

# 千葉県子どもルーム医療的ケア実施要領

(趣旨)

第1条 本要領は、千葉県放課後児童健全育成事業実施要綱に基づき設置する子どもルーム（以下「ルーム」という。）に在籍し、医療的ケアを行う看護師等（以下「メディカルサポーター」という。）によるルームでの医療的ケアの実施を希望する児童において、実施する医療的ケアに関する内容や手続き等について定めるものである。

(対象児童)

第2条 ルームにおいて本市が実施する医療的ケアの対象となる児童（以下「対象児童」という。）は、千葉県放課後児童健全育成事業実施要綱第5条に定める児童のうち、ルームの利用を希望しているもしくは既にルームを利用している児童かつ、次条に規定する範囲の医療的ケアを日常的に必要とする児童とする。

(対象となる医療的ケアの範囲)

第3条 ルームにおいて実施する医療的ケアは、以下の医療的ケアのうち、主治医の指示があり、メディカルサポーターが実施可能な支援を行う。

(1) 【呼吸機能障害へのケア】喀痰吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内の喀痰吸引）  
（必要な吸引前の吸入を含む）

酸素療法

(2) 【摂食嚥下障害へのケア】胃ろう、腸ろう部の経管栄養管理、経鼻経管栄養管理

(3) 【排泄機能障害へのケア】導尿

(4) 【糖尿病管理に係るケア】血糖測定、インスリン注射

(5) 【その他】 健全育成課が、特に必要と認める医療的ケア

(医療的ケアの実施手続き)

第4条 医療的ケアの実施手続きは、次のとおり行うものとする。

(1) 対象児童がルームを利用するにあたり、メディカルサポーターによる医療的ケアの実施を希望する場合、保護者は事前に必要な医療的ケアの内容を健全育成課に相談の上、実施依頼書（第1号様式）、主治医等が作成した指示書及びルーム利用に関しての主治医の所見を記載した診断書を健全育成課長に提出する。また、スクールメディカルサポート事業実施要項（以下「要項」という。）に基づき、教育委員会に提出する実施依頼書（様式1-1）又は（様式1-2）の写しを健全育成課長に提出した場合についても、同様に申請があったものとみなす。

(2) 健全育成課長は、前号の規定による申請があったときは、医療的ケアの実施について判断し、その結果を医療的ケア実施決定（不承認）通知書（第2号様式）により、保護者に通知する。また、対象児童が千葉市立の小学校に在籍し、メディカルサポーターによる医療的ケアが実施されている場合、メディカルサポーター派遣依頼書（第3号様式）により、千葉市教育委員会にルームへの派遣を依頼するものとする。

(3) 医療的ケアの実施決定通知を受けた保護者は、「医療的ケアの提供に係る同意書（第4号様式）」を健全育成課長に提出するものとする。

(4) メディカルサポーターによる医療的ケアの実施を希望せず、保護者の責任において医療的ケアを実施する場合、保護者は事前に健全育成課へ報告するものとする。

2 健全育成課長は、医療的ケア実施に際する環境整備に相応の期間を要する場合、メディカルサポーターの派遣および児童のルーム受入れの延期を決定し、保護者へ通知するものとする。

(医療的ケアの実施期間及び時間帯)

第5条 ルームにおける医療的ケアの実施期間及び時間帯は次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 実施期間は子どもルーム開所日の内、ルームの利用を開始した日の属する年度の末日までの間で、健全育成課長が認めた期間とする。ただし、対象児童の状況に応じて、次年度以降引き続き医療的ケアを必要とする場合は、更新することができるものとする。
- (2) 実施時間帯は、子どもルーム開所時間の内、健全育成課長が必要と認めた時間帯とする。

(メディカルサポーターの業務)

第6条 メディカルサポーターは、医療的ケアの実施において、次に掲げる事項について対応するものとする。

- (1) 医療的ケア実施決定通知書に記載された医療的ケアを実施する。なお、対象児童の主治医等より実施に際しての意見があった場合は、当該意見を加味した医療的ケアを実施することとする。
- (2) 医療的ケアの実施に際し、医療的ケアを行う毎に医療的ケア実施記録簿（第5号様式）にその内容等を記録すること。また、対象児童の体調等を保護者やルーム職員と連絡帳や医療的ケア実施記録簿（第5号様式）を通じて共有すること。
- (3) 医療的ケアの実施中に万一異常が発生した場合、ルーム職員等と協力して、必要な応急的措置をとること。

(保護者の役割)

