



# 幸田町医療的ケア児在宅支援事業 ガイドライン

(令和3年4月)



幸 田 町



# 目 次



---

第1章 事業の趣旨・目的 .....	1
1 趣旨・目的.....	1
2 医療的ケア児の受け入れに関する基本的な考え方.....	1
第2章 幸田町医療的ケア児在宅支援事業の仕組み（住民向けチラシ） .....	2
第3章 幸田町医療的ケア児在宅支援事業の流れ（事業者用） .....	4
1 幸田町との契約 .....	4
2 サービス提供.....	4
3 料金（利用者負担）の支払い.....	5
4 各種様式 .....	6
5 フェイスシート等 .....	11
資料 要綱・申請書類.....	20

# 第1章 事業の趣旨・目的

---

## 1 趣旨・目的

近年医療技術の進歩に伴い、日常生活の上で医療的ケアを必要としている子どもの数は年々増えており、医療的ケア児への支援のニーズが高まっている。

そうした中、平成28年度には、児童福祉法が改正され、医療的ケア児への対応が市町村の責務として明記された。

本ガイドラインは、幸田町医療的ケア児の在宅支援事業の実施にあたり、必要となる基本的な事項や、留意事項等を示すことにより、医療的ケア児在宅支援事業の円滑な実施が図られることを目的とするものである。

医療的ケア児の在宅支援については、医療、福祉を始めとした関係機関との連携が不可欠である。医療的ケア児の保護者から相談があった場合に対応できるよう、日頃から関係機関との連携体制を構築するとともに、対応手順を定めておくことが必要である。

なお、本町における実際の対応は、医療的ケア児の家族のニーズを把握し、必要な支援を行うことにより家族の介護負担の軽減を図り、個々の医療的ケア児の状況に応じて、安全性を確保しながら、医療的ケアと保育が提供されるよう支援することが求められる。

## 2 医療的ケア児の受け入れに関する基本的な考え方

現時点で医療的ケアの定義について、法律などにより明確に定められたものはない。

そのため、本ガイドラインに置ける「医療的ケア児」とは、次に掲げるいずれかの医療的ケアを要する状態にある在宅の障害児であって、日常生活を営むために医師の指示による訪問看護を受ける者をいう。

- (1) 人工呼吸器管理
- (2) 気管切開（喉頭気管分離を含む。）
- (3) 経鼻咽頭エアウェイ
- (4) 酸素吸入
- (5) 喀痰吸引（口腔、鼻腔又は気管カニューレによるものとする。）
- (6) ネブライザー等による薬液の吸入
- (7) 中心静脈栄養
- (8) 経管栄養（胃ろう、腸ろう又は経鼻によるものとする。）
- (9) 腹膜透析
- (10) 導尿
- (11) 人工肛門・人工膀胱
- (12) 血糖測定・インスリン注射
- (13) 前各号に掲げるもののほか、町長が認める医師の指示による医療的ケア



幸田町医療的ケア児在宅支援事業 利用案内

在宅支援事業とは

ご自宅で生活されている医療的ケアを必要とするお子さまの健康と保護者の介護負担の軽減を図ることを目的とした事業です。

利用対象者

次の（１）～（３）すべてに該当する方を介護するご家族等が対象となります。

- （１）幸田町内に住所を有する方
- （２）日常生活を営むために下記の表「医療的ケア」に規定するいずれかの医療的ケアを要する状態にある18歳未満の方
- （３）ご家族等による在宅介護を受けて生活している方



サービス内容

自宅又は教育・保育施設等に訪問看護事業所から看護師1人の他、理学療法士、言語聴覚士、作業療法士、保育士、医療的コーディネーター、町保健師のいずれか1人を派遣して、ご家族が日ごろ行っている医療的ケア（人工呼吸器管理・経管栄養等）や療養上の世話（食事介助・排泄介助・体位交換等）をご家族に代わって提供します。ただし、町長が適当と認める場合には看護師1人にて対応とすることも可能とします。なお、調理・洗濯など家事の援助は行いません。

- 派遣時間 1回につき4時間以内で、30分単位の利用となります。
- 派遣回数 利用者様1人につき、月2回を上限とします。ただし教育・保育施設は、登校又は通園する日につき、日1回。
- 利用者負担 負担額なし（無料）

ただし、事業実施に必要な幸田町医療的ケア児在宅支援事業指示書につきましては自己負担となります。また医療的ケアを実施する際に使用する医療器具については利用者負担となります。

