアの実施者
- 3 医療的ケアの安全実施体制
- 4 緊急時または災害時の対応
- 5 職員の研修

第5 保護者の了承事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14ページ

- 1 医療的ケアについて
- 2 ならし保育(教育)期間
- 3 体調管理及び保育(教育)の利用中止等
- 4 緊急時または災害時の対応等
- 5 退所(園)等
- 6 情報の共有等
- 7 その他

第1 基本的事項

1 受入れの要件

保育所等における医療的ケア児の受入れに当たっては、次の要件を満たすことを基本とする。

- (1) 保育利用にあつては、保護者の就労等の理由により、保育所等で保育を行うことが必要であると認められること。
- (2) 保育所等における集団保育(教育)を実施することが適切であると認められること。
- (3) 病状や健康状態が安定していること。
- (4) 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。
- (5) 保育所等における受入れ体制(職員配置や施設環境整備等)が整えられていること。

2 医療的ケアの内容

医療的ケアの内容は以下の行為の実施を基本とする。

- (1) 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)
- (2) 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)
- (3) 導尿
- (4) その他、保育所等において対応可能な医療行為

3 対象児童

西条市に住所があり、主治医から集団保育(教育)が可能であると判断された

医療的ケア児とする。

ただし、医療的ケア児の安全を確保するため、感染リスクを軽減する予防接種がほぼ終了する2歳児からの利用を基本とする。

4 受入体制

(1) 受入れ時期は、4月1日入所(園)を基本とする。

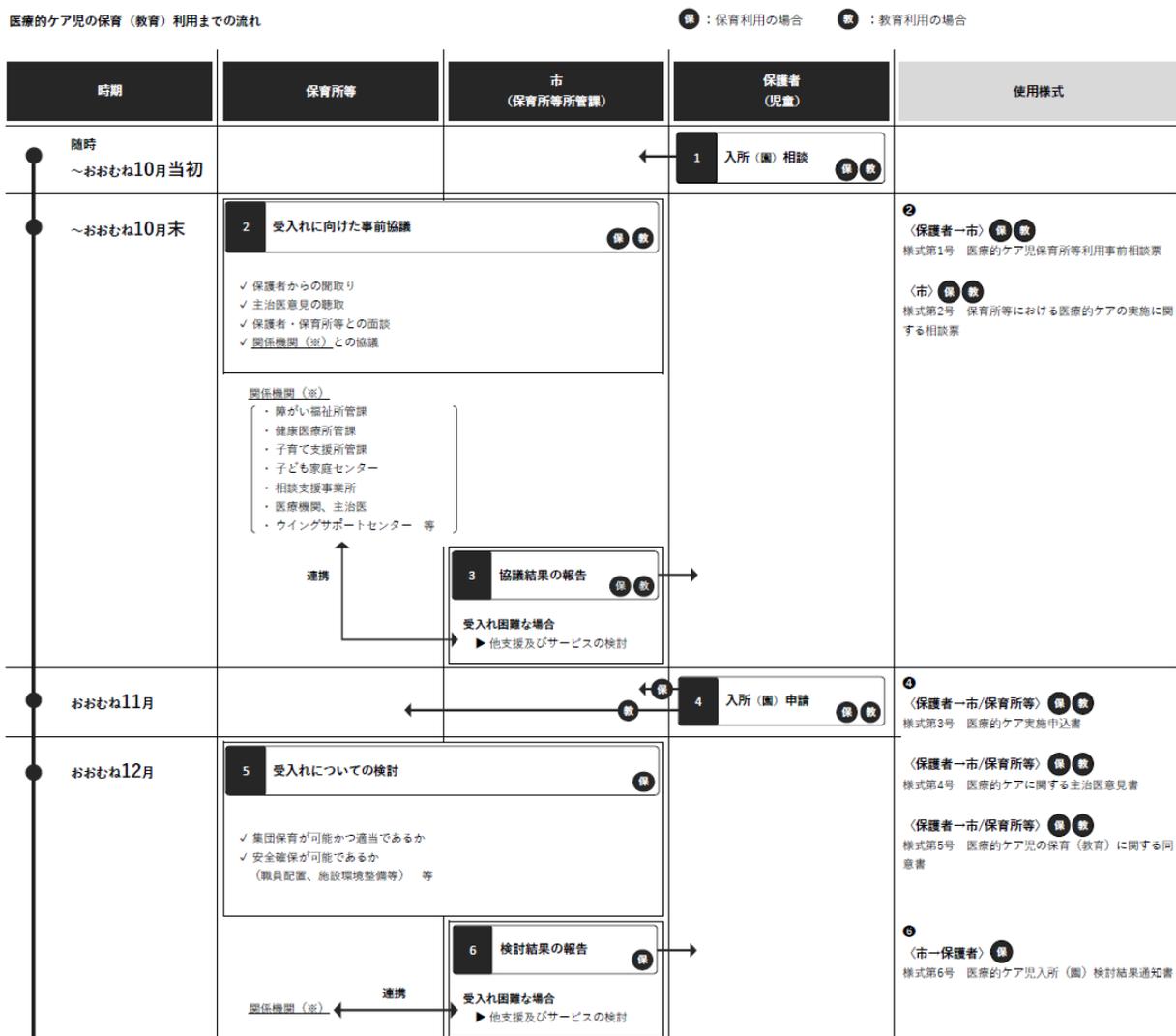
(2) 医療的ケアを実施する施設(以下、「実施施設」という。)は、公立保育所・認定こども園・幼稚園、市長が実施を認めた私立保育所・認定こども園・地域型保育施設・幼稚園とする。

