

蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、市立の保育所、小学校、中学校、義務教育学校又は放課後児童クラブ（以下「保育所等」という。）に通う医療的ケアが必要な児童及び重症心身障害をもつ児童（大島分類の1から4までの範囲に該当する者をいう。）（以下「医療的ケア児等」という。）に対し、保育所等において医療的ケア及び蒲郡市医療的ケア等審議会の認める日常生活上又は活動上における必要な専門的支援等（以下「医療的ケア等」という。）を行う保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護師等」という。）を蒲郡市児童発達支援センターに配置してこれを派遣する蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業（以下「事業」という。）の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において「医療的ケア」とは、医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年法律第81号）第2条第1項に規定する医療行為（医療的ケア児等の主治医（以下「主治医」という。）の指示に基づき行われるものに限る。）で、医療機関以外の場所で日常的に継続して行われる医療行為を指し、病気治療のための入院又は通院で行われる医療行為は含まれないものとする。

(実施主体)

第3条 事業の実施主体は蒲郡市とし、その実施は蒲郡市児童発達支援センターが行う。

(対象者)

第4条 事業を利用できる者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。ただし、保育所等に配置されている看護師等及び社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）附則第10条第1項に規定する認定特定行為業務従事者である保育士、学校教諭等が医療的ケア等を処置することができる場合を除く。

(1) 保育所等に通う医療的ケア児等の保護者であって、本市の住民基本台帳に記録され、かつ、本市に居住しているもの

(2) 事業を利用することにより、医療的ケア児等の介護の負担が軽減される者

(利用限度)

第5条 事業の年度内における利用日数は、介護する医療的ケア児等1人につき、

当該医療的ケア児等が保育所等を利用する日数を限度とする。

(利用申請)

第6条 事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業利用申請書（第1号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。

- (1) 主治医が作成した医療的ケア等の実施に関する指示書（第2号様式の1及び第2号様式の2から第2号様式の4までのうち該当するもの）
- (2) 蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業利用同意書（第3号様式）
- (3) その他市長が必要と認める書類

(利用決定)

第7条 市長は、前条の規定による申請書を受理したときは、蒲郡市医療的ケア等審議会に諮った上で、速やかに利用の可否を決定し、蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業利用（決定・却下）通知書（第4号様式及び第5号様式）により申請者及び保育所等に通知するものとする。

- 2 前項の規定による利用の決定を受けた申請者（以下「利用者」という。）は、保育所等、蒲郡市児童発達支援センターその他の関係機関と情報を共有し、事業の実施に向け連携をとるものとする。

(変更又は終了の届出)

第8条 利用者は、前条第1項の規定により決定された内容に変更がある場合又は当該事業の利用を終了する場合は、蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣利用事業（変更・終了）届出書（第6号様式）に次に掲げる書類を添えて、速やかに市長に届け出なければならない。

- (1) 第6条第1号に掲げる書類
- (2) その他市長が必要と認める書類

- 2 市長は、前項の規定による届出書を受理したときは、蒲郡市医療的ケア等審議会に諮った上で、その内容を審査し、適当と認めるときは、蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣利用事業（変更・終了）決定通知書（第7号様式及び第8号様式）により当該利用者及び保育所等に通知するものとする。

(利用の取消し)

第9条 市長は、利用者が次の各号のいずれかに該当すると認めたときは、利用の決定を取り消すことができる。

- (1) 第4条に規定する対象者でなくなったとき。
- (2) 虚偽又は不正な手段により、利用の決定を受けたとき。
- (3) その他市長が必要と認めたとき。

2 市長は、前項の規定による決定の取消しを行ったときは、蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業利用取消決定通知書（第9号様式）により、利用者に通知するものとする。

（費用）

第10条 この要綱の規定による看護師等の派遣に係る費用は、無償とする。

（守秘義務）

第11条 派遣される看護師等は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。また、その職を退いた後も同様とする。