※安全にサービスを提供するため、当事業で利用できる事業所は、現在利用している訪問看護事業所のみとなります。

表「医療的ケア」

① 人工呼吸器管理	⑦ 中心静脈栄養
② 気管切開（喉頭気管分離を含む。）	⑧ 経管栄養（胃ろう、腸ろう又は経鼻によるものとする。）
③ 経鼻咽喉頭エアウェイ	⑨ 腹膜透析
④ 酸素吸入	⑩ 導尿
⑤ 喀痰吸引（口腔、鼻腔又は気管カニューレによるものとする。）	⑪ 人工肛門・人工膀胱
⑥ ネブライザー等による薬液の吸入	⑫ 血糖測定・インスリン注射



## ご利用の流れ



- ① まず、主治医と現在利用している訪問看護事業所に、幸田町医療的ケア児在宅支援事業の利用を希望していることを相談し、了承を得てください。
- ② 幸田町医療的ケア児在宅支援事業の利用申請書に必要事項を記入し、医師の記載による「幸田町医療的ケア児在宅支援事業指示書」と併せて幸田町福祉課へ提出してください。  
なお、医師が記載する「幸田町医療的ケア児在宅支援事業指示書」については自己負担となります。

利用申請書の提出

- ③ 幸田町が申請書と指示書の内容を審査します。
- ④ 審査終了後、利用決定通知書（もしくは利用却下通知書）が幸田町から届きます。



利用決定

- ⑤ 訪問看護事業所へ利用決定通知書を提示し、利用時間や利用日を調整してください。  
※やむを得ず予約を変更・キャンセルする際は速やかに訪問看護事業所にご連絡ください。

サービス利用開始



## 年度更新の流れ

- ⑥ サービスの継続を希望する場合は、利用者の状況を把握するため、毎年7月に医師の記載による幸田町医療的ケア児在宅支援事業指示書の提出をお願いします。



### 【申請・問合せ先】

幸田町健康福祉部福祉課福祉グループ

電話：0564-63-5112 FAX：0564-56-6218

メールアドレス：fukushikaigo@town.kota.lg.jp



## 第3章 幸田町医療的ケア児在宅支援事業の流れ（事業者用）

---

### 1 幸田町との契約

幸田町医療的ケア児在宅支援事業については、町との1年間（4月1日（もしくは利用者発生次第随時）～3月31日）の委託契約をします。契約までの流れは以下のとおりです。

- （1）町が作成した仕様書の内容を確認する。
- （2）仕様書の内容に問題が無ければ、契約書に代表者印を押印し契約成立となる。
- （3）債権者登録兼口座振替依頼書を提出する。

### 2 サービス提供

#### （1）訪問看護事業所

町の仕様書と、訪問看護事業（医療保険等で既に行っているもの）と幸田町医療的ケア児在宅支援事業医師指示書をもとにサービスの提供をお願いします。

ア 対象児は、町から本事業について利用決定を受けている必要がありますので、必ず確認してください。

イ サービス開始前に幸田町医療的ケア児在宅支援事業医師指示書（写）が送付されているか確認をしてください。それをもとに「ケア実施手順書」を作成する。作成した「ケア実施手順書」は、「個別支援計画」と併せて保護者・主治医の承認を得てください。教育・保育施設等でケアを実施する場合は、登校・登園先の関係者の承認も得てください。利用者は、必要時、別紙5を利用し、登校・登園先の許可を得てください。