(3) 保育(教育)を行う時間は、保育利用にあっては平日(月曜日から金曜日まで(祝日を除く))の1日8時間(午前8時30分から午後4時30分まで)、教育利用にあっては通常の教育時間を基本に、看護師の配置体制や実施施設の実情等を勘案し、保護者、実施施設、市が協議のうえ利用可能な時間帯の範囲内とする。

第2 医療的ケア児の入所(園)までの手続き

医療的ケア児の入所(園)までの手続きは、次のとおりとする。

■ 医療的ケア児の保育(教育)利用までの流れ(4月入所(園)の場合)



時期	保育所等	市 (保育所等所管課)	保護者 (児童)	使用様式
1月～		7 入所(園)選考 (保)		
おおむね2月		8 入所(園)選考結果通知 (保) 受入れ困難な場合 ▶他支援及びサービスの検討		
おおむね2月～3月	9 面談及び調整 (保 教) ✓保護者・対象児童との面談 ✓受入れクラスや生活の流れ等の確認 10 主治医面談 (保 教)	連携 関係機関(※) 連携 関係機関(※) 連携	9 保育所等との面談 (保 教)	④ 〈保護者－保育所等〉(保 教) 様式第7号 医療的ケア指示書 〈保育所等－保護者〉(保 教) 様式第8号 医療的ケア実施通知書 〈保護者－保育所等〉(保 教) 様式第9号 医療的ケア実施承諾書 ⑩以後 〈保護者－保育所等〉(保 教) 様式第10号 医療機器等預かり同意書 〈保育所等〉(保 教) 様式第12号 医療的ケア実施計画書兼医療的ケア実施個別マニュアル 〈保護者・保育所等－消防機関〉(保 教) 消防機関指定様式 傷病者搬送に関する情報提供用紙
4月～	11 保育所等利用開始 (保 教)		11 保育所等利用開始 (保 教)	
随時	12 保育所等や対象児童・保護者に対するフォローアップ (保 教)			⑪以後 〈保護者－保育所等－市〉(保 教) 様式第11号 医療的ケア終了届

1 入所(園)相談

- (1) 本ガイドラインに基づいて、受入れの手続きや保育(教育)環境、医療的ケアの実施内容等について説明及び相談への対応を行う。
- (2) 保育(教育)の申請に必要な書類の説明を行う。特に、主治医意見書の作成に必要な留意点を案内する。

2 受入れに向けた事前協議

- (1) 保護者は「医療的ケア児保育所等利用事前相談票(様式第1号)」を市に提出する。

- (2) 市は、保育(教育)が必要な家庭の状況や医療的ケア児の様子、生活の状況、医療的ケアの内容、保育所等以外の施設の利用希望等の聴き取りを行い、「保育所等における医療的ケアの実施に関する相談票(様式第2号)」を作成する。
- (3) 市は、主治医から保育所等における集団保育(教育)の可否について意見を聴取したうえで、保護者同席のもと入所(園)を希望する保育所等の見学を行い、保護者、施設長等との面談を行う。
- (4)市は、主治医の意見、保育所等との面談結果等を踏まえ、関係機関と次の事項について協議する。必要に応じて、主治医、看護師等に協議の場への出席を求めるものとする。
- ア 医療的ケア児における保育所等での集団生活の適否
 - イ 医療的ケア実施の適否
 - ウ 集団活動による医療的ケア児の健康への負担の程度
 - エ その他保育(教育)利用及び医療的ケアの実施に必要な事項(看護師配置の形態、保育士等の加配、施設環境整備等)
- (5) 市は、協議の結果を保護者に報告する。協議の過程で保育所等での受入れが困難と判断された場合は、他の支援及びサービスについて検討する。

3 入所(園)申請

2により受入れが可能と判断された場合は、保護者は入所(園)申込時に、申込みに必要な書類に併せ「医療的ケア実施申込書(様式第3号)」「医療的ケアに関する主治医意見書(様式第4号)」「医療的ケア児の保育(教育)に関する同意書(様式第5号)」を保育利用にあっては入所(園)希望施設をとおして市に、教育利用にあっては入園希望施設に提出する。

4 受入れについての検討

(1) 市は、保育利用にあつては医療的ケア児の入所(園)について、2の事前協議の結果や3の申請書類等をもとに、必要な医療的ケアの内容を明らかにし、関係機関と次の事項について検討する。

ア 集団保育が可能かつ適当であるか

イ 受入れ条件となる安全確保が可能であるか(職員配置、施設環境整備等)

ウ その他必要な事項

(2) 市は、検討結果を、「医療的ケア児入所(園)検討結果通知書(様式第6号)」により保護者に通知する。

(3) 検討の結果、受入れが困難と判断された場合には、その理由について保護者に丁寧に説明し、他の支援及びサービスについて検討する。

5 保育所等の入所(園)選考

市は、保育利用にあつては西条市保育の利用に関する規則(平成27年4月1日規則第20号)、西条市保育の実施取扱規程(平成30年12月13日訓令第22号)、西条市保育の必要性の認定基準に関する規則(平成27年3月23日規則第6号)、3の申請書類及び4の検討の結果に基づき利用調整を行い、保護者に対して入所(園)選考結果を通知する。

6 実施施設との面談及び調整

(1) 保護者は、実施施設に主治医の作成した「医療的ケア指示書(様式第7号)」を提出する。

- (2) 実施施設は、保護者から提出される「医療的ケア指示書(様式第7号)」に基づき保護者及び対象児童と面談を行い、保育(教育)時間や保育(教育)時間中の医療的ケアの内容及び方法、体調急変時または事故発生時等の緊急時(以下、「緊急時」という。)及び災害時の連絡体制のほか、必要な事項について確認及び協議する。
- (3) 実施施設は、「医療的ケア指示書(様式第7号)」及び面談の結果、対象児童の発達及び発育状況、疾病や障がいにより日常生活に医療を要する状態の変化を踏まえて、受入れクラスや生活の流れ、行事への対応、保育(教育)の進め方を確認した後、「医療的ケア実施通知書(様式第8号)」を保護者に送付する。
- (4) 保護者は、「医療的ケア実施通知書(様式第8号)」に基づき、「医療的ケア実施承諾書(様式第9号)」を実施施設に提出する。