（雑則）

第12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8年8月28日から施行する。

第1号様式（第6条関係）

年 月 日

蒲郡市長 様

申請者（保護者） 住所

氏名

連絡先

蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業利用申請書

蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業実施要綱に基づき、医療的ケア児等支援のための蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業の利用を申請します。

医療的ケア児等氏名	フリガナ
医療的ケア児等 生年月日	年 月 日 生
保育所等名称	
医療的ケア児等住所	〒
希望する期間・時間等	年 月 日 ～ 年 月 日 ☐ 毎日 ☐ 曜日ごと（ 月 火 水 木 金 ） 時間 【1日 ・ 午前 ・ 昼休み ・ 午後 】
添付書類	1 医療的ケア等の実施に関する指示書（第2号様式の1及び第2号様式の2から第2号様式の4までのうち該当するもの） 2 蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業利用同意書（第3号様式）

医療機関名

醫師名

医療的ケア児等 氏名	フリガナ	男 女	年齢	歳
疾病・障害名				
血液感染症結果 年 月 日	HBs 抗原() HBs 抗体() HCV 抗体() HIV 抗体()			
看護師等に指示する医療的ケア等 (該当項目にチェックをお願いします)	☐ 1. たんの吸引 ☐ 2. 経管栄養 ☐ 3. 導尿 ☐ 4. 血糖測定及びインスリン注射 ☐ 5. 酸素吸入 ☐ 6. その他 ()			
主治医のもとでの 看護師等研修について	[新規申請者又は指示の追加変更の場合] ☐ 看護師等全員の研修が必要。 ☐ 代表看護師等 1 名が研修し、他の看護師等には伝達研修で補えばよい。 ☐ 研修の必要はなく、看護師等間の伝達で補えばよい。			

項 目	医療的ケア実施の目安と実施上の留意点																				
1 たんの吸引	① 実施場所・カテーテル挿入の長さ等 ・口腔内・鼻腔内〔咽頭の奥（鼻からカテーテル_____cm挿入）〕 ・エアウェイ（エアウェイの長さ_____cm、カテーテル_____cm挿入） ・持続吸引（ 有 ・ 無 ） ② 留意点：吸引圧、吸引時間等 []																				
2 経管栄養 【経鼻胃管】 胃管（ Fr） 固定（ cm） 【胃ろう】 固定水（ cc） メーカー（ ） 商標名（ ） 太さ（ ） 長さ（ ）	① 注入箇所（ 経鼻胃管 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ・ その他 ） ② 注入時間と内容・差引注入（ 要 ・ 不要 ） <table border="1"> <thead> <tr> <th>時間</th><th>種類 (茶・ソリタ水・ ラコール等)</th><th>注入量</th><th>注入時間・差引注入指示 等</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午 前</td><td></td><td>ml</td><td></td></tr> <tr> <td>昼食時 ラコール・湯茶 ソリタ水 等種類別々に記入</td><td></td><td>ml</td><td></td></tr> <tr> <td>薬 (有・無)</td><td>薬剤名</td><td>ml</td><td></td></tr> <tr> <td>午 後</td><td></td><td>ml</td><td></td></tr> </tbody> </table> ③ 留意点（不測の事態への対応を含む。） [] ④ 胃ろうボタン（チューブ）抜去時の応急的対応について []	時間	種類 (茶・ソリタ水・ ラコール等)	注入量	注入時間・差引注入指示 等	午 前		ml		昼食時 ラコール・湯茶 ソリタ水 等種類別々に記入		ml		薬 (有・無)	薬剤名	ml		午 後		ml	
時間	種類 (茶・ソリタ水・ ラコール等)	注入量	注入時間・差引注入指示 等																		
午 前		ml																			
昼食時 ラコール・湯茶 ソリタ水 等種類別々に記入		ml																			
薬 (有・無)	薬剤名	ml																			
午 後		ml																			
3 導尿	① 導尿の目安（ ）時間間隔で実施 カテーテルサイズ（ Fr） 測 量 （ 要 ・ 不要 ） ② 留意点など []																				

