

京田辺市医療的ケア児ガイドライン

京田辺市・京田辺市教育委員会

令和4年12月策定

目次

	頁
○ はじめに	1
1 ガイドラインの趣旨、目的	2
2 対象施設と対象者	
(1) 保育所等・幼稚園	2
(2) 小学校・中学校	2
(3) 対象時間帯	2
3 事業の実施体制と実施する医療的ケアの種類	
(1) 事業の実施体制	2
(2) 実施する医療的ケアの種類	3
4 医療的ケアの実施者	3
5 手続きと流れ	4
6 各関係者の役割等	
(1) 京田辺市、京田辺市教育委員会の役割	7
①京田辺市の役割	7
②京田辺市教育委員会の役割	8
③京田辺市、京田辺市教育委員会共通の役割	8
(2) 各施設・学校の役割	8
(3) 看護師の役割	9
(4) 保護者の役割	10
7 事故への対応	11
(様式例集)	12

○ はじめに

近年、医療技術の進歩等を背景に、人工呼吸器や胃ろう等により、喀痰吸引や経管栄養等の医療的ケアを日常的に必要とする障害児（以下「医療的ケア児」という。）が年々増加していますが、教育・保育の現場においても、医療的ケア児も含め障害を有する子どももその他の子どもと変わらずに受け入れることを目指すインクルーシブな教育・保育の推進と相まって、全国的に保育施設や幼稚園、特別支援学校以外の小中学校において医療的ケア児が在籍するようになるなど、医療的ケア児を取り巻く環境が変わりつつあります。

国においては、平成28年（2016年）5月に児童福祉法が改正され、すべての子どもは保護の対象としてではなく権利の主体であるという国連の児童の権利に関する条約の主旨に則り、適切な養育を受ける権利を有し、健やかな成長と発達を遂げ、自立を保障される権利の主体であることが明記されました（児童福祉法第1条）。

このような中、対応が遅れていた医療的ケア児についても、改正児童福祉法において取り上げられ、医療的ケア児への支援について、保健、医療、福祉等の関連機関との連絡調整のための体制整備に取り組むよう地方公共団体に求められました（児童福祉法第56条の6第2項）。

このことから、本市においても、障害児を支援する計画である障害児福祉計画において、令和3年度（2021年）から5年度（2023年）を計画期間とする第2期計画で関係機関等の意見交換や情報共有等を図る協議の場（以下「協議会」という。）を設置することとしたところです。

さらに、国においては、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」が令和3年（2021年）6月に公布、9月に施行され、同法において医療的ケア児支援についての地方公共団体の責務のほか、保育所の設置者等の責務、学校の設置者の責務等のほかそれぞれの支援の拡充等が明記されました。本市では、これを機に庁内に関係各課による連携会議を設け、情報共有を図るとともに、医療的ケア児の受入れに向けた課題整理や体制整備を図ってきました。

そのような取組みの中で、本市は、切れ目ない子育て支援を行うという考え方の下、義務教育就学前後の子どもたちを一体的にとらえ、市と教育委員会で統一した考え方で医療的ケア児の受入れを行っていくこととし、所管する施設における医療的ケア児の受入れのための基本的方針や取組概要をまとめたガイドラインを共同で策定いたしました。

本ガイドラインを活用し、すべての子どもたちに教育・保育機会を保障する責務を果たすため、市内の各施設において医療的ケア児の円滑な受入れが図られるよう取り組んでまいります。

1 ガイドラインの趣旨、目的

京田辺市立の保育所、幼稚園、認定こども園、小学校、中学校、留守家庭児童会（以下「各施設・学校」という。）において、日常的な医療的ケアを必要とする児童・生徒に対して、安全かつ円滑に医療的ケアを実施するための基本的な方針や必要な事項等を示すことを目的に定めたものです。

各施設・学校においては、本ガイドラインを踏まえ、主治医の指導、保護者との連携等の下、職員・教員が協力して、医療的ケア児が各施設・学校で安全な生活を過ごせるよう努めます。

なお、本ガイドラインは、今後においても、必要に応じ随時見直しを行います。

また、医療的ケアの実施に係る申請手続等については、別途実施要綱で定めるものとします。

2 対象施設と対象者

(1) 保育所等・幼稚園

＜対象施設＞

- ・京田辺市立の保育所、幼稚園、認定こども園
- ・受入れ時期は、4月1日入所（園）を基本とします。

＜対象児童＞

- ・医療的ケアを受ける必要がある児童で、集団における保育が可能と主治医が認めた者で3歳児クラス以上を対象とします。

(2) 小学校・中学校

＜対象施設＞

- ・京田辺市立の小学校、中学校

＜対象児童・生徒＞

- ・医療的ケアを受ける必要がある児童・生徒で、集団における教育が可能と主治医が認めた者です。

※市立小学校での留守家庭児童会でも対応します。希望がありましたら、市教育委員会社会教育課までお問い合わせください。

(3) 対象時間帯

医療的ケアを実施する対象時間帯は、原則登園・登校時から降園・下校時までとします。保育所、幼稚園、認定こども園での延長保育、預かり保育の希望がある場合は、利用申請の際にご相談ください。

