

郡山市医療的ケア児等の認可保育施設利用調整及び保育実施要領

令和2年2月11日制定

令和3年4月1日一部改正

令和6年4月1日一部改正

令和7年4月1日一部改正

令和8年4月1日一部改正

(趣旨)

第1条 この要領は、日常生活において医療を要する状態にある又は長期にわたり療養を必要とする児童等（以下「医療的ケア児等」という。）の認可保育施設利用調整及び保育の実施に関し、郡山市教育・保育給付認定及び保育の利用、施設等利用給付認定並びに乳児等支援給付認定に関する規則（以下「規則」という。）及び郡山市保育施設等の利用調整及び保育の必要性の認定に関する事務取扱要領（以下「事務取扱要領」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要領において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 対象児童 認可保育施設に入所申込みをする又は入所決定となった医療的ケア児等のうち次のアからウまでに掲げる者をいう。
 - ア 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2項に定める医療的ケア児
 - イ 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の2第2項に定める小児慢性特定疾病児童等
 - ウ その他市長が必要と認める児童
- (2) 保護者 医療的ケア児等の保護者
- (3) 施設 医療的ケア児等が入所申込みをする又は入所決定となった認可保育施設
- (4) 主治医 医療的ケア児等の診療方針等に関し主たる責任を有する医師
- (5) 嘱託医 医療的ケア児等が入所申込みをする又は入所決定となった認可保育施設の嘱託医

(利用調整の要件)

第3条 保育の必要性を認定された医療的ケア児等で、以下の要件を満たす者を施設の利用調整の対象とする。

- (1) 集団保育が可能であること。
- (2) 疾患が相対的に安定した後の状態であって、主治医等が指示する施設内における医療行為及びその他必要な行為（以下「医療的ケア等」という。）が具体的に文書により指示できること。
- (3) 主治医等が指示する医療的ケア等の内容が、施設内で安全に実施することが可能であると施設の嘱託医及び看護師が認めること。
- (4) 保護者の送迎により通所できること。
- (5) 保護者と緊急連絡体制を整えることができること。

(6) 緊急時に対応できる主治医等が市内にいること。

(集団保育の判断基準)

第4条 この要領において集団保育が可能であるという判断は、以下の要件を満たす場合とする。

- (1) 集団で生活することが、医療的ケア児等の健康上及び安全上問題とならないこと。
- (2) 医療的ケア児等が集団で生活することが、共に生活する医療的ケア児等以外の児童においても健康上及び安全上問題とならないこと。
- (3) 医療的ケア児等に対し医療的ケア等を施す以外は、常に個別対応を必要としないこと。
- (4) 保育の必要性があり、医療機関との相談の中で、集団保育が可能であると確認されていること。
- (5) 病状や健康状態が安定していること。
- (6) 日常的に保護者が自宅で行っている医療的ケア等が確立し、保護者による安定した医療的ケア等が行われていること。
- (7) 病状や医療的ケア等に関する情報を保護者と市、保育施設、嘱託医等その他関係する機関で十分に共有できること。
- (8) 保育施設での受け入れ体制（人員配置や施設環境）が整えられていること。

(対象施設)

第5条 医療的ケア児等の保育を実施する施設は、以下の要件を満たすものとする。

- (1) 利用施設 医療的ケア等を実施できる看護師等の人員及び設備を有する施設で、保護者が入所を希望する施設。ただし、第2条で定める対象児童のうち、アに該当する児童については、原則、別表第1で定める施設とする。
- (2) 利用曜日 保育所開所日のうち月曜日から金曜日まで（原則として土曜日の保育はしないこととする）。
- (3) 利用時間 施設の標準開所時間内かつ看護師等の勤務可能な時間内に限る。

(検討会議)

第6条 医療的ケア児等保育検討会議（以下「検討会議」という。）の内容については、以下のとおりとする。

- (1) 構成員 保育課長、保育所管理係長、保育認定係長、保育課保健師、障がい福祉課の医療的ケア児等担当職員、対象児童が入所を希望する施設の施設長、嘱託医、看護師等、その他保育課長が必要と認める者
- (2) 協議事項 対象児童の集団保育の可否、対象児童が必要とする医療的ケア等の実施の可否、その他対象児童の保育の実施に関し必要な事項
- (3) 招集方法 保育課長が必要に応じ会議を招集する。なお、書面により開催することもできるものとする。

(入所手続等)