看護師等に指示する医療的ケア等で「4. 血糖測定及びインスリン注射」「5. 酸素吸入」「6. その他」の場合は、別紙 第2号様式の2から4までの該当する指示書への記入もお願いいたします。

年 月 日

医療的ケア等の実施に関する指示書（血糖測定・インスリン注射）

医療機関名

医 師 名

以下のとおり、蒲郡市保育所等での医療的ケア等の実施を指示します。

医療的ケア児等 氏名	フリガナ	男 女	年齢	歳
疾病・障害名				
血液感染症結果 年 月 日	HBs 抗原 ()	HBs 抗体 ()	HBe 抗原 ()	
	HCV 抗体 ()	HIV 抗体 ()	※HBs抗原陽性の場合 検査を実施する	

1 保育所等における血糖測定（使用している機器に○をつけてください。）

チェック欄	
	持続血糖モニタリング（FGM/CGM） メーカー・機種名 () 測定時間 ()
	自己血糖測定器（SMBG） メーカー・機種名 () 穿刺器具 () 測定時間 ()

2 保育所等におけるインスリン注射（使用している機器に○をつけてください。）

チェック欄	インスリン投与の方法		
	ペン型簡易注射器	メーカー・機種名	
		インスリン名	
		注射量（単位）	
	インスリンポンプ	メーカー・機種名	
		インスリン名	
		基礎ベース注入量	
		追加注入量ボーラスの設定	☐ 有(裏面に記載してください) ☐ 無

3 保育所等における測定後の処置

※対応別に血糖値を3段階に分ける

「危険値」医療機関へ搬送等、緊急対応が必要な血糖値

「要対応値」緊急時の対応、特別な対応が必要な血糖値

「標準値」平時の血糖値

高  低		血糖値の範囲	インスリン投与量・経口・投薬等の対応
	危険値		
	要対応値		
	標準値		
	要対応値		
	危険値		

4 緊急時の対応について

5 その他（ボーラス・特記事項等）

医療的ケア等の実施に関する指示書（酸素吸入）

医療機関名

医 師 名

以下のとおり、蒲郡市保育所等での医療的ケア等の実施を指示します。

医療的ケア児等 氏名	フリガナ	男 女	年齢	歳
疾病・障害名				
実施の目安	① 普段の必要酸素流量 [ℓ/分] S p O ₂ 目標値 [%]			
酸素流量の指示	① S p O ₂ 値が [%] 以下のとき、 酸素流量を [ℓ] /分にする。 ② S p O ₂ 値が [] 分以上、改善されないとき、 さらに [ℓ] /分に増量する。 ③ 最大 [ℓ] /分まで増量可とする。			
パルスオキシメ ーターのアラーム設定	① S p O ₂ 値 下限 [%]			
医療的ケア等の 実施時に予想さ れる緊急事態と その対応				

医療的ケア等の実施に関する指示書（その他）

医療機関名

医 師 名

以下のとおり、蒲郡市保育所等での医療的ケア等の実施を指示します。

医療的ケア児等 氏名	フリガナ	男 女	年齢	歳
疾病・障害名				
血液感染症結果 年 月 日	H B s 抗原（ ） H B s 抗体（ ） H C V 抗体（ ） H I V 抗体（ ）			
項 目				
医療的ケア等における看護師等への指示				
緊急時の対応				
保育所等での生活上での注意点及び活動上の制限				

蒲郡市長 様

蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業利用同意書

保育所等名称 _____

医療的ケア児等氏名 _____

〈同意事項〉

- 1 登園・登校・登所前に健康観察を行い、登園・登校・登所時に保育所等に報告すること。
- 2 登園・登校・登所時に医療的ケア等に必要な医療器具等を持参すること。
- 3 利用決定期間内に実施される医療的ケア等の日時については、蒲郡市児童発達支援センターの指示に従うこと。
- 4 利用決定期間内であっても、看護師等の不在その他の主治医が作成した医療的ケア等の実施に関する指示書に基づく医療的ケア等が安全に実施できないと保育所等が判断した場合は、医療的ケア等が実施されないこと。
- 5 派遣される看護師等の医療的ケア等の内容は、主治医が作成した医療的ケア等の実施に関する指示書に基づくものであること。