7 主治医面談

実施施設は、医療的ケアの実施にあたって、保護者の承諾のもとで対象児童の受診に同行する等により、保育(教育)開始に向けて情報を収集する。その際、必要に応じて指示書の内容確認や緊急時または災害時の対応等の指導助言を受けるため、主治医との面談を行う。

8 医療的ケアに必要な物品等の管理

保護者は、保育(教育)中の医療的ケアに必要な物品を実施施設へ預ける。その際、保護者は保育利用にあつては「医療機器等預かり同意書(様式第10号)」を提出し、教育利用にあつては必要に応じて活用し、実施施設は物品の管理を行う。なお、使用後の物品等については、保護者が家庭に持ち帰る。

第3 医療的ケア児の入所(園)後の継続等について

1 医療的ケアの継続審査

- (1) 年度単位で実施する医療的ケアの継続について、対象児童の健康状態を勘案して判断するものとする。
- (2) 関係機関からの意見を参考に、引き続き同一の医療的ケアが必要であると認められた場合に、継続して保育(教育)を実施する。

2 受入れ後における医療的ケアの内容変更

- (1) 受入れ後、かつ、年度単位の継続審査前において、医療的ケアの内容に変更があった場合は、保護者は改めて保育利用にあっては実施施設をとおして市に、教育利用にあっては実施施設に「医療的ケア実施申込書(様式第3号)」、「医療的ケアに関する主治医意見書(様式第4号)」を提出する。
- (2) 市または実施施設は、申請書類、対象児童の健康状態等に基づき、実施施設における集団保育(教育)の継続実施について、関係機関と慎重に検討を行う。
- (3) 関係機関との慎重な検討の結果、対象児童の病態の変化等により、本ガイドラインで定める受入れの要件を満たさなくなったまたは実施施設において対応が困難な医療的ケアが必要になったと判断された場合は、原則として退所(園)となる。
- (4) 医療的ケアが終了する場合は、保護者から実施施設をとおして市に「医療的ケア終了届(様式第11号)」を提出のうえ、対象児童の健康状態等を確認し、通常の保育(教育)利用に変更となる。
- (5) 上記(1)～(4)のほか、「医療的ケア指示書(様式第7号)」が必要と判断さ

れた場合は、保護者は改めて実施施設に提出する。

3 長期欠席

- (1) 保育所・認定こども園(保育利用)・地域型保育施設は、恒常的に保育が必要な場合に在所(園)することができるため、手術または入院等を除き自己都合で長期間通所(園)しない場合、または通所(園)日数が著しく少ない月が続いた場合は、西条市保育の利用に関する規則(平成27年4月1日規則第20号)に基づき、退所(園)となる。ただし、医療的ケア児は元来持っている疾患により健康状態が不安定になりやすいことを考慮する。
- (2) 長期欠席の後、復所(園)が可能となった場合は、実施施設における集団保育(教育)の再実施について、市は必要に応じて関係機関と検討する。

第4 実施施設での受入れについて

1 医療的ケア児の保育(教育)

(1) 保育(教育)方針に基づく対象児童への対応

ア 対象児童の障がい及び疾病の状態、医療的ケアの実施状況、生活状況を把握する。

イ 医療的ケアを安全に実施し、快適で健康に安全に過ごせるように、感染防止等にも配慮した保育(教育)の環境を構成する。

ウ 対象児童の発達の状況を把握し、発達過程と個人差及び疾病や障がいにより日常生活に医療を要する状態に配慮して保育(教育)を行う。

エ 対象児童に適切な生活課題や遊びを提供する。

オ 登降所(園)時の保護者との引継ぎや定期的な個人面談等により、保護者の気持ちを受け止めて、保護者を支えるよう努める。また、必要に応じて関係機関と連携する。

(2) 障がい福祉サービス事業所との連携

障がい福祉サービス事業所は、実施施設の求めに応じ、出張相談等による対象児童への対応やクラス運営等への助言を行う。また、保護者と調整のうえ、実施施設訪問支援、サービス等利用計画の作成等のサービス利用を適切に案内する。

2 医療的ケアの実施者

保育(教育)中の医療的ケアは基本的に看護師が行うものとする。医療的ケアを主に行うための看護師は、在所(園)児の健康管理を行っている看護師とは別に配置する。

3 医療的ケアの安全実施体制

(1) 医療的ケアの実施に関する情報の共有

- ア 実施施設は、関係機関の意見を参考に、「医療的ケア指示書(様式第7号)」の内容を確認し、主治医の指導を受け、医療的ケアを実施する。医療的ケアに関する情報は、施設長、保育士(保育教諭、幼稚園教諭)、看護師等職員間で共有する。
- イ 市及び実施施設は、医療的ケアの実施について疑義が生じた場合等のために、適宜関係機関と情報を共有する。また必要に応じて関係機関と協議するための体制を整える。

(2) 実施施設関係者の役割

- ア 対象児童が施設内で安全に医療的ケアを受けながら、集団保育(教育)の中で快適に過ごせるように、施設長、保育士(保育教諭、幼稚園教諭)、看護師等の職員、嘱託医、主治医が連携及び協働する。主治医は、必要に応じて実施施設で医療的ケアの指導を行うものとする。
- イ 施設長は、対象児童の保育(教育)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。
- ウ 保育士(保育教諭、幼稚園教諭)は、看護師及び保護者と連携して日々の対象児童の健康状態を把握し、集団保育(教育)を行う。また、施設での生活の状況を保護者に報告する。
- エ 看護師は、保育士(保育教諭、幼稚園教諭)及び保護者と連携して対象児童の健康状態を把握する。また、「医療的ケア指示書(様式第7号)」等に基づき、保育利用にあつては「医療的ケア実施計画書兼医療的ケア実施個別マニュアル(様式第12号)」を作成し、教育利用にあつては必要に応じて活