ウ サービス提供日時等は保護者、医療的ケア児コーディネーターと訪問看護事業者とで調整してください。

エ 保護者が希望する支援の内容が、通院支援、公園散策等、外出を伴う場合は、あらかじめ町に報告してください。

オ サービス提供時間中は、常に対象児の近くに常駐してください。

カ 事業を提供する時間中、対象児の体調に異変があれば、主治医や保護者等に連絡をとり、直ちに適切な処置をとらなければならない。

キ サービス提供後は、上限回数について管理・把握する必要があります。利用回数上限を超えてしまった分については、委託料を支払うことができません。

なお、利用上限回数は1人につき1年度（4月～3月）の間に合計24回まで、かつ、1か月の上限回数は2回までです。

#### （2）保育士

ア 保育（療育）の内容は、あらかじめ支援調整会議で話し合った内容をもとに、「個別支援計画」を作成してください。

イ 保育士の役割は、医療的行為に該当しない範囲において、訪問看護師の業務を補佐することができます。

ウ 医療的ケアが提供されない時間、対象児の体調や趣向に合わせた保育（療育）を実施してください。

(3) 医療的ケア児コーディネーター

ア 医療的ケア児等の支援ニーズや地域資源の状況を把握し、地域課題の解決や地域資源の開発を図る「協議の場」づくりを行ってください。

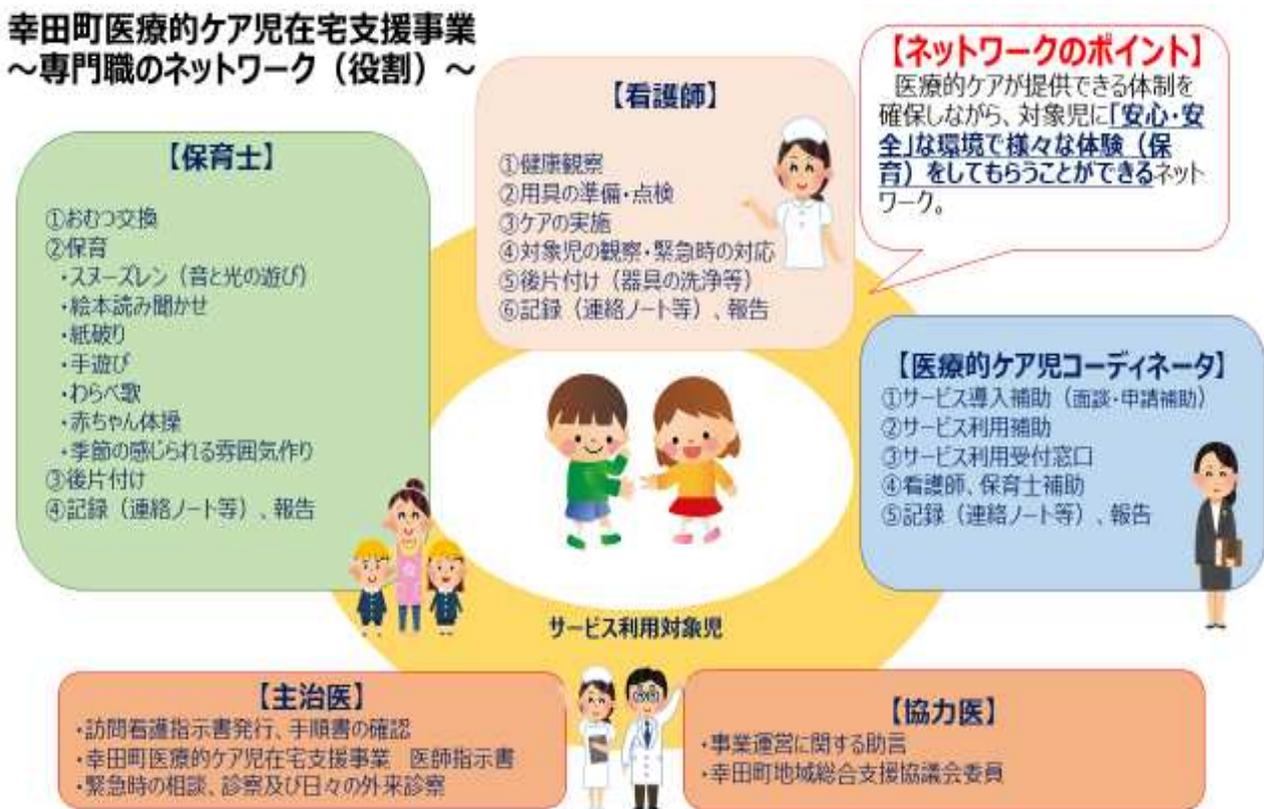
イ 医療機関からの情報提供があり、面接等を行う場合は、医療的ケア児とその家族からのさまざまな相談を受けとめ、総合的に対応をしてください。