教育・保育活動として行う園外・校外での活動や宿泊を伴う活動についても医療的ケアの対象としますが、中学校の部活動については対象外とします。

3 事業の実施体制と実施する医療的ケアの種類

(1) 事業の実施体制

各施設・学校において医療的ケアを利用する事業の実施主体は、京田辺市及び京田辺市教育委員会とします。各施設・学校において、医療的ケアを安全か

つ適切に実施できる体制を構築するものとします。

なお、医療的ケア児の状況等に応じて、適切に医療的ケアを実施できると認められる事業者（以下、「訪問看護ステーション」という。）に、事業の全部又は一部を委託できるものとします。この場合、市及び市教育委員会は、受託業者と協力し、円滑な医療的ケアの実施を図ります。

（２）実施する医療的ケアの種類

「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」とは、「人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう」とされていますが、本ガイドラインでは、「医療的ケア」とは、各施設、学校に在籍する児童・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喀痰吸引、経管栄養、導尿等主治医の指導の下で保護者が日常的に行っている行為で、教育・保育中に各施設・学校内で次項の医療的ケアの実施者により行われるものをいい、実施する医療的ケアの種類は、次のとおりとします。なお、病気の治療のための医療行為や風邪等に伴う一時的な服薬等は含まないものとします。

- 喀痰吸引（口腔・鼻腔内吸引、気管切開部からの吸引・衛生管理）
- 人工呼吸器による呼吸管理（酸素療法含む。）
- 気管切開部の管理
- 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）
- 導尿
- 人工肛門（ストーマ）の管理
- 血糖値測定・インスリン注射

4 医療的ケアの実施者

各施設・学校での医療的ケアは、基本的に各施設・学校に配置した看護師が医師からの指示に基づき行います。安全確保のために職員も教育・保育中の児童・生徒の見守りや医療行為に該当しない範囲での補助などを看護師と協力しながら進めていきます。

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に委託した場合、受託した訪問看護ステーションは、医療的ケア児支援者*が中心となり、保護者、主治医等と連携を取りながら、各施設・学校に専門的な知識や技能を有する訪問看護師等を派遣し、各施設・学校の協力を得て、医師から指示を受けた医療的ケアを行います。安全確保のために職員も教育・保育中の児童・生徒の見守りや医療行為に該当しない範囲での補助などを訪問看護師と協力しながら進めていきます。

※「医療的ケア児支援者」とは、医療的ケア児等コーディネーターの資格を有する者です。

5 手続きと流れ

医療的ケア利用に係る申請手続等については、別途実施要綱で定めていますが、手続きの流れと概要等について説明します。

※(市)：市、(教委)：教育委員会、(保)：保護者

【保育所等・幼稚園の場合】	【小・中学校の場合】
1 利用相談・申込み	
<p>① (保) 集団における教育・保育が可能かどうかの主治医との相談（主治医との相談がまだの場合も利用相談は可能です。）</p> <p>② (保) 市への利用相談 (市・教委) ガイドライン、制度説明 …希望により施設見学、施設職員との面談も可能です。</p> <p>★相談の結果、利用希望の場合 ○必要書類の説明と提出依頼</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用申請書 ・医療的ケアに係る調査票 ・確認書兼同意書 ・主治医意見書 <p>※主治医による文書作成にかかる費用は保護者負担となります。</p> <p>★医療的ケアを訪問看護ステーションに委託する場合があります。</p>	<p>① (保) 集団における教育が可能かどうかの主治医との相談（主治医との相談がまだの場合も利用相談は可能です。）</p> <p>② (保) 教委への利用相談 (教委) ガイドライン、制度説明 …希望により学校見学、学校職員との面談も可能です。</p> <p>★相談の結果、利用希望の場合 ○必要書類説明と提出依頼</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用申請書 ・医療的ケアに係る調査票 ・確認書兼同意書 ・主治医意見書 <p>※主治医による文書作成にかかる費用は保護者負担となります。</p> <p>★医療的ケアを訪問看護ステーションに委託する場合があります。</p>
2 利用申請・審議	
<p>① (保) 利用申請書等の提出</p> <p>② (市・教委) 同受理</p> <p>③ (市・教委) 検討会議の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ・申請内容の審議 …状況により、保護者、児童との面談、主治医との面談を行う場合があります。 <p>④審議結果を市長（教育長）に報告</p>	<p>① (保) 利用申請書等の提出</p> <p>② (教委) 同受理</p> <p>③ (教委) 検討会議の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ・申請内容の審議 …状況により、保護者、児童・生徒との面談、主治医との面談を行う場合があります。 <p>④審議結果を教育長に報告</p>