用し、保護者及び主治医への確認及び同意のもと、保育士(保育教諭、幼稚園教諭)と相互に協力し、安全に医療的ケアを実施する。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。

オ 嘱託医は、対象児童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。

(3) 衛生管理

ア 実施施設は、感染防止が保てるよう環境の整備を行う。

イ 対象児童が使用する医療的ケアの物品・備品等については、保護者と申し合わせを行い、衛生的に保管及び管理する。

(4) 文書管理

対象児童の保育(教育)及び医療的ケアの実施に関する書類等は、実施施設または市において必要期間保管する。

4 緊急時または災害時の対応

(1) 実施施設は、対象児童の健康管理及び事故防止のため、主治医及び嘱託医の協力により保育(教育)を実施する。また、緊急時または災害時には、主治医との連携を行う。

(2) 緊急時または災害時の対応は、実施施設で定める危機管理マニュアル等のほか、あらかじめ対象児童の状況等に応じて定める対応方法の流れに沿って対応する。

(3) 実施施設は、緊急時または災害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。

(4) 緊急時に際しては、発見者等からの連絡を受けた施設長の指示のもと、救急車を要請するとともに、対象児童の状況を連携先である主治医及び保

護者に連絡する。緊急時対応の実施状況については、実施施設と主治医及び保護者が情報を共有する。

- (5) 保護者は、対象児童の体調が悪化した等の理由により、実施施設が保育（教育）の継続が困難と判断した場合は、実施施設からの連絡により、利用時間の途中であっても保護者等が対象児童の引き取りをする。病院搬送時には病院に直行する。

5 職員の研修

実施施設は、子ども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、医療的ケア児に関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る。

第5 保護者の了承事項

以下の事項について保護者に了承を取る。

1 医療的ケアについて

- (1) あらかじめ主治医の診療を受け、保育(教育)において対象児童に必要な医療的ケア及び緊急時の対応等を記載した「医療的ケアに関する主治医意見書(様式第4号)」、「医療的ケア指示書(様式第7号)」を提出する必要があること。また、実施施設は、主治医の緊急時または災害時対応等に関する指導または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。
- (2) 実施施設では、関係法令及び主治医の「医療的ケア指示書(様式第7号)」等に基づいて、医療的ケア及び緊急時または災害時の対応を行うこと。

2 ならし保育(教育)期間

対象児童が新しい環境に慣れるととも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所(園)し、保育(教育)に参加し、手技の伝達等を行うこと。期間及び保育(教育)時間については、実施施設と相談のうえ定めること。対象児童の様子や状態によっては、この間の保育(教育)の時間が延長または短縮される場合もあること。

3 体調管理及び保育(教育)の利用中止等

- (1) 止むを得ない事情により医療行為を行なう看護師等が勤務できない等、医療的ケアの実施体制が取れない場合には、あらかじめ家庭保育をお願い

することがあること。

- (2) 登所(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(教育)を利用しないこと。
- (3) 登所(園)時に発熱、下痢、嘔吐、痙攣重積等の体調不良が発現した場合や、熱がなくても感染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(教育)の継続が困難と判断した場合には、利用時間の途中であっても保育(教育)の利用を中止し、保護者による対象児童の引き取りをお願いすること。
- (4) 集団保育(教育)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、実施施設内で感染症が一定数以上発症した場合には、実施施設からの情報により、保護者が保育(教育)を利用するかどうか判断すること。また、実施施設の判断で保育(教育)の利用を控えてもらう場合があること。
- (5) 実施施設が必要と認める時には、主治医等の診療を受けること。なお、その費用は保護者の負担となること。

4 緊急時または災害時の対応

- (1) 緊急時には、事前の打ち合わせで取り決めた医療機関等の病院を受診すること。
- (2) 対象児童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、その他必要な場合には、救急車を要請するとともに、医療機関等に連絡を行い、必要な措置を講じること。同時に対象児童の保護者等に連絡を行うこと。また、保護者へ連絡する前に救急車を要請し、受診また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の負担となること。

- (3) 実施施設は医療機関ではないため、緊急時または災害時は適切な処置がとれない場合があること。
- (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」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対象児童の場合は、痙攣止めの薬剤を用意すること。
- (6) 使用期限等の管理及び保管方法は、保護者の責任の下で行うこと。
- (7) 災害時対策として、万が一災害時に保護者が迎えに来られないことがある可能性を想定し、3日分の薬と食事(栄養剤)を持参すること。また、医療的ケアの使用物品もストックしておくこと。

5 退所(園)等

- (1) 関係機関との慎重な検討の結果、対象児童の病態の変化等により、本ガイドラインで定める受入れの要件を満たさなくなったまたは実施施設において対応が困難な医療的ケアが必要になったと判断された場合は、原則として退所(園)となること。
- (2) 実施施設の人員、設備環境等の状況により、当該施設での対象児童の受入れが困難となることが予想される場合は、事前に市、実施施設、保護者、関係機関が対応を協議した結果、止むを得ず退所(園)となり、他の保育所等のほか、他の支援及びサービスについて検討することがあること。