ウ 保護者から町に利用申請があった場合、自宅に訪問し、保護者の希望を聞き、対象児と家族の生活状況、医療状況等アセスメントを実施してください。

エ 町と連携し、全体的な事業の調整をしてください。

オ 当事業の実施に向けて、保護者に対して各種申請書の作成支援、支援調整会議の調整を行ってください。

幸田町医療的ケア児在宅支援事業  
～専門職のネットワーク（役割）～



3 料金（利用者負担）の支払い

(1) 事業に係る利用者負担は基本的にはありません。

ただし、「幸田町医療的ケア児在宅支援事業指示書」の文書料については自己負担があります。

(2) 事業で生じる負担金を対象者から徴収しないようにしてください。

(3) 委託料は、毎月1回実績に応じて支払います。

翌月10日までに幸田町医療的ケア児在宅支援事業実施結果報告書（仕様書別紙1）と幸田町医療的ケア児在宅支援事業実績報告書兼完了届（仕様書別紙2）とそれに応じた請求書（仕様書別紙3）を町に提出して下さい。

(4) 実績報告書と請求書をもとに、町から委託料が支払われます。

4 各種様式

別紙1 幸田町医療的ケア児在宅支援事業実施結果報告書

【対象者】

氏名	
住所	

【実施者】

事業所名	
------	--

【実施日等】

No.	実施日	職種・氏名	派遣先	実施時間			確認印
				開始時間	終了時間	提供時間(計)	
1	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
2	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
3	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
4	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
5	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
6	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
7	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
8	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
9	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
10	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
11	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
12	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
13	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
14	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
15	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
16	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
17	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
18	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
19	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	
20	年 月 日			時 分	時 分	時間 分	

保護者氏名

教育・保育施設代表者職氏名

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

事業所管理者氏名

\_\_\_\_\_

幸田町医療的ケア児在宅支援事業  
実績報告書兼完了届

(令和 年 月分)

所在地

事業者名

代表者  
職氏名



No.	利用者		実績				備考
	住所	対象者名/保護者名	利用日	職種	時間	職種額	
1	幸田町			看護師 理学療法士等 保育士			
2	幸田町			看護師 理学療法士等 保育士			
3	幸田町			看護師 理学療法士等 保育士			
4	幸田町			看護師 理学療法士等 保育士			
5	幸田町			看護師 理学療法士等 保育士			
6	幸田町			看護師 理学療法士等 保育士			
7	幸田町			看護師 理学療法士等 保育士			
8	幸田町			看護師 理学療法士等 保育士			
9	幸田町			看護師 理学療法士等 保育士			
10	幸田町			看護師 理学療法士等 保育士			
【単価】 看護師、理学療法士、言語聴覚士、作業療法士 → 8,500円 保育士 → 1,170円			合計	看護師 理学療法士等 保育士			

## 請 求 書

(あて先) 幸田町長

住 所

事 業 者 名

代 表 者 氏 名

印

金額 円 (非課税)

上記金額を請求いたします。

ただし、幸田町医療的ケア児在宅支援事業委託料として

令和 年 月分

【利用日】

【内訳】

職種	時間	請求額
看護師		
理学療法士等		
保育士		
合計		

【振込先】

金融機関名			
口座種別・番号		口座番号	
口座名義			

## 事 故 報 告 書

報告日 令和 年 月 日

事業所名		サービス種別	
所在地		管理者名	
1 事故発生日時	令和 年 月 日 ( )	午前・午後	時 分頃
2 発見時間	令和 年 月 日 ( )	午前・午後	時 分頃
3 利用者名	( 男・女 )	年齢	歳
4 利用者住所			
5 事故発生場所		6 事故内容(該当を○で囲む)	
略図		①転倒 ②転落 ③誤嚥	
場所		④異食 ⑤食中毒	
事故発見者		⑥その他	
		( )	
7 事故発生時までの経緯(職員体制・利用者の状況)			
8 事故発生時の状況・・・利用者の状況・職員の対応状況(応急処置等)			
9 救急車の出動要請・協力医療機関医師への連絡・提携病院への搬送(該当を○で囲む)時刻			
令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分頃			
10 受診した医療機関名			
11 診断・治療の概要			
12 家族への連絡時刻 令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分頃			
13 事業所側連絡者		14 家族側連絡受者 続柄	
15 事故後の処理			
16 事故の原因(推測される事項)			
17 再発防止のための対策			
18 職員への周知方法			

教育・保育施設等における訪問看護実施受入書

年 月 日

様

所在地  
 名称  
 代表者職氏名

幸田町医療的ケア児在宅支援事業に基づき実施される訪問看護が、下記の在園(学)児童・生徒に対して当園(校)において実施されることを受入れます。

記

訪問看護事業所名		
児童・生徒	氏名	
	生年月日	
	住所	



## ■生活の様子

食 事		
経 口		
経 管		
水 分		
入 浴		
歯磨き・洗顔等		
外 出		
家 事		
金銭管理		
睡 眠		
福祉用具・自助具		
コ ミ ユ ニ ケ ー シ ヨ ン	周囲→ 本人	
	本人→ 周囲	
趣味関心、遊び こだわり		
環境の問題 音や温度、感覚の過 敏さなど		