第7条 施設入所に係る手続きは、以下のとおりとする。

- (1) 入所申請時期 4月以外の入所希望の場合において、入所希望月の4か月前から2か前の5日（5日が土日祝日の場合は、その後の開庁日）までを受付期間とし、4月入所希望の

場合においては、医療的ケア児等以外の児童と同様とする。

- (2) 面接 施設の看護師及び保育士は対象児童及び保護者との面接を実施し、対象児童の心身の状態、生育歴、必要な医療的ケア等の内容、家庭環境等について聞き取りを行うとともに、集団保育が可能かどうか、必要とされる医療的ケア等の実施ができるかどうかを確認する。なお、面接は原則入所申込から10日以内に実施する。
- (3) 提出書類 保護者は、医療的ケア等を実施するために必要な書類として、医療的ケア等実施申込書兼状況調書（第1号様式）、医療的ケアに関する指示書（第2号様式）及び同意書（第3号様式）を郡山市に提出しなければならない。
- (4) 検討会議 郡山市保育課は検討会議を開き、保護者から提出された書類及び面接の結果、並びに嘱託医の意見に基づき、当該施設での集団保育の可否及び必要な医療的ケア等の実施の可否について検討する。
- (5) 利用調整 検討会議における検討結果及び事務取扱要領に基づき利用調整を行う。ただし、第2条で定める対象児童のうち、アに該当する児童については、原則、別表第1で定める施設において、個別に利用調整を実施するものとする。
また別表第1で定める施設での医療的ケア児の受入れ人数については、利用調整時点で既に施設に在所している医療的ケア児の人数や症状並びに看護師等の配置状況等を鑑み、可能な範囲内で受入れを実施するものとする。
- (6) 調整結果通知 保護者あてに医療的ケア等実施に係る検討結果通知書（第4号様式）及び規則第17条に定める施設利用承諾通知書（第19号様式）又は施設利用保留通知書（第20号様式）を送付する。
- (7) 入所 医療的ケア等を安全に実施できる環境を整えるとともに、対象児童が円滑に新しい環境に慣れることができるよう、原則として初日から一定期間、保護者付き添いの上保育を実施する。また、付き添いの期間及び時間については、対象児童の状態を考慮しながら、施設と保護者で協議の上決めるものとする。

（医療的ケア児等実施計画書の作成）

第8条 施設は、保護者と共に緊急時対応確認書（第5号様式）及び医療的ケア等実施計画書（第6号様式）を作成する。

- 2 施設は保護者に医療的ケア等実施計画書の内容の確認を依頼し、必要があれば修正し、施設と保護者両名で自署または記名・押印をする。自署または記名・押印された原本は施設で保管し、保護者には写しを渡す。
- 3 施設は、緊急時対応確認書及び医療的ケア等実施計画書の写しを郡山市保育課に提出する。
- 4 施設は、必要に応じて保護者の同意を得て対象児童の受診に同行する等、保育開始に向けて必要な情報を収集し準備する。また、施設は医療的ケア児等が入所することを、医療的ケア等を実施するために必要な書類をもって嘱託医に報告し、協力を依頼する。
- 5 施設は医療的ケア等実施計画書を作成又は更新した場合には、その都度写しを郡山市保育課に提出する。

（保育の実施）

第9条 施設における保育の実施については、以下のとおりとする。

- (1) 保育の基本方針

- ア 対象児童が安全かつ快適に過ごせるよう十分に配慮した上で、集団保育を実施する。
- イ 対象児童の発達段階に応じた適切な生活課題や遊びを提供し、養護と教育が一体となった保育を通して対象児童の成長を促す。
- ウ 送迎時の会話や定期的な個人面談等により、保護者との情報共有を図るとともに、保護者の気持ちに寄り添い、適宜必要な支援をしていく。

(2) 人員等

- ア 施設長は、対象児童を安全に保育するために施設全体を統括するとともに、郡山市や医療機関等との連絡調整を行う。
- イ 保育中の医療的ケア等は、原則として施設の看護師が行う。また看護師は、必要に応じて施設の嘱託医等に相談し、指示を受ける。
- ウ 対象児童のクラスを担当する保育士は、適切な保育を行うとともに、医療的ケア等を行う看護師の補佐をする。なお、必要な研修を受け、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条に定める認定特定行為業務従事者としての登録認定を受けることが望ましい。
- エ 直接対象児童と関わりのある職員だけでなく、施設全体で医療的ケア児等への理解を深め、必要な範囲で対象児童に関する情報を共有する。