3 利用可否の決定（市長・教育委員会）	
<p>※以下、新規入所希望～利用内定の場合 （在籍者の場合は小・中学校と同様）</p> <p>○保護者に利用検討結果を通知</p>	<p>○保護者に利用可否決定通知を交付</p> <p>※以下、利用可の場合</p>
3-2 入所（園）調整	
<p>①（保）教育・保育給付認定の申請、希望施設の入所（園）申請</p> <p>※医療的ケア利用申請と同時に可能</p> <p>②（市・教委）教育・保育給付認定審査、入所（園）調整</p> <p>※以下、入所承諾（入園許可）の場合</p>	
3-3 教育・保育給付認定、入所承諾（入園許可）、医療的ケア実施通知	
<p>○（市・教委）保護者に入所承諾（入園許可）の通知、医療的ケア実施通知</p>	
4 主治医とのカンファレンス（打合せ）	
<p>○実施する医療的ケアについて、主治医と保護者、施設長、看護師等で打合せ</p>	<p>○実施する医療的ケアについて、主治医と保護者、学校長、看護師等で打合せ</p>
5 医療的ケア指示書の提出	
<p>①（市・教委）主治医による医療的ケア指示書の提出を保護者に依頼</p> <p>※主治医による文書作成にかかる費用は保護者負担となります。</p> <p>※上記「4」と同時もあり。</p> <p>②（保）主治医による医療的ケア指示書を市に提出</p>	<p>①（教委）主治医による医療的ケア指示書の提出を保護者に依頼</p> <p>※主治医による文書作成にかかる費用は保護者負担となります。</p> <p>※上記「4」と同時もあり。</p> <p>②（保）主治医による医療的ケア指示書を教委に提出</p>
6 実施計画書の作成と説明	
<p>①（市・教委）主治医の指示書に基づき、医療的ケア実施計画（緊急時の対応含む）の作成。同計画の保護者への説明</p> <p>②（保）説明の了解と計画への署名</p> <p>③（市・教委）保護者署名後の計画書写しの保護者への交付</p>	<p>①（教委）主治医の指示書に基づき、医療的ケア実施計画（緊急時の対応含む）の作成。同計画の保護者への説明</p> <p>②（保）説明の了解と計画への署名</p> <p>③（教委）保護者署名後の計画書写しの保護者への交付</p>

7 医療的ケアの実施

<p>○ (施設) 医療的ケアの実施、保護者との連携</p> <p>○ (保) 施設との連携、協力</p>	<p>○ (学校) 医療的ケアの実施、保護者との連携</p> <p>○ (保) 学校との連携、協力</p>
---	---

◎ 主な必要書類等について

【利用申請書】

- ・ 医療的ケアの内容に変更がある場合は、別途、変更申請書を提出していただく必要があります。
- ・ 主治医や関係機関等との情報共有に関する保護者の同意を示すものです。

【医療的ケアに係る調査票】

- ・ 各施設・学校と児童・生徒に関する共通理解を図るものです。

【確認書兼同意書】

- ・ 医療的ケアを受ける際の確認事項について保護者の同意を示すものです。

【主治医意見書】

- ・ 医療的ケアを行えば、各施設・学校の集団において、教育・保育が可能かどうか主治医の意見を確認するものです。
- ・ 児童・生徒の基礎疾患等に係る状況から、健康管理を実施する上での情報とするものです。

【利用検討結果通知】※保育所等・幼稚園の場合

- ・ 保育所等・幼稚園において、医療的ケアの利用が可能かどうかについての検討結果をお知らせするものです。利用が可能な場合には、「利用内定」として、入所希望施設への入所承諾があった場合に、【実施通知】を交付します。
- ・ 在籍児童の場合は、【利用可否決定通知】になります。

【利用可否決定通知】※小・中学校の場合

- ・ 小・中学校において、医療的ケアの利用が可能かどうかに関する決定を保護者に通知するものです。

【主治医による医療的ケア指示書】

- ・ 医療的ケアを行うに当たって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。
- ・ 医療的ケアについて主治医の指示内容に変更がある場合は、その都度提出していただく必要があります。