## ■サービス利用状況

時刻区分／曜日	月	火	水	木	金	土	日
午 前							
午 後							
備 考							

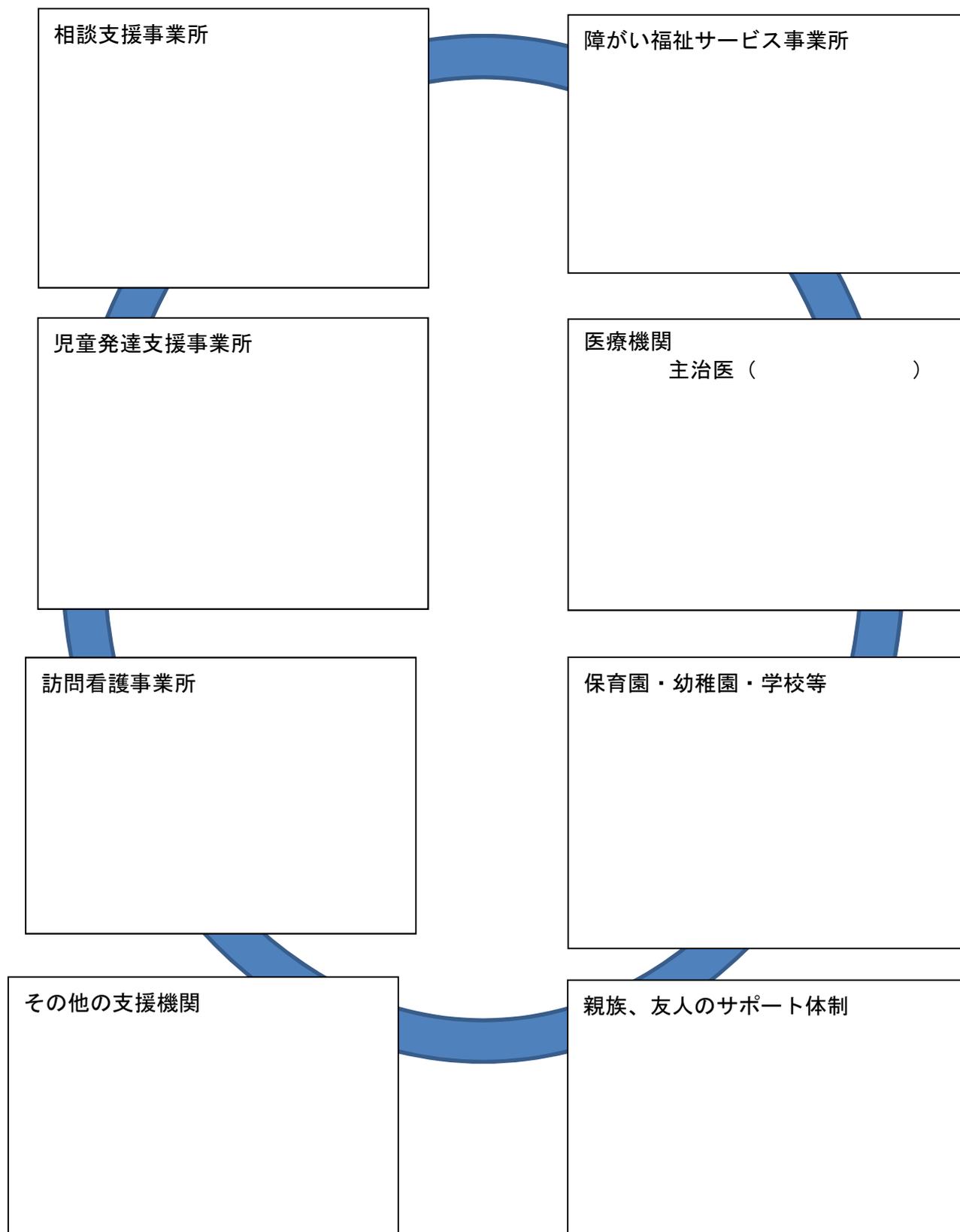
■ 1日の流れ（食事・水分補給・入浴・排泄・姿勢など）

時 間	内容 ①	内容 ②	備 考
1:00			
2:00			
3:00			
4:00			
5:00			
6:00			
7:00			
8:00			
9:00			
10:00			
11:00			
12:00			
13:00			
14:00			
15:00			
16:00			
17:00			
18:00			
19:00			
20:00			
21:00			
22:00			
23:00			
24:00			
<u>1日の流れ（特記事項）</u>			