6 情報の共有等

- (1) 保護者は、家庭における医療的ケアの実施状況や対象児童の様子、主治医

等の診療の結果、その他実施施設での医療的ケアの実施に必要な情報を、実施施設と速やかに共有し、連携すること。

- (2) 対象児童に対して安心安全な保育(教育)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と共有すること。
- (3) 緊急時の対応のために、保護者及び実施施設は、必要に応じて消防機関が別で定める「傷病者搬送に関する情報提供用紙」を消防機関に提出し、対象児童の状況等について情報提供すること。
- (4) 対象児童の状況等について、あらかじめ当該対象児童の保護者に了解を得たうえで、集団保育(教育)の実施に必要な範囲で、他の児童の保護者との間で共有する場合があること。

7 その他

上記1～6のほか、実施施設との間で取り決めた事項を順守すること。

様式集

様式第1号 医療的ケア児保育所等利用事前相談票【保護者】

- ▶ 受入れに向けた事前協議時に使用

様式第2号 保育所等における医療的ケアの実施に関する相談票【市】

- ▶ 受入れに向けた事前協議時に医療的ケア児のアセスメント等を行うために使用

様式第3号 医療的ケア実施申込書【保護者】

- ▶ 医療的ケア実施の申し込み、変更時に使用

様式第4号 医療的ケアに関する主治医意見書【主治医】

- ▶ 医療的ケア児の状態や集団保育(教育)の適否等を確認するために使用

様式第5号 医療的ケア児の保育(教育)に関する同意書【保護者】

- ▶ 「保護者の了承事項」の確認のために使用

様式第6号 医療的ケア児入所(園)検討結果通知書【市】

- ▶ 医療的ケア児の入所(園)にかかる検討結果を通知するために使用

様式第7号 医療的ケア指示書【主治医】

- ▶ 主治医から担当看護師等への医療的ケアの指示のために使用

様式第8号 医療的ケア実施通知書【実施施設】

- ▶ 実施施設から保護者に対し、医療的ケア実施決定を通知するために使用

様式第9号 医療的ケア実施承諾書【保護者】

- ▶ 保護者から実施施設に対し、医療的ケアの内容を承諾し、実施の開始を依頼する際に使用

様式第10号 医療機器等預かり同意書【保護者】

- ▶ 保護者から実施施設に対し、医療的ケアに使用するために預かる医療機器等の取扱いについて確認する際に使用

様式第11号 医療的ケア終了届【保護者】

- ▶ 実施施設における医療的ケアの実施を終了する際に使用

様式第12号 医療的ケア実施計画書兼医療的ケア実施個別マニュアル【実施施設】

- ▶ 実施施設における医療的ケアの内容を記載し、保護者及び主治医に内容を確認する際に使用

医療的ケア児保育所等利用事前相談票

1 児童・家族について

(ふりがな)		性別	男・女	
児童氏名				
生年月日		年齢	歳	
(ふりがな)		続柄		
保護者氏名				
住 所	〒			
電話番号				
同居家族	氏 名	続柄	生年月日	勤務先・学校名等
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

2 入所(園)希望について

入所(園) 希望施設	第1希望		利用希望曜日	
	第2希望		月	火 水 木 金
	第3希望		利用希望時間	
入所(園) 希望月	年 月		時 分 ~ 時 分	

3 必要とする医療的ケア

医療的ケアの内容		保育所等で実施を希望する回数・時間等
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻(胃管・十二指腸管) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	回数・時刻(回/日) 1回の注入時間() 内容・量() その他()
たん吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内	回数(回/日) その他()
<input type="checkbox"/> 導尿		回数(回/日) その他()
<input type="checkbox"/> その他()		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 150px;"> </div>

上記の医療的ケアについて、保育所等での実施を希望します。

また、市が受入れの検討等を行う際、関係機関で必要書類の複写等を行い情報共有が行われることに同意します。

記入日： 年 月 日

保護者氏名： _____

様式第2号

保育所等における医療的ケアの実施に関する相談票

児童氏名：	生年月日：	年	月	日
保護者氏名：	記入日：	年	月	日

発達 の 経 過	出生時体重	g			
	在胎週数	週（修正月齢での保育が必要な場合 か月）			
	出生時の状況				
	動作・歩行等	首すわり	<input type="checkbox"/> した（ か月）	<input type="checkbox"/> しない	
		寝返り	<input type="checkbox"/> した（ か月）	<input type="checkbox"/> しない	
		お座り	<input type="checkbox"/> した（ か月）	<input type="checkbox"/> しない	
		ハイハイ	<input type="checkbox"/> した（ か月）	<input type="checkbox"/> しない	
		つかまり立ち	<input type="checkbox"/> した（ か月）	<input type="checkbox"/> しない	
		歩き始め	<input type="checkbox"/> した（ か月）	<input type="checkbox"/> しない	
	ひきつけ・発作	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 初回（ 歳 か月） 発作時の発熱 <input type="checkbox"/> 有（ °C程度） <input type="checkbox"/> 無 現在までの発作回数（ 回）			
	下肢	<input type="checkbox"/> よく動く <input type="checkbox"/> 片足が不自由 <input type="checkbox"/> 動かせない <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	上肢	<input type="checkbox"/> よく動く <input type="checkbox"/> 細かい動きが難しい <input type="checkbox"/> 片手が不自由 <input type="checkbox"/> 動かせない <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	利き手	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左			
	視力	<input type="checkbox"/> よく見える <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
聴力	<input type="checkbox"/> よく聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえが悪い <input type="checkbox"/> その他（ ）				
話し始め	<input type="checkbox"/> 喃語（ か月） <input type="checkbox"/> 意味ある単語（ か月） <input type="checkbox"/> 話せない				
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> よく話す <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> 会話のやりとりができる（単語・二語文・文章） <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せないが相手の言うことは分かる <input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 絵カードを使う <input type="checkbox"/> 表情で伝える <input type="checkbox"/> その他（ ）				