【医療的ケア実施計画】

- ・ 主治医からの指示書に基づいて、各施設・学校で行う医療的ケアの実施の内容を定めたものです。
- ・ 実施する医療的ケアについて、保護者との共通理解を図り、保護者の承諾を確認するものです。

◎ 訪問看護ステーションに業務委託する場合について

訪問看護ステーションに業務委託する場合、委託契約に基づき上記「手続きと流れ」の内、次の事務（又は事務の一部）を訪問看護ステーション（又は医療的ケア児支援者若しくは訪問看護ステーションが派遣する訪問看護師）が行います。

※契約内容により以下の内容は変わります。

○委託契約に当たり、訪問看護ステーションは「医療的ケア児等コーディネーター」の資格を有する者を「医療的ケア児支援者」に任命の上、配置し、保護者、主治医、各施設・学校との連携を図りながら、医師からの指示に基づく医療的ケアを行う訪問看護師を派遣、指導します。

○「1 利用相談・申込み」では、

- ・「医療的ケア児支援者」が相談、見学等に同席し、助言等を行います。

○「4 主治医とのカンファレンス（打合せ）」では、

- ・「医療的ケア児支援者」及び担当訪問看護師が、主治医とのカンファレンスに参加し、当該児の健康状態、医療的ケアの実施方法を適切に把握します。

○「6 実施計画書の作成と説明」では、

- ・主治医の指示書に基づいた「医療的ケア実施計画書」を作成します。
- ・各施設・学校とともに、「医療的ケア実施計画書」を保護者に説明し、了解を得ます。

○以上のほか、

- ・「緊急時対応マニュアル」を作成し、各施設・学校とともに、職員への周知、保護者への報告を行います。
- ・訪問看護師は、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います。
- ・「医療的ケア児支援者」は、各施設・学校に対して、緊急時の対応や環境整備等について、総合的な助言を行います。
- ・訪問看護ステーションは、訪問看護師や各施設・学校からヒヤリハット事例の報告を受け、内容を検討し、各施設・学校とともにその未然防止に努めます。
- ・訪問看護ステーションは、「実施報告書」を作成し、定期的に市・市教委に報告します。
- ・その他医療的ケアを行う際に必要な関係書類の作成を行います。

6 各関係者の役割等

(1) 京田辺市、京田辺市教育委員会の役割

京田辺市及び京田辺市教育委員会は、各施設・学校における医療的ケアの安全かつ適切な実施のため、連携して対応します。

①京田辺市の役割

○医療、福祉、教育・保育等の関係機関等で構成する協議会を設置し、各構成機関等との意見交換、情報共有等を通じて、円滑な医療的ケア実施のための連携体制の構築を図ること。

○教育委員会とともに、「京田辺市医療的ケア児ガイドライン」を策定するこ

と。また、協議会での協議等を通じて、必要に応じ改定すること。

- 医療的ケア児の教育・保育ニーズの把握に努めること。
- 市民に医療的ケア児等に対する理解を深めるための情報発信や研修等を企画すること。
- 医療的ケアを必要とする児童・生徒の状況等に応じて、適切に医療的ケアを実施できると認められる訪問看護ステーションと委託契約を結ぶこと。

②京田辺市教育委員会の役割

- インクルーシブ教育の啓発等を通じて、医療的ケア児の理解を深めるための保護者への情報発信、啓発を企画すること。
- 必要に応じ、京都府教育委員会、府立特別支援学校等との連携を図ること。

③京田辺市、京田辺市教育委員会共通の役割

- 医療的ケアの利用申請があった場合、関係部局長等の職員、学校医、園医等による検討会議を開催し、申請書類に基づく審議のほか、必要に応じ、保護者と対象児童・生徒との面談、主治医との面談等も併せて行い、その結果に基づいて利用可否の決定を行うこと。
- 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・助言を行うこと。
- 庁内での関係部局間の情報共有と連携を推進すること。
- 必要に応じ、各施設・学校において関係者を集めたケース会議を行い、課題となる事項について協議すること。
- 協議会での協議等を通じて、各施設・学校における医療的ケアの向上に努めること。
- 委託の場合、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、訪問看護ステーションに定期的に提供を求めること。
- 医療的ケア児への理解を深めるための職員・教員研修を実施すること。

(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、次の事項を実施し、各施設・学校内における医療的ケアに関する体制整備により、医療的ケア児の安全確保に努めます。