■関わっている支援者のネットワーク資料



## 医療的ケアに関する同意書

- 1 医療的ケアを行う訪問看護ステーションの状況により、希望日数及び希望日に変更が生じる時は、協力します。
- 2 医療的ケアを行う訪問看護師が訪問できない日は、保護者で対応するか、登校、登園を控えます。また学校・園の行事や課外活動等は、原則保護者が医療的ケアを行います。
- 3 医療的ケアに関する個別対応票を提出し、学校・園と協力し児童の安全・安心な環境づくりに協力します。
- 4 医療的ケアの内容に変更・中止などが生じた場合は、速やかに学校・園に情報提供を行い、主治医の指示書（コピー可）、医療的ケアに関する個別対応票を提出します。
- 5 医療的ケアの実施に必要な医療器具・消耗品については、保護者の費用負担の上、準備・点検を行います。また、医療的ケアを行った際に発生する消耗品等の使用済物品は全て持ち帰ります。
- 6 主治医に対する診療報酬・文書料は、保護者で負担します。
- 7 学校・園で児童の体調に変化があり、保護者に連絡がつかない時は、学校・園が主治医、校医・園医、訪問看護事業所に連絡し、同機関の指示に従い対応することに了承します。  
また、児童の症状に急変が生じた場合は、救急車等で病院に搬送することに了承します。
- 8 児童の状態や医療的ケアの内容を、園医や関係機関と共有することを了承します。
- 9 その他、学校・園との間で取り決めた事項は遵守します。

令和 年 月 日

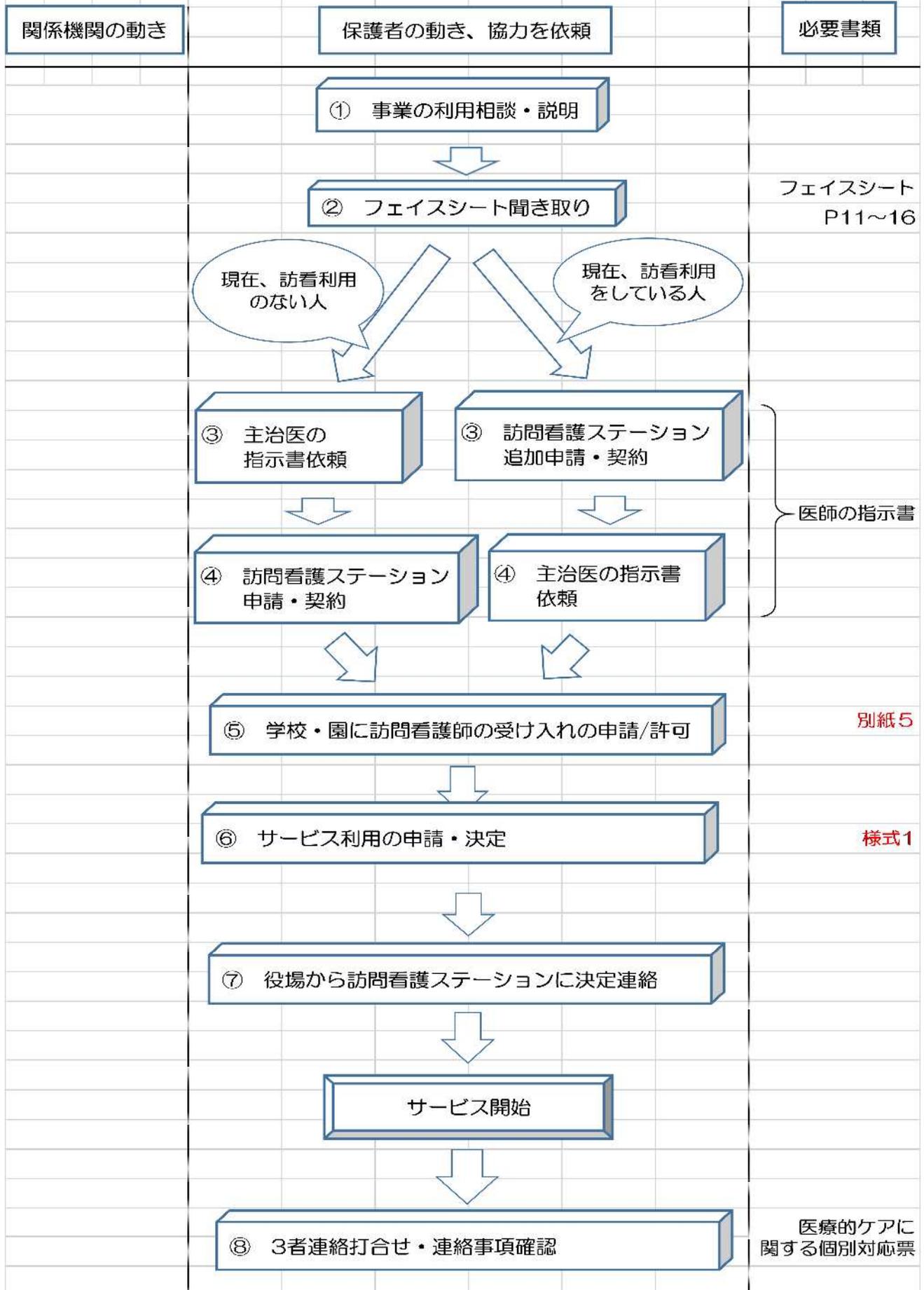
児童名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_

