

○東松山市医療的ケア児保育実施要綱

令和3年9月16日

決裁

(目的)

第1条 この要綱は、保育を必要とし、かつ、医療的ケアを必要とする児童（以下「医療的ケア児」という。）を保育施設に入所させ、保護者及び専門機関との連携及び協力に基づいて、健常児との集団保育（以下「医療的ケア児保育」という。）を実施することにより、医療的ケア児の成長と発達を促進を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において、「医療的ケア」とは、次に掲げる措置をいう。

- (1) 口腔内、鼻腔内又は気管カニューレ内部の^{かくたん}喀痰吸引
- (2) 胃ろう、腸ろう又は経鼻による経管栄養
- (3) 前2号に掲げるもののほか、医療的ケア児が必要とする医療的ケアについて、次条の実施保育施設において主治医の指示の下に対応が可能な処置
(実施保育施設)

第3条 医療的ケア児保育を実施する保育施設（以下「実施保育施設」という。）は、次に掲げる保育施設とする。

- (1) 東松山市立まつやま保育園
- (2) 東松山市立わかまつ保育園
- (3) 東松山市立たかさか保育園
- (4) 東松山市立からこ保育園
- (5) 東松山市立いちのかわ保育園
- (6) 前各号に掲げるもののほか、医療的ケア児保育を実施することが可能であると市長が認めた保育施設

(対象となる医療的ケア児)

第4条 保育施設へ入所することができる医療的ケア児は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 入所年齢が3歳以上の者
- (2) 保育施設において、医療的ケア児保育を実施することが可能であり、当該保育施設に通所することができる者
- (3) 東松山市統合保育実施要綱（平成8年3月28日決裁）第8条第1項の統合保育実施会議（以下「統合保育実施会議」という。）において、保育を実施することが妥当であるとされた者

（定員）

第5条 医療的ケア児の定員は1保育施設につき若干名とし、実施保育施設の状況に応じて市長が適宜決定するものとする。

（運営）

第6条 保育施設における医療的ケア児保育の保育時間は、午前8時30分から午後4時30分までを基本とし、医療的ケア児の心身の状況に応じて、当該保育施設の施設長が医療的ケア児ごとに定める。

- 2 看護師の配置は、医療的ケア児1人につき1人とする。ただし、医療的ケア児保育の実施に支障があると認められるときは、この限りでない。
- 3 医療的ケア児保育を実施する保育施設の施設長は、医療的ケア児保育の実施に関して、保護者と密接な連携を保つとともに、入所する医療的ケア児の状況に応じ、必要とする専門的な助言を得るため、専門機関等と連絡を取るものとする。

（入所申込み）

第7条 医療的ケア児保育を利用しようとする医療的ケア児の保護者は、次に掲げる書類を保育主管課に提出するものとする。

- (1) 医療的ケア実施申込書（様式第1号）
- (2) 主治医意見書（様式第2号）
- (3) 医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書（様式第3号）
- (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

（観察保育）

第8条 市長は、前条の規定による申込みがあった医療的ケア児であって、観

察保育が必要と認められるものに対し、医療的ケア児保育の適否を調査するため、保育施設において観察保育を実施するものとする。

(会議)

第9条 市は、医療的ケア児の入所の適否、医療的ケア児保育の実施内容等について意見又は助言を求めるため、統合保育実施会議を開催する。

(実施の内定)

第10条 医療的ケア児に対する医療的ケア児保育の可否については、統合保育実施会議の結果を参考とし、東松山市保育園設置及び管理条例（昭和54年東松山市条例第13号）第7条第1項の規定により設置する東松山市保育園入園児童選考委員会の審議を経て、市長が内定する。

(実施の決定)

第11条 市長は、第7条の規定による申込みがあった医療的ケア児の医療的ケア児保育が適切に実施できると認めたときは、実施の決定を行い、医療的ケア実施通知書（様式第4号）を保護者へ通知する。

(入所手続き等)

第12条 医療的ケア児保育の申込み、退所の届出、保育の実施の解除等の手続きについては、東松山市保育施設の利用調整等に関する規則（平成26年東松山市規則第46号）の規定を適用するとともに、医療的ケア児の保護者は、次に掲げる書類を保育主管課に提出するものとする。