- 各施設・学校長は、主治医・医療機関と連携を図り、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上で、全職員・教員間での情報共有と教育・保育における医療的ケアの意義の理解を深めるための研修の実施、実施要領の作成、医療的ケア安全委員会等の設置及び運営、環境整備、緊急時の対応マニュアルの作成（委託の場合は訪問看護ステーションが作成を担当）と職員への周知など、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職員を任命し、必要な研修等を受けさせること。担当職員は、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。また、日々の実施状況の中でのヒヤリハット事例の収集、まとめを行うこと。委託の場合は、

訪問看護ステーションと連携して行います。

- 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、教育・保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、医療的ケア実施の有無や安全面等について、保護者、京田辺市・京田辺市教育委員会と協議しておくこと。委託の場合は、協議に訪問看護ステーションが加わります。
- 担任は、当該児童・生徒をよく観察し、各施設・学校長、校（園）内担当職員や看護師、保護者と連絡を密に取り、安全確保に努めること。委託の場合は、看護師が訪問看護師になります。
- 看護師の作成した医療的ケアの実施報告書を、毎月、保護者に通知の上、京田辺市・京田辺市教育委員会に報告すること。委託の場合は、実施報告書の作成が訪問看護ステーションになります。

(3) 看護師の役割

看護師は、医療的ケア児の状態に応じ、安全性を十分に考慮した上で医療的ケアを実施します。なお、主治医の指示に基づいて医療的ケアを行うことから、医療機関等との緊密な連携が不可欠であり、医療的ケア児の健康状態、医療的ケアの実施内容等の情報を取りまとめ、各施設・学校を通じて主治医に提供し、連携を図ります。

- 医療的ケア児のアセスメントや健康管理を行うこと。
- 主治医の指示に基づく医療的ケア実施計画書、手順書、緊急対応マニュアル等医療的ケアを行う際に必要な書類を作成すること。
- 主治医の指示に基づき医療的ケアを実施すること。
- 実施した医療的ケアの記録をするとともに、ヒヤリハット事例の収集等を行うこと。
- 医療的ケアの実施に係る機材等の適切な管理を行うこと。
- 医療的ケアの実施に関し、医療機関等や保護者と情報共有を図るとともに、医療的ケア担当職員や担任等と連携すること。
- 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。
- 毎月、医療的ケアの実施報告書を作成し、各施設・学校に報告すること。

【委託の場合（全部委託の場合）】

京田辺市の委託を受けた訪問看護ステーションは、各施設・学校において、医療的ケアを行います。医療的ケアを実施する場合には、主治医の指示が必要であり、保護者や各施設・学校の担当者との連携が欠かせません。そのために、次の内容に留意する必要があります。

- 訪問看護ステーションは、医療的ケア児等コーディネーターの資格を有する者を医療的ケア児支援者に任命すること。
- 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と訪問看護師は、保護者、主治医、各施設・学校と連携を取りながら、医療的ケア児の健康状態を適切に把握し、主治医の指示書に基づいた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。
- 訪問看護ステーションは、医療的ケア実施計画書に基づいた医療的ケアを行うため、医療的ケア児が在籍する各施設・学校へ、訪問看護師を派遣すること。
- 訪問看護師は、医療的ケアの実施に関し、医療的ケア担当職員や担任等と連携すること。
- 訪問看護師は、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。
- 訪問看護ステーションは、訪問看護師や各施設・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。
- 訪問看護ステーションは、毎月、医療的ケアの実施報告書を作成し、京田辺市及び京田辺市教育委員会に報告すること。

（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、京田辺市・京田辺市教育委員会としっかり連携を取ることが必要になります。委託の場合は、看護師の部分は訪問看護師になります。

保護者に理解しておいていただきたい内容としては、具体的には次のとおりです。

- 医療的ケアの開始から一定期間など各施設・学校から要請がある場合に、付き添うこと。
- 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、各施設・学校に情報提供を行うこと。委託の場合は、情報提供先に医療的ケア児支援者、訪問看護師が加わります。
- 各施設・学校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の助言を得ること。委託の場合は、訪問看護ステーションからの相談等がある場合もあります。
- 定期的に医療機関を受診し、その結果等を各施設・学校に報告すること。
- 園外保育、校外活動、遠足、修学旅行などで医療的ケアの実施が困難な場合があり、その場合は保護者に医療的ケアを行っていただくことがあること。
- 看護師の急な不在等により、医療的ケアを行えないことがあること。委託の場合も同様の場合があります。

- 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）を、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係る経費は保護者負担となります。）

7 事故への対応

各施設・学校における医療的ケアの実施に当たっては、事故の未然防止に向けた体制整備を行った上で取り組むこととしていますが、万一事故が発生した場合は、実施要領、緊急時対応マニュアルに基づき、落ち着いて対応し、必要な措置を講ずることとします。また、事故発生時の経過については、事故原因、対応状況、結果等をまとめ、各施設・学校から市・市教育委員会に報告し、協議会での協議も踏まえ、今後の再発防止に向けた体制整備等必要な見直しに努めます。