(3) 設備等

- ア 医療的ケア等の内容に応じ、安全の確保やプライバシーの保護等に必要な設備を整えるとともに、感染防止に配慮する。
- イ 必要な器具及び消耗品は保護者が持参し、点検及び整備をすることとする。また、施設は保護者と申し合わせを行い、衛生的に保管・管理する。
- ウ 施設は、必要に応じて医療的ケア等を実施する際のチェックリストを作成し、体温、呼吸数、酸素飽和度等必要な事項を記録し、保護者と情報を共有する。

(4) 緊急時の対応 緊急時は、緊急時対応確認書及び医療的ケア等実施計画書に基づいて対応する。

施設は、緊急時に備え、日ごろからシミュレーションを行う等、スムーズに対応できるよう準備しておく。

(医療的ケア等の変更等)

第10条 必要な医療的ケア等の内容が変更となる場合又は施設入所後に新たに医療的ケア等が必要だと判断された場合においては、施設は、対象児童及び保護者とあらためて面接を実施するとともに、保護者は医療的ケア等実施申込書兼状況調書及び医療的ケアに関する指示書を郡山市に提出しなければならない。

2 医療的ケア等の内容に変更が生じた際に、施設が判断した場合において、保護者に前項に規定する書類の提出を求めるものとする。

3 第7条第4号から第7号までの規定は、医療的ケア等の変更等に伴う入所継続の手続きについて準用する。

(実施解除)

第11条 実施している医療的ケア等が不要となる場合においては、保護者は施設に医療的ケア等実施解除依頼書（第7号様式）及び医療的ケア等解除に係る主治医意見書（第8号様式）を提

出する。

- 2 解除を依頼された医療的ケア等以外に実施の継続が必要な医療的ケア等がある場合には、施設は医療的ケア等実施計画書を新たに作成する。
- 3 すべての医療的ケア等が解除となった場合には、その後は通常の保育とする。

（施行期日）

- 1 この要領は令和6年4月1日から施行する。
- 2 改正後の要領の規定は、令和6年4月1日以降の医療的ケア児等の認可保育施設利用調整及び保育実施について適用し、令和5年度分までの事務取扱については、なお、従前の例による。

（施行期日）

- 1 この要領は令和7年4月1日から施行する。
- 2 改正後の要領の規定は、令和7年4月1日以降の医療的ケア児等の認可保育施設利用調整及び保育実施について適用し、令和6年度分までの事務取扱については、なお、従前の例による。

（施行期日）

- 1 この要領は令和8年4月1日から施行する。
- 2 改正後の要領の規定は、令和8年4月1日以降の医療的ケア児等の認可保育施設利用調整及び保育実施について適用し、令和7年度分までの事務取扱については、なお、従前の例による。

別表第1（第5条及び第7条関係）

名称	位置
郡山市開成保育所	郡山市開成三丁目14番20号
のびのび学園	郡山市富田東二丁目124番地
ほしのご保育園	郡山市向河原町159番1号

第1号様式

※様式内の「医療的ケア等」の記載には、「小児慢性特定疾病児童等への医療行為及びその他必要な行為」を含みます。

医療的ケア等実施申込書兼状況調書

令和 年 月 日

郡山市長

保護者氏名 _____ ※

※自署または記名押印

下記のとおり、保育施設での医療的ケア等の実施を申し込みます。主治医の意見及び指示内容は、別紙医療的ケア等実施に係る主治医意見書兼指示書のとおりです。

記

児 童 名		年齢	歳	生年 月日	年 月 日生
住 所					
希望保育施設					
実施を 申し込む 医療的 ケア等	医療的ケア等の内容		保育施設で実施を希望する方法		
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (口腔・鼻腔・気管切開部)				
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう)				
	<input type="checkbox"/> 導尿 (一部介助・完全介助)				
	<input type="checkbox"/> その他(具体的に記載)				
主治医等	主治医	医療機関名・診療科			
		医療機関住所			
		医師氏名			
	(主治医が市 外の場合) 市内かかり つけ医	医療機関名・診療科			
		医療機関住所			
		医師氏名			