(1) 医療的ケア指示書（様式第5号）

(2) 医療的ケア実施承諾書（様式第6号）

(3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

2 医療的ケア児の保護者は、当該医療的ケア児に係る医療的ケアの内容に変更が生じたときは、医療的ケア指示書（様式第5号）を保育主管課に再度提出するものとする。

3 医療的ケア児の保護者は、当該医療的ケア児に係る医療的ケアの実施の必要がなくなったときは、医療的ケア終了届（様式第7号）を保育主管課に提出するものとする。

(利用者負担金)

第13条 利用者負担金の徴収に関しては、東松山市特定教育・保育施設等利用者負担金額に関する規則（平成27年東松山市規則第30号）の規定を適用する。

(入所後の支援)

第14条 市は、保育施設に入所した医療的ケア児に対して、適切な医療的ケア児保育が実施されるように定期的な支援を行うものとする。

(その他)

第15条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和3年9月18日から施行する。

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

東松山市長 宛て

保護者氏名

医療的ケア実施申込書

次のとおり保育施設での医療的ケアの実施を申し込みます。

1 医療的ケアの実施を申し込む児童

入所希望保育施設名		
児 童 氏 名		生年月日 年 月 日（ 歳）
現 住 所		
電 話 番 号	携帯	緊 急 時 の連絡先

2 保育施設での実施を申し込む医療的ケアの内容（該当する項目に○を記入）

医 療 的 ケ ア の 内 容	保 育 施 設 で 実 施 を 希 望 す る 方 法 等
吸引 気管カニューレ内部 口腔 鼻腔	
経管栄養 経鼻胃管 胃ろう 腸ろう	
その他	

※主治医意見書を添付してください。

様式第2号（第7条関係）

主治医意見書

この意見書は、保育施設の入所判定時に児童の状態を把握するために使用します。保育施設では、集団生活となるため、生活をする上での配慮について御意見ををお願いします。

児 童 氏 名		生年月日 年 月 日 (歳)
現 住 所		
診 断 名		
主 症 状		
既 往 歴		
現 在 ま で の 治 療 内 容 及 び 経 過		
服 薬 状 況		
けいれんの既往		
医 療 的 ケ ア の 項 目 (該 当 に <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引（気管カニューレ内部）吸引カテーテル Fr. cm <input type="checkbox"/> 喀痰吸引（口 腔 ・ 鼻 腔） 吸引カテーテル Fr. cm <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 cm（水分 栄養剤 ） <input type="checkbox"/> 胃ろう Fr. cm（水分 栄養剤 ） <input type="checkbox"/> 腸ろう Fr. cm（水分 栄養剤 ） <input type="checkbox"/> その他 （ ）	
緊 急 時 の 対 応 注 意 が 必 要 な 状 態 や 投 薬 ・ 救 急 搬 送 の 目 安 等		
保 育 施 設 で の 集 団 生 活 上 の 注 意 事 項		

裏面に続く。

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

東松山市長 宛て

住 所

保護者氏名

児童氏名

医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書

以下の事項について、全て同意します。

1	保育を行う日及び時間は、平日の1日8時間（午前8時30分～午後4時30分）を基本とすること。
2	保護者は、医療的ケアに必要な医療機関に対する診療報酬・文書代を負担するとともに、必要な器具及び消耗品を用意すること。また、器具の点検及び消耗品の補充を行い、使用後の物品は家庭に持ち帰ること。
3	やむを得ない事情により、看護師が勤務できない場合には、保護者等が医療的ケアを実施すること。
4	保育施設内で感染症が発生した場合は、保育施設の判断により利用を控える場合があること。
5	緊急に保護者と連絡を取る必要がある場合のために、いつでも保育施設からの連絡が取れるようにすること。また、保育の継続が困難だと判断された場合は、速やかに迎えに来ること。
6	児童の症状に急変が生じた場合は、保護者へ連絡する前に児童を病院へ搬送し、受診又は治療が行われる場合があること。これに伴い生じた費用は保護者の負担になること。
7	栄養チューブの交換は、自宅において、又は医療機関受診時に行うこと。
8	児童の状態の変化により、ガイドラインで定める内容以外の医療的ケアが必要となった場合には、原則として退所となること。
9	集団保育を実施する上で、必要となる情報を関係機関と共有するとともに、他の児童の保護者との間でも共有する場合があること。
10	安全な保育を実施するために、協議が必要な事項については、その都度協議を行うとともに、保育施設との間で取り決めた事項を遵守すること。

様式第4号(第11条関係)