現在の状況	身長・体重	cm ・ kg
	病名・障害名	
	手帳等の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <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)
	通院・療育・訪問看護の状況	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 /) 訪問看護機関名() 利用頻度(回 /)
	服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類・回数等:)
食事	時刻	朝食 (時頃) 昼食 (時頃) 夕食 (時頃)
	食欲	<input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小食
	おやつ	1日 (回) / 時刻() 内容 ()
	偏食・嗜好	好きなもの () 嫌いなもの ()
	食べ方	<input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 助けがあれば自分で食べる <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう
	食具	<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> 経管栄養
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
排泄	おむつ使用	<input type="checkbox"/> 有 (1日の交換回数: 回) <input type="checkbox"/> 無
	排尿	<input type="checkbox"/> 教える <input type="checkbox"/> 出してから教える <input type="checkbox"/> 教えない <input type="checkbox"/> 時間で連れていく () 時間間隔
	排便	<input type="checkbox"/> 教える <input type="checkbox"/> 出してから教える <input type="checkbox"/> 教えない 回数 (日に 回) 時間 (<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 不定)
	導尿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
睡眠	起床	時刻 (時 分頃) 寝つき (<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い)
	就寝	時刻 (時 分頃) 寝つき (<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い)
	寝かせ方	<input type="checkbox"/> ひとりで寝る <input type="checkbox"/> 添い寝する <input type="checkbox"/> 大人がそばにいる <input type="checkbox"/> 抱いて寝る <input type="checkbox"/> その他 ()
	昼寝	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (時 分 ~ 時 分)
	くせ	

与薬	<input type="checkbox"/> 有(与薬時間:) <input type="checkbox"/> 無
栄養	<input type="checkbox"/> 経口(<input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 幼児食) <input type="checkbox"/> 注入
緊急時投薬・処置 (坐剤、注射等)	
医療的ケア	<input type="checkbox"/> 口腔・鼻腔内吸引 ※吸引時の注意点()
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内吸引(吸引チューブ挿入長さ: cm) ※吸引時の注意点()
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 経鼻十二指腸管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) 1回の 注入時間: 内容: 量: 方法: 挿入の長さ: cm ※注入時の注意点()
	<input type="checkbox"/> 導尿 ※注意点()
	<input type="checkbox"/> その他() ※注意点 ()
必要とする特別な配慮と 禁忌事項	
緊急時のリスクと対応	[経鼻胃管・十二指腸管、胃ろう、腸ろう抜去]
	[気管カニューレ抜去]
	[その他(SpO ₂ 低下時、低血糖時、けいれん時等)]
その他の特記事項	

記入日 : 年 月 日

医療機関住所:

医療機関名:

電話番号:

医師氏名:

運動の区分について(参考)

	軽い運動※1の例	中等度の運動※2の例	強い運動※3の例
0歳児	<ul style="list-style-type: none"> 腕や足の曲げ伸ばしや開閉をする すべり台(室内用)を大人にさせてもらう 抱っこされる 	<ul style="list-style-type: none"> 手を握って体を起こす 散歩(10分程度) 抱っこして左右に揺らす 	<ul style="list-style-type: none"> 水遊び(手足を水につける) 布に乗せて揺らす 激しく泣く 音楽に合わせて全身を揺らす
1歳児	<ul style="list-style-type: none"> 砂遊び すべり台を自分で滑る ボールを追う 	<ul style="list-style-type: none"> 散歩(最高1km往復30分程度) 階段の上り下り(室内2往復程度) コンビカーに乗る 	<ul style="list-style-type: none"> 走る 水遊び(腰まで水につける) 坂登り 音楽に合わせて全身を動かす
2歳児	<ul style="list-style-type: none"> 砂遊び すべり台を自分で滑る その場でジャンプする 	<ul style="list-style-type: none"> 散歩(最高2km往復40分程度) 階段の上り下り(歩道橋等) 三輪車をこぐ ボールを投げたり蹴ったりする 	<ul style="list-style-type: none"> 走る(鬼ごっこを休憩しながら15分程度) 水遊び(胸まで水につける) プール遊び(プール内で15分程度) 高いところから飛び降りる(50cm程度) 音楽に合わせてリズムカルに動く
3歳児	<ul style="list-style-type: none"> 砂遊び すべり台を自分で滑る ボールを投げたり蹴ったりする 	<ul style="list-style-type: none"> 散歩(最高3km往復50分程度) 階段の上り下り(歩道橋等) 鉄棒のぶら下がり 三輪車をこぐ マット遊び 	<ul style="list-style-type: none"> 走る(鬼ごっこを休憩しながら20分程度)(長距離かけっこ200m) 水遊び プール遊び(プール内で15分程度) 高いところから飛び降りる(60cm程度) 音楽に合わせて全身を動かす
4歳児	<ul style="list-style-type: none"> 砂遊び すべり台を自分で滑る ボールを投げたり蹴ったりする 	<ul style="list-style-type: none"> 散歩(最高4km往復1時間程度) 階段の上り下り(歩道橋等) 鉄棒の前回り、足抜き回り 登り棒を補助されて登る 水遊び 	<ul style="list-style-type: none"> 走る(鬼ごっこを休憩しながら30分程度)(長距離かけっこ300m) プール遊び(プール内で20分程度) ドッジボール 相撲 縄跳び 太鼓橋を渡る 音楽に合わせて全身を動かす
5歳児	<ul style="list-style-type: none"> 砂遊び すべり台を自分で滑る ボールを投げたり蹴ったりする 	<ul style="list-style-type: none"> 散歩(最高5km往復1時間15分程度) 鉄棒の前回り 物を運ぶ(給食、バケツの水) 登り棒を自分で上まで登る 太鼓橋を渡る 水遊び 	<ul style="list-style-type: none"> 走る(鬼ごっこを休憩しながら40分程度)(長距離かけっこ500m) プール遊び(プール内で20~30分程度) 跳び箱を助走して跳ぶ 鉄棒の逆上がり 相撲 サッカー ドッジボール 縄跳び 音楽に合わせて全身を動かす