裏面に続く

通院・療育の状況	【医療機関や療育施設の名称と頻度を記載】	
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)	
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	
内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名 _____ 内服時間 _____)	
坐薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名 _____ mg)	
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度等状況 _____)	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (アレルゲン _____) (エピペン使用の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
運動機能	定頸 (か月) 寝返り (か月) 座位 (か月) 這行 (か月)	
姿勢	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助や支えが必要 (介助や支えの内容 _____)	
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	<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	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 浣腸 (回/日) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
食事	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"/> その他 (_____)
		<input type="checkbox"/> 経管栄養 種類 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう 内容 (_____)
		<input type="checkbox"/> I V H 薬剤名 (_____)
	血糖値測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 頻度 (_____)
インスリン投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 頻度 (_____)	
呼吸管理	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 カニューレ製品名 (_____)
	喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位 (口腔内・鼻腔内・気管内) 回数 (回/)
	酸素吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位 (経鼻・気管内) 流量 (ℓ/分)
	人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種類 (_____)
その他	【集団生活を送る上で配慮が必要な点を記載】	

氏名		生年月日	年 月 日生
指示先	① (施設名)		
	② (施設名) 新たに追加になった場合：記入日 (年 月 日)		
	③ (施設名) 新たに追加になった場合：記入日 (年 月 日)		
主治医	記入日	年 月 日	
	医療機関名 所在地 電話番号		
	医師名	(自署または記名押印)	

<医療的ケア指示期間>

指示開始年月日 (初回記入欄)	年 月 日 ~		
①更新確認年月日 (2回目記入欄)	年 月 日	医師氏名	(自署または記名押印)
②再更新確認年月日 (3回目記入欄)	年 月 日	医師氏名	(自署または記名押印)

※障害福祉サービス等は1年に1回程度(サービスによっては3年に1回程度)更新が必要です。それに準じて「医療的ケアに関する指示書」について指示内容に変更がない場合、上記の①更新確認(または②再更新確認)の欄に確認年月日、医師氏名のみ記入してください。医療的ケアに変更及び追加があった場合は、新たに「医療的ケアに関する指示書」を作成してください。

<施設で必要な医療的ケア>

医療的ケア項目	指示内容	
1. <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 の管理	機種	
	設定条件	
	換気回数	
	注意点等	
	想定される緊急事態と対処方法	
2. <input type="checkbox"/> 気管切開 の管理	管理方法	<input type="checkbox"/> カニューレ状態確認 <input type="checkbox"/> ガーゼ交換 <input type="checkbox"/> 人工鼻
	切開術式	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他 ()
	種類・サイズ	
	注意点等	
	想定される緊急事態と対処方法	

医療的ケア等の実施を申し込むにあたり、以下の事項について同意します。

1. 保育士や看護師が十分に確保されないなど、施設の受入体制が整備されていない理由で入所保留となる場合があること。
2. 集団保育が原則であるため、特定の保育士や看護師が児童を常時見守りする個別対応は保証できないこと。
3. 原則として初日から一定期間、保護者付き添いの上保育が実施されること。
4. 医療的ケア等を実施するために必要な器具や消耗品は保護者が持参し、必要な点検、整備及び補充を行うこと。また、使用後の物品については、原則として保護者が持ち帰り処分すること。
5. てんかん等の既往及び疑いがある場合には、痙攣止めの薬剤を用意すること。その場合、消費期限等の管理は保護者の責任の下で行うこと。
6. 災害時対策として、万が一保護者がお迎えに来られないことを想定し、1日分の薬と経管栄養等の食事を予備として持参すること。
7. 看護師等の勤務時間外やその他やむを得ない事情等により、医療的ケア等を実施する体制が取れない場合には、保育の利用ができないことがあること。（入所希望する施設の看護師等の勤務時間について確認すること。）
8. 登所前によくお子さんの健康観察をし、体調が悪いときには保育の利用を極力控えること。また、いつもと違う様子があるときには、登所時に必ず保育士に伝えること。
9. 保育中に体調が悪化した場合には、あらかじめ指定された緊急連絡先に連絡をするため、必ず連絡が取れるようにしておくこと。また、施設が保育の継続が困難と判断した場合には、お子さんのお迎えをお願いすることがあること。
10. 施設で感染症が一定以上発症した場合には、お子さんへの感染を予防するため、保育の利用を控えてもらう場合があること。
11. 施設が必要と判断する場合には、主治医等を受診すること。また、受診に係る診療報酬及び入所手続きに必要な書類を作成する文書料等の費用は保護者負担となること。
12. 保育を実施するのに必要な範囲内で、施設や郡山市保育課が、主治医や関連施設等に対してお子さんについての情報や意見を求める場合があること。

