

秦野市保育所等における
医療的ケア児の支援に関するガイドライン

令和7年4月

秦野市

目次

第1章 基本的事項

- 1 目的 . . . 1
- 2 保育所等における医療的ケア児に対する医療的ケア . . . 1
- 3 ガイドラインの対象施設 . . . 1
- 4 医療的ケア児の入所要件 . . . 1
- 5 利用日時 . . . 2
- 6 園の利用ができない場合 . . . 2

第2章 実施体制及び関係機関等の役割

- 1 医療的ケアの実施体制 . . . 3
- 2 入園・入学支援連携会議 . . . 3
- 3 関係機関等における役割 . . . 3

第3章 入所手続き

- 1 事前相談 . . . 5
- 2 必要書類の提出 . . . 5
- 3 連携会議での協議 . . . 5
- 4 医療的ケア実施の結果通知 . . . 5
- 5 園見学 . . . 5
- 6 入所申込み . . . 6
- 7 入所調整 . . . 6
- 8 園との事前面談（入所内定後） . . . 6
- 9 園の利用 . . . 6

第4章 入所後の対応

- 1 慣らし保育 . . . 8
- 2 体調管理 . . . 8
- 3 入所後の医療的ケアの変更 . . . 8
- 4 医療的ケアの終了 . . . 8

第5章 保護者の同意事項

- 1 利用に関する事項 . . . 9
- 2 緊急時及び災害時の対応に関する事項 . . . 9
- 3 個人情報に関する事項 . . . 9
- 4 その他 . . . 9

第1章 基本的事項

1 目的

本ガイドラインは、医療技術の進歩に伴い、恒常的に医療的ケアを必要とする児童（以下「医療的ケア児」という。）が増加する中で、秦野市内の保育所等において適切なインクルーシブ保育を実施するための基本事項を示すことにより、医療的ケア児の円滑な支援や安全かつ安心できる保育所等の利用を推進していくことを目的として定めるものです。

2 保育所等における医療的ケア児に対する医療的ケア

医療的ケアは、受入施設の看護師または訪問看護により実施することとし、その内容は次のとおりとします。

- (1) 喀痰吸引（口腔内・鼻腔内・気管切開部カニューレ）
痰や唾液、鼻汁などの器機を使用した排出の補助
- (2) 経管栄養（経鼻胃管・胃ろう・腸ろう）
滴下による栄養の注入
- (3) 導尿
膀胱にカテーテルを留置した排尿の補助
- (4) インスリン注入（血糖管理）
インスリンの皮下への注入
- (5) その他
主治医の指示のもと、保育所等で対応可能な医療的ケア

3 ガイドラインの対象施設

市立認定こども園（以下、「園」という。）

※ 常に全ての園で医療的ケア児の保育が可能である訳ではありません。
医療的ケア児の保育が可能な園については、市（保育所等入所業務所管課）に御確認ください。

4 医療的ケア児の入所要件

医療的ケア児の入所に当たっては、次の全てに該当する必要があります。

- (1) 保育所等利用案内の「2. 保育所等への入所申込みができる方」に該当すること

- (2) 年度当初時点で、2歳児クラス以上の児童であること
- (3) 病状や健康状態が安定しており、主治医から園での集団保育が可能であると認められていること
 - ※ 集団保育とは、他児とともに集団で過ごすことを指します。
- (4) 児童が装着する医療器具が離脱等した際に、直ちに生命の危険がないこと
- (5) 本ガイドライン第2章で定める「入園・入学支援連携会議」において当該医療的ケアの保育について協議されていること
- (6) 自宅における医療的ケアが確立し、安定した医療的ケアが行える状態であること

5 利用日時

保育の利用日・利用時間は、原則、次のとおりとし、園における人員配置等や施設整備を踏まえ、園と保護者で協議の上、決定するものとします。

- (1) 利用日
月曜日から金曜日の平日とし、最大、週5日間とします。
- (2) 利用時間
利用時間は、8：30から16：30の保育短時間（8時間）以内とします。