※小・中学校の場合の様式例

利用申請書

年 月 日

(あて先)京田辺市教育委員会教育長

医療的ケア児支援事業利用申請書

ふりがな 児童・生徒氏名	男女 年齢	歳	生年月日	年 月 日生
住所				
連絡先	(自宅) (携帯電話)	学校名		

◎利用を申し込む医療的ケアの内容

希望する医療的ケアの項目に「レ」を付けて()内の該当項目に○を記入してください。

希望する医療的 ケア	(看護師等有資格者が行う必要があるものに限ります。)
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引(口腔・鼻腔内吸引、気管切開部からの吸引・衛生管理)
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器による呼吸管理(酸素療法を含む。)
	<input type="checkbox"/> 気管切開部の管理
	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 導尿
	<input type="checkbox"/> 人工肛門(ストーマ)の管理
<input type="checkbox"/> 血糖値測定・インスリン注射	

◎かかりつけ医師

病院名		主治医氏名	
受診科名			

◎予想される緊急時の対応

予想される緊急時の状態	対応・急搬送先

上記の医療的ケアについて、_____学校での利用を申し込みます。

なお、受入れの検討を行う際、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、また、主治医等から意見聴取を行うことがあることについて同意します。

保護者氏名(署名)

児童・生徒の調査票

年 月 日

医療的ケアに関する児童・生徒の調査票

保護者氏名		電話番号	
住所			
児童・生徒氏名	男 女	年 齢	歳 生年 月日
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 (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 <input type="checkbox"/> その他 ()		
内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名 服用間隔)		
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"/> 人工肛門 (ストーマ) <input type="checkbox"/> その他 ()

(裏面へ続く)

(裏面)

食	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"/> 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)		
		注入方法 ()			
		注入量・回数 ()			
事	血糖値測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時刻 (時 ・ 時 ・ 時)		
			時刻 (時 ・ 時 ・ 時)		
	インスリン投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	投与方法	<input type="checkbox"/> 頻回注射療法	
				<input type="checkbox"/> インスリンポンプ (製品名:)	
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)		
	酸素吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	流量 (ℓ/分) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内		
	人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	種類 <input type="checkbox"/> 気管切開下 <input type="checkbox"/> 非侵襲的 (<input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 鼻・口)		
			メーカー・機種:		
			業者名:		
モード:					
		換気回数 (f):			
		酸素濃度 (FiO2):			
		離脱 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 (分)			
出産時の状況	妊娠期間	(週 日)	単・多	()胎	
	体重	()g	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、手術歴も記入してください。)				
現在受けているケアサービス					
その他	集団生活を送る上で配慮が必要な事項など				

確認書兼同意書

確認書兼同意書

学校における医療的ケア児支援事業の利用の申込みに当たり、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「レ」を記入し、ご署名をお願いします。

	確認事項	確認欄
1	「京田辺市医療的ケア児ガイドライン」を読み、理解しました。また、「6 各関係者の役割等」の内容を理解し、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。また、教育中の医療的ケア実施の体制がとれない場合には、利用ができないことがあることを了承します。	<input type="checkbox"/>
3	学校での感染症等が一定以上発症した場合の登校判断は、保護者の責任で行います。また、感染症等により学校の判断で登校を控える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、保護者の費用負担で主治医等の診察を受診することを了承します。	<input type="checkbox"/>
5	児童・生徒の症状に急変が生じ、学校が緊急事態と判断した場合その他必要な場合には、保護者に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。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。	<input type="checkbox"/>
6	児童・生徒の病態の変化等により、ガイドラインに定め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、速やかに学校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	医療的ケアが必要な児童・生徒の状況について、集団での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、学校との間で取り決めた事項を順守します。	<input type="checkbox"/>

(あて先)京田辺市教育委員会教育長

上記確認事項について、その内容を確認し、同意しました。

年 月 日

保護者(申請者)氏名(署名)			
申込児童・生徒氏名		生年月日	年 月 日生

主治医意見書

年 月 日

主治医意見書

医療機関名		所在地	
電話番号		医師氏名	印

児童・生徒 氏名	男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
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	(集団での教育中は、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。) <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:)
必要な医 療的ケア	(看護師等有資格者が行う必要があるものの□に「レ」を記入してください。) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引(口腔・鼻腔内吸引、気管切開部からの吸引・衛生管理) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器による呼吸管理(酸素療法を含む。) <input type="checkbox"/> 気管切開部の管理 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門(ストーマ)の管理 <input type="checkbox"/> 血糖値測定・インスリン注射
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)