第7条 保護者は、医療的ケアの実施において、次に掲げる事項について対応するものとする。

- (1) 医療的ケアに必要な器具を清潔な状態に保ち、ルームに持参すること。
- (2) 医療的ケアに必要な器具及び消耗品を適宜用意すること。
- (3) 対象児童の日々の体調など、メディカルサポーター及びルーム職員と共有すべき情報については、連絡帳等によって情報共有すること。
- (4) 主治医若しくは罹りつけの医師の連絡先を市に届け出ること。

(子どもルーム職員の役割)

第8条 子どもルーム職員は次に掲げる事項について対応するものとする。

- (1) 対象児童の日々の健康状態等について、必要に応じ保護者から情報収集を行うこと。
- (2) 万一異常が発生した場合、メディカルサポーターと連携して救急対応にあたるものとする。また、保護者および健全育成課へ速やかに状況報告を行うこと。
- (3) メディカルサポーターが作成した医療的ケア実施記録簿（第5号様式）の管理を行うこと。

と。

(ルーム運営事業者の役割)

第9条 市からルーム運営を受託した事業者は、「千葉県子どもルームにおける心身に障害のある児童等の利用に係る事務取扱要領」に基づき、保護者および医療的ケアを要する児童に対して面談を実施するものとする。また、必要に応じ、補助職員を配置するものとする。

(健全育成課の役割)

第10条 健全育成課は次に掲げる事項について対応するものとする。

- (1) ルームで実施する医療的ケア事業全般に関する調整を行うこと。
- (2) メディカルサポーターの派遣に際して、関係機関との連絡・調整を行うこと。
- (3) 医療的ケア実施記録簿（第5号様式）によって、各ルームでの医療的ケア実施状況を把握すること。
- (4) 医療的ケアにプライバシー保持の必要性がある場合等は、必要に応じて施設の改修等を行うこと。

(メディカルサポーター不在時における対応)

第11条 やむを得ない事情によりメディカルサポーターが不在となる場合の医療的ケアについては、保護者と協議の上、対応について検討するものとする。

(実施内容の変更)

第12条 保護者は、医療的ケアの内容を変更するときは、医療的ケア変更届（第6号様式）を健全育成課長に提出するものとする。なお、要項に基づき教育委員会に提出する医療的ケア変更届（様式5）の写しを健全育成課長に提出した場合についても、同様の届出があったものとみなす。

- 2 健全育成課長は、前項の規定による届出を受けたときは、必要に応じて保護者と面談等を実施の上で、メディカルサポーターに変更の内容を伝達し、メディカルサポーターは届出に基づき、医療的ケアの内容を変更するものとする。

(派遣の辞退)

第13条 保護者は、メディカルサポーターの派遣を辞退するときは、メディカルサポーター派遣辞退届（第7号様式）を健全育成課長に提出するものとする。なお、要項に基づき教育委員会に提出するメディカルサポーター派遣辞退届（様式6）の写しを健全育成課長に提出した場合についても、同様の届出があったものとみなす。

- 2 健全育成課長は、前項の規定による届出を受けたとき、又は、対象児童がルームを退所したときは、メディカルサポーターの派遣を終了するものとする。

(医療的ケアの実施記録)

第14条 医療的ケアを実施するメディカルサポーターは医療的ケアを行った月の月末に、第6条第2号にて作成した医療的ケア実施記録簿（第5号様式）を、健全育成課長に提出するものとする。

2 医療的ケア実施記録簿（第5号様式）は、対象児童が退所するまで、当該ルームにて保管するものとする。

（医療的ケアの実施報告）

第15条 健全育成課長は、医療的ケア実施期間中毎月月末までに「医療的ケア実施報告書（第8号様式）」を作成し、保護者に対し報告するものとする。

（その他）

第16条 この要領に定めるもののほか、必要な事項については別に定める。

附 則

この要領は平成28年6月1日から施行する。

附 則

この要領は令和4年2月1日から施行する。

（あて先）健全育成課長

保護者氏名

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

実施依頼書

下記児童生徒の医療的ケアの実施について、下記のとおり依頼します。

記

1 対象児童生徒 学校名： 学年： 年 氏名：

2 依頼する医療的ケアの内容及び時間帯

医療的ケアの内容 _____
時間帯 ( ) 曜日 午前・午後 時～ 午前・午後 時

3 身体障害者手帳 有 ・ 無

4 主治医について

(1) 主治医名

(2) 病院・医院名、診療科目

(3) 病院・医院の住所・電話番号

5 緊急時搬送医療機関

(1) 医師名（指定があれば）

(2) 病院・医院名、診療科目

(3) 病院・医院の住所、電話番号

6 その他留意点（健康状態、投薬等）

7 緊急時連絡先

電話番号 — —

氏名 (対象児童生徒から見た続柄)