上記の事項を承諾の上、保育所等への看護師等派遣事業に同意します。

年 月 日

申請者（保護者）氏名 _____

第 4 号様式（第 7 条関係）

蒲 郡 市 第 〇 号
年 月 日

申請者（保護者名）
様

蒲 郡 市 長

蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業（決定・却下）通知書（保護者用）

年 月 日付けで申請がありました医療的ケア児等支援のための
蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業については、下記のとおり決定しましたの
で通知します。

記

利用の可否	可 ・ 否 否の理由（ ）
医療的ケア児等 氏名	フリガナ
保育所等名称	
生 年 月 日	年 月 日 生
利用決定期間	年 月 日 ～ 年 月 日
医療的ケア等の 内容	
備 考	主治医の指示に変更があった場合は、速やかに保育所等に 申し出てください。

第 5 号様式（第 7 条関係）

蒲 第 号
年 月 日

長 様

蒲 郡 市 長

蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業（決定・却下）通知書

貴施設に在籍している下記の医療的ケア児等について、 年 月 日
付けで医療的ケア児等支援のための蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業の利用
申請があり、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

利用の可否	可 ・ 否 否の理由（ ）
医療的ケア児等 氏名	フリガナ
保育所等名称	
生 年 月 日	年 月 日 生
利用決定期間	年 月 日 ～ 年 月 日
医療的ケア等の 内容	
備 考	1 緊急時は、主治医の指示又は指示された内容を行い、施設長の指示の下に必要な措置を講じてください。 2 災害時に備え、必要な物は、保護者と協議し、準備してください。

第6号様式（第8条関係）

年 月 日

蒲郡市長 様

申請者（保護者） 住所

氏名

連絡先

蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業利用（変更・終了）届出書

年 月 日付け 第 号で決定された蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業の利用を（変更・終了）したいので届出します。

医療的ケア児等	フリガナ
氏名	
保育所等名称	
医療的ケア児等	〒
住所	
変更・終了 年月日	年 月 日
変更・終了 理由	
変更前の 内 容	
変更後の 内 容	
添付書類	・医療的ケア等の実施に関する指示書（第2号様式の1及び第2号様式の2から第2号様式の4までのうち該当するもの） ・その他市長が必要と認める書類

第 7 号様式（第 8 条関係）

蒲 郡 第 号
年 月 日

申請者（保護者名）
様

蒲 郡 市 長

蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業利用（変更・終了）決定通知書
（保護者用）

年 月 日付けで届出がありました蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業利用（変更・終了）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

変更・終了の可否	可 ・ 否 否の理由（ ）
医療的ケア児等氏名	フリガナ
保育所等名称	
生年月日	年 月 日 生
変更・終了年月日	年 月 日
医療的ケア等の 変更内容	
備 考	

第8号様式（第8条関係）

蒲 第 号
年 月 日

長 様

蒲 郡 市 長

蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業利用（変更・終了）決定通知書

貴施設に在籍している利用者について、 年 月 日付けで蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業利用（変更・終了）の届出があり、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

変更・終了の可否	可 ・ 否 否の理由（ ）
医療的ケア児等氏名	フリガナ
保育所等名称	
生年月日	年 月 日 生
変更・終了年月日	年 月 日
医療的ケア等の 変更内容	
備 考	

第 9 号様式（第 9 条関係）

蒲 第 号
年 月 日

申請者（保護者名）

様

蒲 郡 市 長

蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業利用取消決定通知書

年 月 日付け 第 号で決定された蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業の利用について、蒲郡市医療的ケア児等看護師等派遣事業実施要綱第 9 条 1 項の規定に基づき、下記のとおり取り消しましたので通知します。

記

医療的ケア児等 氏名	フリガナ
保育所等名称	
生 年 月 日	年 月 日 生
取消日	年 月 日
取消の理由	
備 考	