6 園の利用ができない場合

- (1) 日常的に他児から隔離する必要がある場合
- (2) 保育の実施に当たって、医療的ケアの観点から専任の保育士配置を必要とする場合
- (3) 頻繁に入退院を繰り返している場合
- (4) 連続的・継続的な容態の観察や処置が必要な場合
- (5) その他、主治医等から集団保育ができない状態であると判断された場合

第2章 実施体制及び関係機関等の役割

1 医療的ケアの実施体制

医療的ケアは、原則、園に配置する看護師が主治医の指示のもとに実施しますが、園において保育士が必要な研修を受けた場合は、看護師と保育士が連携した実施体制を整えることとします。

また、家庭において訪問看護等を利用している場合で、その訪問看護等でなければならない理由があるときは、入園・入学支援連携会議等で認められた場合に限り、訪問看護等による医療的ケアを実施することも可能とします。

2 入園・入学支援連携会議

医療的ケア児の受入れに当たっては、主治医・園長等で構成する「入園・入学支援連携会議」（以下「連携会議」という。）を開催し、支援内容の確認・共有・助言により、医療的ケアや支援の内容の整理を行います。

3 関係機関等における役割

(1) 市（保育所等入所業務所管課）

医療的ケア児の保育を安全かつ適切に実施するため、保護者からの相談支援のほか、受入施設の環境整備や看護師配置の調整を行います。

また、医療的ケア児の保育に係る研修等の開催や、保育士等の知識及び技術の向上等に努めるとともに、保育現場で生じた課題等を把握し、その解決について検討します。

(2) 園長

園において、医療的ケア児を受け入れるに当たっての総括的な責任者であり、保護者及び児童が安心できる体制を整備します。

(3) 保育士

全ての保育士等が医療的ケア児の疾患や健康状態を把握するとともに、担任等は園での生活状況を保護者に報告します。

(4) 主治医

医療的ケア児の園における集団生活の可否に関する意見及び医療面・ケア内容等の指示を行うとともに、治療内容や症状等に変更が生じた際は、その都度、園へ情報提供を行います。

(5) 嘱託医（園医）

医療的ケア児に関する主治医の指示事項等を踏まえ、必要に応じて医療的ケア児に関する助言を行います。

(6) 看護師

保護者の理解及び同意のうえ、主治医等の指示に基づき、「医療的ケア実施計画書（様式6）」を作成のうえ、医療的ケアを実施します。

なお、医療的ケアを実施した際は、「医療的ケア日誌（様式7）」に実施内容を記録し、園長へ報告します。

(7) 保護者

園における医療的ケアの内容を理解するとともに、医療的ケア児の日々の健康状態について、園へ報告を行います。

また、医療的ケアに必要な物品等の用意及び廃棄を行います。

第3章 入所手続き

医療的ケア児の入所申込みに当たっては、通常の入所申込み手続きの前に、医療的ケアの内容や集団保育における対応について検討するため、保護者は別途定める必要書類を市へ提出していただきます。

市は、提出された必要書類により、連携会議において入所等に関し協議します。

なお、具体的な流れは次のとおりです。

1 事前相談

保護者は、入所を希望する場合は、少なくとも入所希望月の6か月前までに市にご相談いただきます。その際、市は本ガイドラインに基づき、医療的ケア児の受入れに関する基本事項、医療的ケアの実施内容等について説明を行います。