(裏面)

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	
小・中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"/> 基本的な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		

利用可否決定通知

文書番号
年 月 日

(保護者氏名)様

京田辺市教育委員会教育長 印

医療的ケア児支援事業利用可否決定通知書

あなたから申請のありました医療的ケア児支援事業の利用申請について、検討の結果、下記のとおり利用(可・不可)と決定しましたので、通知します。

記

1 利用可の決定

児童・生徒氏名	男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
実施する学校名				学年	
実施する医療的ケア	実施する内容				
留意事項等	○留意事項 1. 定期的に主治医の診断を受け、医療的ケアの見直し等に関わる情報を学校に連絡ください。 2. 登校時、児童・生徒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、ご家庭に持ち帰り処分をお願いします。 5. 災害時に備え、内服薬等がある場合は必要数を毎日ご持参ください。				
	○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。				

2 利用不可の決定

(理由)

(裏面へ続く)

(裏面)

(教示)

- 1 この決定について不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、京田辺市教育委員会に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、京田辺市を被告として（訴訟において京田辺市を代表する者は京田辺市教育委員会となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、前項の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

指示書

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	印

児童・生徒氏名		男女	年齢	歳	生年月日	年 月 日生
---------	--	----	----	---	------	--------

医療的ケアの内容	実施方法	指示内容及び配慮事項
喀痰吸引	<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) ()Fr その他指示事項等 ()
人工呼吸器・酸素療法	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	人工呼吸器 種類 <input type="checkbox"/> 気管切開下 <input type="checkbox"/> 非侵襲的 (<input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 鼻・口) メーカー・機種: 業者名: モード: 換気回数(f): 酸素濃度(FiO2): 離脱 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 (分) その他指示事項 () 酸素吸入 流量 ($\frac{\text{リットル}}{\text{分}}$) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内 その他指示事項等 ()
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/ その他指示事項等 ()
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) ()Fr その他指示事項等 ()
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) ()Fr 回数 約 回/日 その他指示事項等 ()

(裏面へ続く)

(裏面)

医療的ケアの内容	実施方法	指示内容及び配慮事項
人工肛門	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	排泄物処理の注意点 () その他指示事項等 ()
血糖値測定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	測定時刻 (時・ 時) その他指示事項等 ()
インスリン投与	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	薬 剤 名 () 1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 () その他指示事項等 ()
与 薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 薬剤名 () 1回量 () 時 間 () その他指示事項等 ()
その他の医療的ケア		
緊急時の対応		[発作、誤嚥、発熱等時に係る対応]
小・中学校での生活上の配慮及び活動の制限		

○変更点がある場合は、受診時に保護者にお伝えください。

実施計画書

文書番号
年 月 日

(保護者氏名)様

京田辺市教育委員会教育長 印

医療的ケア児支援事業実施計画書

児童・生徒 氏名	男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
作成者	(施設名) (連絡先)		(職名) (氏名)		
実施担当者	(施設名) (連絡先)		(職名) (氏名)		
医療的ケアの内容	実施手順			準備物・留意点	
(※別紙による場合は、契印を行うこと。)					

予想される緊急時の対応	
予想される緊急時の状態	対応

_____(児童・生徒名)_____)に係る医療的ケア児支援事業の実施について計画の説明を受け、その内容について承諾しました。

保護者氏名(署名): _____

変更申請書

年 月 日

(あて先)京田辺市教育委員会教育長

医療的ケア児支援事業利用変更申請書

児童・生徒氏名		
変更事項	変更前	変更後
利用児童・生徒の心身の状況		
利用する医療的ケアの内容		

備考 医療的ケアに関する児童・生徒の調査票(様式第2号)及び主治医による医療的ケア実施に関する指示書(様式第6号)を添付してください。

年 月 日付けで利用決定を受けた医療的ケア児支援事業について、上記のとおり変更を届け出ます。

なお、変更に関する検討を行う際、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、また、主治医等から意見聴取を行うことがあることについて同意します。

保護者氏名(署名)

変更可否決定通知

文書番号
年 月 日

(保護者氏名)様

京田辺市教育委員会教育長 印

医療的ケア児支援事業利用変更可否決定通知書

年 月 日付けで変更申請のあったことについて、次のとおり決定したので、通知します。

児童・生徒氏名	
---------	--

1 変更可の決定

変更事項	
利用児童・生徒の心身の状況	
利用する医療的ケアの内容	

2 変更不可の決定

不可事項	(理由)
------	------

(裏面へ続く)

(裏面)

(教示)