※1 同年齢の平均的乳幼児にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動

※2 同年齢の平均的乳幼児にとって、少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動で、身体の強い接触を伴わないもの

※3 同年齢の平均的乳幼児にとって、息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動

医療的ケア児の保育(教育)に関する同意書

	確認事項
1	「医療的ケア児の保育所等受入れガイドライン」をよく読み、理解しました。また、「第5保護者の了承事項」の内容を理解し、すべて了承します。
2	止むを得ない事情により医療行為を行う看護師等が勤務できない等、医療的ケア実施の体制が取れない場合には、家庭保育を行うことを了承します。
3	対象児童の体調不良により、実施施設が保育(教育)の継続が困難と判断した場合には、利用途中であっても保育(教育)の利用を中止し、保護者による対象児童の引き取りを行うことを了承します。
4	実施施設内での感染症が一定数以上発症した場合の登所(園)判断は、保護者の責任で行います。また、実施施設の判断で登所(園)を控えていただく場合があることを了承します。
5	対象児童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、その他必要な場合には、保護者へ連絡する前に救急車を要請し、受診また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の負担になることを了承します。
6	実施施設は医療機関ではないため、緊急時または災害時は適切な処置がとれない場合があることを了承します。
7	災害時対策として、3日分の薬と食事(栄養剤)を持参することを了承します。
8	関係機関との慎重な検討の結果、対象児童の病態の変化等により、本ガイドラインで定める受入れの要件を満たさなくなったまたは実施施設において対応が困難な医療的ケアが必要になったと判断された場合は、原則として退所(園)となることを了承します。
9	実施施設の人員、設備環境等の状況により、当該施設での対象児童の受入れが困難となることが予想される場合は、事前に市、実施施設、保護者、関係機関が対応を協議した結果、止むを得ず退所(園)となり、他の保育所等のほか、他の支援及びサービスについて検討することがあることを了承します。
10	保護者は、家庭における医療的ケアの実施状況や対象児童の様子、主治医等の診療の結果、その他実施施設での医療的ケアの実施に必要な情報を、実施施設と速やかに共有し、連携することを了承します。
11	保護者から提出された申請内容等を、関係機関と共有することを了承します。
12	緊急時の対応のために、必要に応じて対象児童の状況等を消防機関に情報提供することを了承します。
13	対象児童の状況について、あらかじめ当該対象児童の保護者に了解を得たうえで、集団保育(教育)の実施に必要な範囲で、他の児童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。
14	保育(教育)内容について、集団保育(教育)であることを認識し、協議が必要な事項については、その都度協議を行うことを了承します。
15	1～14のほか、実施施設との間で取り決めた事項を遵守します。

西条市長

施設長

様

上記の確認項目について、すべて同意の上で申し込みます。

記入日： 年 月 日

保護者氏名：

様式第6号

第 号
年 月 日

様

西条市長

医療的ケア児入所(園)検討結果通知書

医療的ケア児の入所(園)にかかる検討の結果について、下記のとおりお知らせします。

記

児童氏名		生年月日	年 月 日
集団保育(教育)の適否	<input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 不適當		
受入体制の整備	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能		
特記事項			

(実施施設名)

様

医療的ケア指示書

標記の件について、次のとおり指示します。

実施施設名		指示期間	年 月 日から
児童氏名			年 月 日まで
生年月日	年 月 日	主たる疾患名	

※ 該当する項目に記入してください(他様式による場合は、注意事項等欄に「別紙のとおり」と記載の上添付してください)。

<input type="checkbox"/> 口腔内のたん吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内のたん吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内のたん吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻) <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 経管栄養(腸ろう) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他				
たん 吸 引	種別	<input type="checkbox"/> 口、鼻からの吸引 吸引カテーテルのサイズ(Fr) 吸引圧(cmH ₂ O) ~ (cmH ₂ O) 口からの挿入の長さ(cm) 鼻からの挿入の長さ(cm)		
		<input type="checkbox"/> 気管カニューレからの吸引(又は気管内吸引) 吸引カテーテルのサイズ(Fr) 吸引圧(cmH ₂ O) ~ (cmH ₂ O) カニューレ入口からの挿入の長さ(cm)		
	注意事項等			
経 管 栄 養	種別	<input type="checkbox"/> 経鼻(胃管・十二指腸管) サイズ(Fr) 挿入長さ(cm)		
		<input type="checkbox"/> 胃ろう チューブの種類() サイズ(Fr) 挿入長さ(cm) バルンの水の量(ml)		
		<input type="checkbox"/> 腸ろう チューブの種類() サイズ(Fr) 挿入長さ(cm) バルンの水の量(ml)		
	投与・脱気	<input type="checkbox"/> 栄養剤注入	<input type="checkbox"/> 水分注入	<input type="checkbox"/> 薬剤注入
	施設での実施回数	回	回	回
	1回の注入時間	分 ~ 分	分 ~ 分	分 ~ 分
施設での実施時刻	(:) (:)	(:) (:)	(:) (:)	<input type="checkbox"/> 注入前 <input type="checkbox"/> 注入中 <input type="checkbox"/> 注入後(時間後) <input type="checkbox"/> その他(:) (:)