13. 集団保育を実施するうえで必要な情報は、ほかの保護者と共有する可能性があること。
14. 施設外での活動の可否については、都度、施設と保護者で協議して決定すること。
15. 1か月以上登所がない場合や月の半分以上登所がないことが続く場合、この同意書により同意された内容が守られない場合、施設で入所継続が困難と判断した場合には退所となる可能性もあること。
16. 入所利用調整の過程において、保護者が郡山市に提出した書類を施設及び施設の嘱託医にも提供すること。
17. 医療的ケア等の内容に変更があった際は、あらためて要領に定める必要書類を郡山市保育課に提出すること。

第4号様式

※様式内の「医療的ケア等」の記載には、「小児慢性特定疾病児童等への医療行為及びその他必要な行為」を含みます。

医療的ケア等実施に係る検討結果通知書

(保護者氏名) 様 令和 年 月 日

郡山市長 印

令和 年 月 日付けで申込みのありました保育施設における医療的ケア等の実施について、令和 年 月 日に医療的ケア児等保育検討会議を開催し、検討した結果は下記のとおりです。

記

児 童 名	年 齢	歳	生 年 月 日	年 月 日生
住 所				

- 以下のとおり実施できます。
速やかに、緊急時対応確認書(様式5)を施設あてに提出してください。

保育施設名	
医療的ケア等の内容	

- 実施できません。

理 由	
-----	--

緊急時対応確認書

令和 年 月 日

保育施設名 _____

児童氏名 _____

保護者氏名 _____ ※

※自署または記名押印

【緊急連絡先】※緊急時にはまず保護者等にご連絡します。

順位	氏名	続柄	電話番号
1			(携帯・自宅・職場：)
2			(携帯・自宅・職場：)
3			(携帯・自宅・職場：)
4			(携帯・自宅・職場：)
5			(携帯・自宅・職場：)

【緊急時の対応】※ご連絡したあと、保育施設ですべきことを記入してください。

状況	対応

【緊急相談先】※緊急時に相談できる医師について記入してください。

医療機関名	診療科	担当医名	電話番号	診察券番号

【緊急搬送先】※緊急時に受入れ要請をできる近隣の医療機関を記入してください。

医療機関名	診療科	担当医名	電話番号	診察券番号

第6号様式

※様式内の「医療的ケア等」の記載には、「小児慢性特定疾病児童等への医療行為及びその他必要な行為」を含みます。

医療的ケア等実施計画書

児 童 名		生年月日	年	月	日生			
実施期間	令和	年	月	日	～ 令和	年	月	日
実施担当者								

<実施する医療的ケア等>

主治医の指示書に基づき、以下のとおり医療的ケア等を実施します。

実施に必要な器具や消耗品等を準備し、必要な点検、整備及び補充をお願いします。また、使用後の物品については持ち帰り、処分をお願いします。

種 類	実施手順	留意事項

<保育上配慮する事項>

以下の事項に配慮し、集団保育を行います。

お子さんの様子がいつもと違う場合には、登所時に必ず保育士へお知らせください。

--

<緊急時の対応>

主治医の指示書及び緊急時対応確認書に基づき、緊急時には以下のとおり対応します。
常に連絡が取れる体制を整え、速やかな対応をお願いします。

想定される緊急事態	対 応

<その他特記事項>

--

上記のとおり医療的ケア等を実施します。

令和 年 月 日

施設住所：

施設名：

施設長名：

※

上記内容について承諾し、医療的ケア等の実施を依頼します。

令和 年 月 日

住所：

保護者氏名：

※

※自署または記名押印

第7号様式

※様式内の「医療的ケア等」の記載には、「小児慢性特定疾病児童等への医療行為及びその他必要な行為」を含みます。

医療的ケア等実施解除依頼書

令和 年 月 日

(施設名)

(施設長名) 様

保護者氏名 _____ ※

※自署または記名押印

下記のとおり、医療的ケア等の実施を解除してください。主治医の意見は、別紙主治医意見書のとおりです。

記

児 童 名	年 齢	歳	生 年 月 日	年 月 日 生
住 所				
実施を解除する医療的ケア等	医療的ケア等の内容	解除となる理由		
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (口腔・鼻腔・気管切開部)			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう)			
	<input type="checkbox"/> 導尿 (一部介助・完全介助)			
<input type="checkbox"/> その他(具体的に記載)				

第8号様式

※様式内の「医療的ケア等」の記載には、「小児慢性特定疾病児童等への医療行為及びその他必要な行為」を含みます。

医療的ケア等解除に係る主治医意見書

記入日	令和 年 月 日	
主治医	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	医師名	(自署または記名押印)

児 童 名	生年月日	年 月 日生
解除できる 医療的ケア等		
解除後の 留意事項		
そ の 他		