- 1 この決定について不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、京田辺市教育委員会に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、京田辺市を被告として（訴訟において京田辺市を代表する者は京田辺市教育委員会となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、前項の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

辞退届

年 月 日

(あて先)京田辺市教育委員会教育長

保護者氏名(署名) _____

医療的ケア児支援事業利用辞退届

年 月 日付で利用可の決定のあった(児童・生徒氏名)に係る医療的ケア児支援事業について、下記の理由により利用の必要がなくなったので、届け出ます。

記

○辞退理由

--

利用解除通知

文書番号
年 月 日

(保護者氏名)様

京田辺市教育委員会教育長 印

医療的ケア児支援事業利用解除通知書

あなたが現在利用されている医療的ケア児支援事業について、次のとおり利用を解除しましたので通知します。

対象児童・生徒	氏名		生年月日	年 月 日生
	住所			
解除年月日	年 月 日			
解除理由				

(教示)

- この決定について不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、京田辺市教育委員会に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、京田辺市を被告として（訴訟において京田辺市を代表する者は京田辺市教育委員会となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、前項の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

実施報告書

年 月 日

(保護者氏名)様

学校名

校長名

医療的ケア実施報告書

標記のことについて、次のとおり医療的ケアを実施したので報告します。

児童・生徒氏名	男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
				学年	
				クラス	
実 施 状 況	実施期間	年 月 日 () ~		年 月 日 ()	
	実施日 (実施日に○)	年 月		年 月	
		1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・		1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・	
		11・12・13・14・15・16・17・		11・12・13・14・15・16・17・	
18・19・20・21・22・23・24・		18・19・20・21・22・23・24・			
		25・26・27・28・29・30・31		25・26・27・28・29・30・31	
実施した医療的ケアの内容			対象児童・生徒の様子・特記事項		
実施担当者	(施設名)		(職名)		
	(連絡先)		(氏名)		

ヒヤリハット報告書

(報告先) 学校長

医療的ケア実施におけるヒヤリハット・アクシデント報告書

報告者	(職名) (氏名)		
対象児童・生徒氏名		学年・クラス	
発生日時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃		
発生場所			
対象児童・生徒の当日の状況			
実施している医療的ケア			
出来事の発生状況・内容	※誰が、何をを行っている時、何を、どのようにして、どうなったか、対象児童・生徒はどうなったか。		
第1発見者	<input type="checkbox"/> 対象児童・生徒 <input type="checkbox"/> 報告者 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 他の教職員 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他()		
出来事への対応	※出来事が起こって、誰が、どのように対応したか。		
救急救命措置の実施	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的処置)		
報告相手	<input type="checkbox"/> 校長 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 主治医		
出来事が発生した要因・背景			
今回の出来事を受けて改善等する(した)点			

※保育所等の場合の様式例（小・中学校と内容が違う様式のみ掲載しています。幼稚園については、通知者が教育長となります。）

利用検討結果通知

文書番号
年 月 日

（保護者氏名）様

京田辺市長 印

医療的ケア児保育支援事業利用検討結果通知書

あなたから申請のありました医療的ケア児保育支援事業の利用申請について、検討の結果、下記のとおり判断しましたので、お知らせします。

なお、「利用内定」とは医療的ケア児保育支援事業の実施が可能であることをお知らせするもので、入所（園）を決定するものではありません。教育・保育給付の認定、希望施設の利用調整の結果、受入れできない場合もありますので、ご了承ください。

記

児童氏名	男女	年齢	歳	生年月日	年 月 日生
検討結果	利用内定 ・ 利用不可				
備考	<input type="checkbox"/> 利用内定の場合 希望施設の入所承諾（入園許可）を受けた場合、速やかに担当課に連絡してください。 <input type="checkbox"/> 利用不可の場合 （理由）				

（教示）

- この決定について不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、京田辺市長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、京田辺市を被告として（訴訟において京田辺市を代表する者は京田辺市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、前項の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

実施通知

文書番号
年 月 日

(保護者氏名)様

京田辺市長 印

医療的ケア児保育支援事業実施通知書

あなたから申請のありました下記児童に係る医療的ケア児保育支援事業の利用については、施設の入所調整の結果を受け、下記のとおり実施します。
については、下記の留意事項等をご確認いただき、円滑な実施にご協力をお願いします。

記

児童氏名	男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
実施施設名					
実施する医療的ケア	実施する内容				
留意事項等	○留意事項 1. 定期的に主治医の診断を受け、医療的ケアの見直し等に関わる情報を学校に連絡ください。 2. 登園時、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、ご家庭に持ち帰り処分をお願いします。 5. 災害時に備え、内服薬等がある場合は必要数を毎日ご持参ください。				
	○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。				