	内容・量	□栄養剤注入	□水分注入	□薬剤注入	□胃からの脱気
経管栄養	胃残量	<input type="checkbox"/> 栄養剤注入 <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"/> 水分注入 <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()			
	チューブ 抜去時の対応				
	注意事項等				
気管切開部の観察	気管切開の状態	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他()			
	肉芽	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 検査(□定期: か月毎 □不定期:最終検査 年 月 日)			
	カニューレ	カニューレの種類() 内径(mm) 入口から先端までの長さ(cm)			
	注意事項等				
導尿	施設での実施回数	<input type="checkbox"/> 1日(回) <input type="checkbox"/> (時間)毎 <input type="checkbox"/> その他()			
	施設での実施時刻	(:) (:) (:)			
	カテーテル	カテーテルの種類() サイズ(Fr) 尿道に挿入する長さ(cm) 用手圧迫: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
	注意事項等				
その他のケア	別紙のとおり				

※ 至急受診が必要な状態、緊急時のリスク及び対応等について記入してください(「医療的ケアに関する主治医の意見書」(様式第4号)の記載内容と同一の場合は省略可)。

<input type="checkbox"/> 意見書の記載内容と同一のため省略
<input type="checkbox"/> 意見書の記載内容から変更等あり

※ 次の項目について確認の上、チェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 実施施設の担当看護師等が上記の医療的ケアを実施することに同意します。
<input type="checkbox"/> 実施施設における医療的ケアを安全に実施するために、施設長、担当看護師等から医療的ケアに係る相談等を受けることに同意します。
<input type="checkbox"/> 医療的ケアの実施に係る指導助言等(実技研修の修了確認、医療的ケア実施計画書兼医療的ケア実施個別マニュアルの内容確認等)を受けるため、保護者の承諾を得た上で、担当看護師等が主治医医療機関での受診に同行することに同意します。

記入日 : _____ 年 月 日

医療機関住所: _____

医療機関名: _____

電話番号: _____

医師氏名: _____

(保護者氏名) 様

(実施施設長氏名)

医療的ケア実施通知書

医療的ケアについて、下記のとおり実施します。

実施にあたりまして、下記の留意事項等をご確認いただき、施設で児童が安全で、楽しい生活が送れるようご理解をお願いします。

記

1 児童氏名: _____ (男・女)

生年月日: _____ 年 月 日生 (歳)

2 実施施設名: _____

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 実施期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

5 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いたします。

6 留意事項

- (1) 定期的に主治医の診察を受け、結果や指示を施設にご連絡ください。
- (2) 市の要請に応じて、主治医の意見書、指示書をご提出ください。
- (3) 登所(園)時、対象児童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。
- (4) 医療的ケアの実施に必要な用具、消耗品の点検及び補充をお願いします。
- (5) 使用後の物品についてはご家庭に持ち帰り処分をお願いします。
- (6) 実施施設が必要と判断する場合は、対象児童が出席中、保護者は実施施設に待機し、看護師等とともに医療的ケアの実施をお願いします。

様式第9号

年 月 日

(実施施設長氏名)

様

実施施設名：

児童氏名：

生年月日： 年 月 日

性別： 男 ・ 女

保護者氏名：

医療的ケア実施承諾書

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、上記児童の医療的ケアについて、実施通知書に定められた内容に沿って実施して下さるよう依頼します。

医療機器等預かり同意書

実施施設で医療機器等をお預かりする場合、集団生活の中での思わぬアクシデントを考慮し、安全に保育(教育)を実施する必要があります。実施施設での医療機器等の取扱いについて、次のとおり確認させていただきます。ご理解・ご協力をお願いいたします。

1 確認事項

実施施設名		歳児クラス
(ふりがな)		
児童氏名		
機器等の種類		
預かり開始日	年	月 日
その他 取扱い上の注意事項		

2 同意事項(□に✓印をお願いします)

- 保育(教育)中の医療機器等の取扱いには十分注意しますが、何らかの原因で破損や、子ども同士で思わぬアクシデント等が生じた場合、原則として実施施設では補償しかねますのでご了承ください。
- 医療機器等の点検等は保護者が定期的に行ってください。
- 災害時用にお預かりした機器等については、保護者が点検及びバッテリーの充電を定期的に行ってください。
- 記載内容に変更があった場合、「医療機器等預かり同意書」を改めて実施施設に提出してください。

(実施施設名) 様

上記の確認項目について、すべて同意します。

記入日 : 年 月 日

保護者氏名 :

様式第11号

西条市長

様

医療的ケア終了届

このことについて、主治医の指導等のもと、実施施設での医療的ケアの実施が不要となったことが確認できましたので、実施施設での医療的ケアの実施を終了することを届け出ます。

なお、必要に応じて市が同行受診等による主治医への確認を行うことに同意します。

実施施設名			
対象児童氏名		生年月日	年 月 日
医療的ケアの内容		終了年月日	年 月 日

記入日： 年 月 日

保護者氏名：

医療的ケア実施計画書兼医療的ケア実施個別マニュアル

作成日： 年 月 日

実施施設名

施設長氏名

作成者氏名

1 医療的ケア実施計画

(1) 内容・実施手順等

児童氏名			歳児クラス
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

2 緊急時の対応マニュアル

(1) 緊急時の搬送希望病院

優先 順位	医療機関名	診療科名	医師氏名	電話番号
①				
②				
③				

(2) 保護者の連絡先

優先 順位	氏 名	続 柄	職 場	電 話 番 号	
			所在地		
①				①	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> ()
				②	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> ()
②				①	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> ()
				②	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> ()
③				①	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> ()
				②	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> ()

3 医療的ケア実施個別マニュアル

(1)1日の流れ

時間	活動	配慮事項	実施者	備考

(2) 医療的ケア

医療的ケア の内容		実施時間	
準備物	施設で用意するもの	家庭から持参するもの	
実施手順			
留意事項			
緊急時 対応			
備考			

※状況が変わった場合は随時加筆・修正すること

上記について説明を受け、その内容に同意します。

記入日： 年 月 日

保護者氏名： _____