なお、相談時は当該児童を必ず同席させてください。

2 必要書類の提出

保護者は、事前相談後、「医療的ケア児状況票兼申込書（様式1）」及び「医療的ケアに関する意見書兼指示書（様式2）※」を提出していただきます。

※ 作成に係る費用は保護者負担となります。

3 連携会議での協議

市は、提出された必要書類に基づき、園への入所等について連携会議で協議します。

4 医療的ケア実施の結果通知

市は、結果について、「医療的ケア児保育検討結果通知書（様式3）」を保護者に送付します。

5 園見学

保護者は、医療的ケア児保育検討結果通知書が送付され、園の利用が可能となった場合、市へ園見学の申込みを行い、対象児童と一緒に見学していただきます。

6 入所申込み

保護者は、「保育所等利用案内」に基づき、申込みに必要な手続きを行います（入所は年度単位）。

併せて、「医療的ケア児保育利用同意書（様式4）」を市に提出します。

7 入所調整

市は、入所調整後、結果をお知らせします（他の希望者と併せて調整します）。

8 園との事前面談（入所内定後）

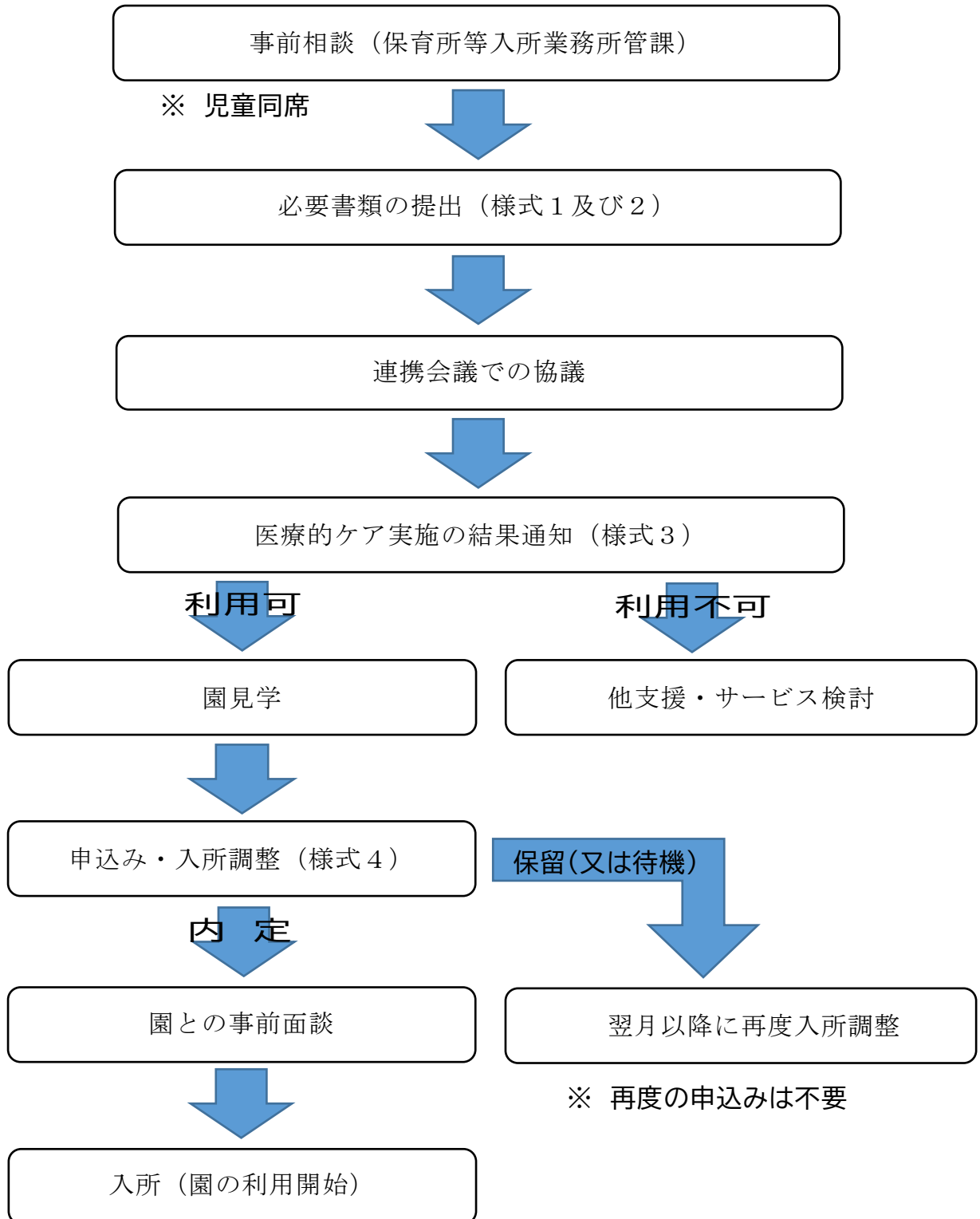
保護者は、入所が内定した際は、園長と面談を実施していただきます。その際は、改めて保護者から具体的な健康状態や医療的ケアの内容を聞き取り、保育の内容・条件について双方で確認します（必要に応じて、保護者同意のうえ、主治医等から医療的ケア実施に必要な情報提供を受けます）。