※緊急時連絡先が保護者と異なる場合は、氏名及び対象児童生徒から見た続柄を記入してください。

情報提供についての同意

子どもルームにおいて医療的ケアを実施するにあたり、必要に応じて、当該依頼内容及び実施内容について、健全育成課、学校及び教育委員会から関係者（スクールメディカルサポーターとして派遣される看護師、主治医、学校医）に提示することに同意します。

同意します。

同意しません。

## 医療的ケア実施決定（不承認）通知書

様

千葉県 こども未来局  
こども未来部 健全育成課長

千葉県子どもルーム医療的ケア実施要領第4条の規定により、下記のとおり通知します。

### 記

児童の氏名		生年月日			
学校名		学年	年	ルーム名	
実施の可否	可 ・ 否				
医療的ケア 実施期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日				
医療的ケア の実施内容					
備 考					

#### ※医療的ケア実施上の留意事項

- （1）緊急時に備え、連絡が取れる体制を整えておいてください。
- （2）医療的ケアに要する医療器材、消耗品等は、保護者の方がご用意ください。

## メディカルサポーター派遣依頼書

千葉市教育委員会 様

千葉市 こども未来局  
こども未来部 健全育成課長

下記児童に係る子どもルーム利用時の医療的ケア実施について、メディカルサポーターの派遣を依頼します。

### 記

児童の氏名				生年月日		
学校名			学年	年	ルーム名	
派遣期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日					
医療的ケアの種類						
実施内容 ※医療的ケアの時間等						

## 医療的ケアの提供に係る同意書

医療的ケアの種類		
実施期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
実施内容 ※医療的ケアの時間等		
提供体制	担当メディカルサポーター	
	担当メディカルサポーター	

○医療的ケアの実施内容は、医師の指示に沿って提供します。

○医療的ケアは、利用者の状況に応じて見直しを行います。

上記の内容について、十分な説明を受け、内容を理解しましたので、医療的ケアの内容に同意します。

同意日 令和 年 月 日

住 所 千葉県 区

利用児童名

署名代行者

私は、本人の意思を確認し、署名代行いたしました。

代行者住所

代行者氏名

利用児童との関係

## 医療的ケア実施記録簿

児童名					
医療的ケアの内容					
実施日時	令和	年	月	日	時 分
実施者名			実施場所		
経過等					
実施日時	令和	年	月	日	時 分
実施者名			実施場所		
経過等					
実施日時	令和	年	月	日	時 分
実施者名			実施場所		
経過等					
実施日時	令和	年	月	日	時 分
実施者名			実施場所		
経過等					
実施日時	令和	年	月	日	時 分
実施者名			実施場所		
経過等					
特記事項					
健全育成課 確認欄	確認印または署名				

※この記録簿は毎月末を締め日とし、ひと月分をまとめて健全育成課へ提出してください。  
 また、施設においてはコピーを控え、必要な場合にメディカルサポーターが過去の記録を確認できるように管理をしてください。

※ 変更のあったところのみ記入してください。

第6号様式（第12条関係）

令和 年 月 日

（あて先）健全育成課長

保護者氏名

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

### 医療的ケア変更届

下記児童生徒の医療的ケアについて、内容等の変更を希望しますので、下記のとおり届け出ます。

#### 記

1 対象児童生徒 学校名： 学年： 年 氏名：

2 依頼する医療的ケアの内容及び時間帯

医療的ケアの内容	_____
時間帯	( ) 曜日 午前・午後 時～ 午前・午後 時

3 身体障害者手帳 有 ・ 無

4 主治医について

(1) 主治医名

(2) 病院・医院名、診療科目

(3) 病院・医院の住所・電話番号

5 緊急時搬送医療機関

(1) 医師名（指定があれば）

(2) 病院・医院名、診療科目

(3) 病院・医院の住所、電話番号

6 その他留意点（健康状態、投薬等）

7 緊急時連絡先

電話番号 — —

氏名 (対象児童生徒から見た続柄 )

※緊急時連絡先が保護者と異なる場合は、氏名及び対象児童生徒から見た続柄を記入してください。

#### 情報提供についての同意

子どもルームにおいて医療的ケアを実施するにあたり、必要に応じて、当該依頼内容及び実施内容について、健全育成課、学校及び教育委員会から関係者（スクールメディカルサポーターとして派遣される看護師、主治医、学校医）に提示することに同意します。

同意します。

同意しません。

令和 年 月 日

（あて先）健全育成課長

保護者氏名

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

メディカルサポーター派遣辞退届

対象児童生徒のメディカルサポーターの派遣につきまして、下記の理由により辞退します。

記

1 対象児童生徒 学校名： 学年： 年 氏名：

2 辞退理由

--