年 月 日

(保護者氏名) 様

東松山市長

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、次のとおり実施します。

実施に当たりましては、留意事項を御確認いただき、保育施設での集団生活が安心・安全に過ごせるよう、御理解と御協力をお願いします。

児 童 氏 名		生年月日 年 月 日 (歳)
保 育 施 設 名		
医 療 的 ケ ア の 内 容		
実 施 期 間		

※ 留意事項

- 1 緊急時の対応は、主治医の指示書に基づき、連携する病院へ連絡を行い、必要な措置を講じるとともに、保護者へ連絡をします。
- 2 保護者は、連絡が取れる体制を整えるようお願いします。
- 3 定期的に主治医の診察を受け、結果や指示事項を保育施設に御連絡ください。
- 4 登所時に、児童の健康状態について、看護師又は担任の保育士へ連絡し、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。
- 5 医療的ケアの実施に必要な用具及び消耗品の点検・補充をお願いします。
- 6 使用後の物品については、家庭に持ち帰るようお願いします。
- 7 保育施設が必要と判断する場合には、保護者は、看護師又は保育士とともに医療的ケアの実施をお願いします。

様式第5号(第12条関係)

医療的ケア指示書

次のとおり医療的ケアについて指示します。

指示期間 年 月 日～ 年 月 日

児 童 氏 名		生年月日 年 月 日 (歳)
主たる疾患名		

※ 該当の指示内容に☑・数値等の記入をお願いします。

医療的ケアの項目		<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引
		<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管による経管栄養
		<input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養	<input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養
具 体 的 指 示 内 容	☐ 喀 痰 吸 引	☐ 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() kPa 以下	
		☐ 口腔、鼻腔からの吸引 吸引カテーテルのサイズ() Fr. 吸引圧() kPa 以下	
		☐ 保育施設で看護師等が実施の場合 鼻からの挿入の長さ() cm 口からの挿入の長さ() cm	
	☐ 経 管 栄 養	☐ 経鼻胃管留置カテーテル サイズ() Fr. 挿入の長さ() cm	
☐ 胃ろう カテーテルの種類() サイズ() Fr. () cm挿入 バルンの水の量() cm			
		☐ 腸ろう カテーテルの種類() サイズ() Fr. () cm挿入 バルンの水の量() cm	
		☐ 栄養剤注入 実施時間(:)(:) 注入時間(分程度) 内容・量() ☐ 胃残量が() 未満のときはそのまま予定量を注入する。 ☐ 胃残量が() ml 以上() ml 未満のときは() ☐ 胃残量が() ml 以上のときは() ☐ 胃残の色に異常がある場合は()	

裏面に続く。

	<input type="checkbox"/> その他胃残について異常がある場合の対応 () <input type="checkbox"/> 水分注入 実施期間 (:) (:) 内容 () 1回の量 () ml 注入速度 (分～ 分) ショット可・不可 <input type="checkbox"/> 胃残量が () 未満のときはそのまま予定量を注入する。 <input type="checkbox"/> 胃残量が () ml 以上 () ml 未満のときは () <input type="checkbox"/> 胃残量が () ml 以上のときは () <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある場合は () <input type="checkbox"/> その他胃残について異常がある場合の対応 () <input type="checkbox"/> 薬剤注入 実施時間 (:) ※注意事項 () <input type="checkbox"/> 胃からの脱気 タイミング 注入前・注入後・その他 () ※ 注意事項 () <input type="checkbox"/> カテーテル・胃ろう抜去時の対応など ()
その他	
緊急時の対応	

記入日 年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

医師氏名

様式第6号(第12条関係)

年 月 日

東 松 山 市 長 宛て

保育施設名

児童氏名

生年月日

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、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するようお願いします。

様式第7号(第12条関係)

年 月 日

東松山市長 宛て

保護者氏名

医療的ケア終了届

保育施設に通所する児童に対して、保育施設での医療的ケアの実施の必要がなくなりましたので、保育施設での医療的ケアを終了することを届け出ます。

児 童 氏 名		生年月日 年 月 日 (歳)
現 住 所		
電 話 番 号		
保 育 施 設 名		
主 治 医 意 見 書	別紙のとおり	

様式第 1 号 (第 7 条関係)

様式第 2 号 (第 7 条関係)

様式第 3 号 (第 7 条関係)

様式第 4 号 (第 1 1 条関係)

様式第 5 号 (第 1 2 条関係)

様式第 6 号 (第 1 2 条関係)

様式第 7 号 (第 1 2 条関係)