入所が保留（又は待機）となった際は、翌月以降に改めて入所調整を行います。その際、再度の入所申込みは不要です。

9 園の利用

市と保護者は、実施体制の整備状況を踏まえたうえで、利用開始期日の調整を行います。保護者は、必要となる医療機器、医療用具、医薬品及び消耗品を不足なく準備、点検及び整備し、施設長等に預託していただきます。使用済みの医療廃棄物を含む物品等は、家庭での処分をお願いします。

《入所相談から入所開始までの流れ》



第4章 入所後の対応

1 慣らし保育

児童が園を利用するに当たっては、新たな環境に慣れるとともに、園は家庭での医療的ケアについて把握する必要がありますので、保護者は初日から一定の期間、保育に付き添っていただきます。

なお、その期間については、園と保護者が協議のうえで計画します。

2 体調管理

- (1) 保護者は、登園前に必ず健康観察を行い、顔色、動作、食欲、体温等のいずれかが普段と異なる場合は、園の利用を控えてください。
- (2) 園は、保育中に発熱、下痢、嘔吐、その他体調不良の兆候が見られた際は、主治医または園医に相談のうえ保育の継続の可否を検討します。その結果、保育の継続が困難と判断した際は、利用時間の途中であっても児童の引き取りをお願いします。

3 入所後の医療的ケアの変更

- (1) 保護者は、入所後に主治医から医療的ケアの内容の追加または変更等があった場合は、速やかに市へ報告するとともに、改めて「医療的ケアの実施に関する情報提供兼指示書」を提出してください。
- (2) 市は、提出された「医療的ケアの実施に関する情報提供兼指示書」に基づき、園の利用継続について検討が必要な場合は、連携会議で意見を求めます。その結果、利用継続が困難と判断した場合は、退園となります。

4 医療的ケアの終了

保護者は、健康状態の変化等により主治医が医療的ケアを不要と判断した場合は、速やかに市へ報告するとともに、「医療的ケア終了届（様式5）」を提出して下さい。

第5章 保護者の同意事項

1 利用に関する事項

- (1) 看護師等が勤務できない場合など、やむを得ない事情により安全な保育体制が確保できない場合は、園の利用ができない日があります。
- (2) 園外保育、運動会等への参加については、医療的ケア児の状態、医療的ケアの内容及び体制など、全ての状況を踏まえたうえで判断することとし、参加不可と判断した場合は、保護者と当日の対応を協議します。

2 緊急時及び災害時の対応に関する事項

- (1) 保護者は、災害発生時に備えて、食事や薬品、医療機器バッテリー等の医療的ケアに必要な物品を用意し、園に預けていただきます。
- (2) 園は、医療的ケア児の体調等が急変し、緊急な対応が必要であると判断した場合には、救急搬送いたします。
なお、その際に生じる費用は、保護者の負担となります。
- (3) 保護者と連絡が取れない場合は、緊急時連絡先に連絡を行います。

3 個人情報に関する事項

- (1) 医療的ケアを安全に実施するため、医療的ケアに関する個人情報について、園、園医、看護師、その他市関係部署で共有します。
- (2) 医療的ケア児が園で集団生活を行うに当たり、必要な情報を他の児童の保護者と共有することがあります。

4 その他

- (1) 園との間で取り決めた事項を遵守していただきます。
- (2) 本ガイドラインに定めのない事項及び疑義が生じたときは、市と保護者で協議して定めるものとします。

様式1 (保護者→市)

年 月 日

医療的ケア児状況票兼申込書

保護者欄

住所			
氏名		連絡先	

児童欄

ふりがな 児童名		男 女	生年 月日	年 月 日
診断名				
主治医	氏名 住所 電話番号	医療機関・診療科		
通院先	1.	頻度	回／	
	2.	頻度	回／	
	3.	頻度	回／	
手帳等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳			
	<input type="checkbox"/> 療育手帳			
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性疾患事業			
家庭での医療的 ケア実施者	<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 訪問看護 (ステーション名) <input type="checkbox"/> その他 ()			
医療的ケアの開始時期			年 月 日	
身長 cm		体重 kg	測定年月	年 月

投薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		お薬名	
			内服時間	
排泄	尿	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	便	便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他 ()	
自宅での医療的ケアの内容	項目		具体的な実施方法 (回数など)	
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養			
	<input type="checkbox"/> 導尿			
	<input type="checkbox"/> インスリン注射			
	<input type="checkbox"/> その他			
お子様の状態	<input type="checkbox"/> 一人で座位がとれる <input type="checkbox"/> 一人で移動ができる <input type="checkbox"/> こどば、手振り等で意思の疎通ができる <input type="checkbox"/> 朝、昼、夕など時間の定まった医療的ケアが必要である <input type="checkbox"/> 医療器具の故障や身体から外れた等の事故が生じたとしても、直ちに生命への危険はない			
その他				

様式2 (主治医→保護者→市)

医療的ケアの実施に関する情報提供兼指示書

医療的ケアの必要な園児・児童・生徒に関し、下記のとおり情報提供します。
 なお、医療的ケア児保育検討結果通知書にて可と判断した際に、指示書と
 替えさせていただきます。

園児氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
主たる疾患名			
園において看護師が行う医療的ケアの実施内容	<input type="checkbox"/> 別紙あり () ※別紙様式にて情報の内容についてお書きください。		
園で預託する物品について (取扱い等)			
緊急時の対応	<input type="checkbox"/> 別紙あり () ※別紙にて情報の内容についてお書きください。		
園生活での配慮事項			

別 紙

<意見等>

<p>経 過 現 状</p>	<p>※症状、治療経過、既往歴など</p>
<p>今 後 の 治 療 方 針</p>	<p>※手術・入院等の予定、通院・経過観察の見通しなど</p>
<p>保 育 所 等 の 利 用</p>	<p><input type="checkbox"/> 保育所等での集団生活は望ましい <input type="checkbox"/> 保育所等での集団生活は望ましくない</p>
<p>保 育 所 等 で の 生 活 上 の 配 慮 及 び 活 動 の 制 限 ※医療的 ケア以外</p>	<p>配慮 <input type="checkbox"/> 特別な配慮は不要 <input type="checkbox"/> 部分的に特別な配慮が必要 () <input type="checkbox"/> 常に特別な配慮が必要 () 活動制限 <input type="checkbox"/> 活動制限はない <input type="checkbox"/> 部分的に活動制限が必要 () <input type="checkbox"/> 常に活動制限が必要 ()</p>
<p>そ の 他 特 記 事 項</p>	

<医療的ケア等の指示内容>

種 類	指示内容			
□ 喀痰吸引	部 位	□ 口腔内 □ 鼻腔内 □ 気管内		
	カテーテル サ イ ズ	太 さ	Fr	
		挿 入 長 さ	cm	
		吸 引 圧	kPa	
	頻 度			
	注 意 事 項			
□ 経管栄養	種 類	□ 経鼻 □ 胃ろう □ 腸ろう		
	チューブ サ イ ズ	太 さ	Fr	
		挿 入 長 さ	cm	
	□ 栄養剤	種 類		
		量		
		実 施 時 間		
		注 入 時 間		
	□ 水分	種 類		
		量		
		実 施 時 間		
		注 入 時 間		
	□ 薬 剤	種 類		
		量		
		実 施 時 間		
	注 意 事 項			

□ 導 尿	実施時間	(:) (:)
		(:) (:)
		(:) (:)
		(:) (:)
カテーテル サイズ	太 さ	Fr
	挿 入 長 さ	cm
注意事項		
□ インスリン 注入	種 類	<input type="checkbox"/> ペン型 <input type="checkbox"/> ポンプ型
	実施時間	(:) (:) (:) (:)
□ その他の 医療的ケア		

年 月 日

(宛先) 秦野市

医療機関名 _____

医師名 _____

様式3 (市→保護者)

年 月 日

保護者氏名 様

秦野市長 高橋 昌和

医療的ケア児保育検討結果通知書

医療的ケア児の保育所等利用について検討した結果、次のとおり通知します。

1 児 童 氏 名 _____

2 生 年 月 日 _____

3 保育所の利用 可 不可

4 特 記 事 項 _____

5 その他

様式4（保護者→市）

医療的ケア児保育利用同意書

1 利用に関する事項

- (1) 看護師等が勤務できない場合など、やむを得ない事情により安全な保育体制が確保できない場合は、園の利用ができない日があること
- (2) 園外保育、運動会等への参加については、医療的ケア児の状況・医療的ケアの内容及び体制など、全ての状況を踏まえたうえで判断することとし参加が不可と判断した場合は、保護者と当日の対応を協議すること

2 緊急時及び災害時の対応について

- (1) 園は、医療的ケア児の体調等が急変し、緊急な対応が必用であると判断した場合には、救急搬送により対応すること。また、その際に生じる費用は、保護者が負担すること
- (2) 保護者は、災害発生時に備えて食事や薬品、医療機器バッテリー等の医療的ケアに必要な物品を用意し、園に預けること
- (3) 保護者と連絡が取れない場合は、緊急時連絡先に連絡を行うことがあること

3 個人情報について

- (1) 医療的ケアを安全に実施するため、児童の医療的ケアに関する個人情報について、園、園医、看護師、その他市関係部署で共有すること
- (2) 医療的ケアが必要な児童が園で集団生活を行うに当たって、必要な情報を他の児童の保護者と共有することがあること

4 その他

- (1) 園との間で取り決めた事項を遵守すること
- (2) 本ガイドラインに記載のない事項は市と保護者で協議すること

以上について、確認及び同意します。

年 月 日

保護者氏名 _____

児童氏名 _____

児童生年月日 _____ 年 月 日

様式5（保護者→市）

年 月 日

（宛先）秦野市

保護者氏名 _____

医療的ケア終了届

このことについて、主治医からの指示のもと、保育所等での医療的ケアの実施が不要となりましたので、医療的ケアの終了を届け出ます。

なお、医療的ケアの終了について、市が主治医へ確認することに同意します。

1 児童氏名 _____

2 児童生年月日 _____ 年 月 日

3 終了年月日 _____ 年 月 日

様式6 (保育所等→保護者)

年 月 日

保護者氏名 様

保育所等 _____

施設長名 _____

医療的ケア実施計画書

児 童 名	
作 成 者	
実 施 担 当 者	
実施する医療的ケア	
実施する医療的 ケアの内容	
実施手順	
予想される緊急事態 及びその対応	

様式7 (保育所等)

年 月 日

保育所等 _____

施設長名 _____

医 療 的 ケ ア 日 誌

児 童 名	
作 成 者	
実 施 担 当 者	
実 施 時 間	実 施 内 容
連 絡 事 項	

確認欄 _____