医療的ケアに関する個別対応表 保護者⇒園・学校に提出

児童氏名		園・学校名				
保護者氏名		学年・クラス名				
医療的ケアの内容						
実施場所						
実施時間						
必要物品、器具						
実施手順		留意事項				
注意してほしい症状及び緊急時の対応方法						
緊急連絡先	①		②		③	
	連絡先		連絡先		連絡先	
	氏名		氏名		氏名	
	続柄		続柄		続柄	
かかりつ医 ・主治医	病院名					
	医師名					
	連絡先					
訪問看護 ステーション	事業所名					
	担当者名					
	連絡先					
相談支援 事業所	事業所名					
	担当者名					
	連絡先					





### ○幸田町医療的ケア児在宅支援事業実施要綱

#### (目的)

第1条 この要綱は、医療的ケア児とその家族等の安心した暮らしを支援するために、その居宅又は教育・保育施設（子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号）第6条第4項に規定する教育・保育施設をいう。）、特定地域型保育事業所（同法第29条第3項第1号に規定する特定地域型保育事業所をいう。）、小学校及び中学校（以下「教育・保育施設等」という。）に医療的ケアを行うことのできる看護師を派遣する事業を実施することにより、もって医療的ケア児とその家族等の福祉の向上に資することを目的とする。

#### (定義)

第2条 この要綱において、「医療的ケア児」とは、次の各号に掲げるいずれかの医療的ケアを必要とする状態にあり、かつ、訪問看護（健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する訪問看護をいう。）を受ける18歳未満の者をいう。

- (1) 人工呼吸器管理
- (2) 気管切開（喉頭気管分離を含む。）
- (3) 経鼻咽頭エアウェイ
- (4) 酸素吸入
- (5) 喀痰吸引（口腔、鼻腔又は気管カニューレによるものとする。）
- (6) ネブライザー等による薬液の吸入
- (7) 中心静脈栄養
- (8) 経管栄養（胃ろう、腸ろう又は経鼻によるものとする。）
- (9) 腹膜透析
- (10) 導尿
- (11) 人工肛門・人工膀胱
- (12) 血糖測定・インスリン注射
- (13) 前各号に掲げるもののほか、町長が認める医師の指示による医療的ケア

#### (業務の内容)

第3条 事業の業務は、看護師及び医療的ケアを適切に行うことができる者として町長が認めるものを医療的ケア児の居宅又は教育・保育施設等に派遣し、当該医療的ケア児に係る医師の指示により、その必要とする医療的ケアその他療養上必要な行為を当該医療的ケア児の家族等に代わって行う業務とする。ただし、町長が認めたときは、看護師のみを派遣することにより業務を行うことができる。

2 町は、前項に規定する派遣を、医療的ケア児1人につき月2回を限度とし、1回当たり30分以上240分以下の範囲内で30分を単位として行うものとする。

3 町は、前項の規定にかかわらず、教育・保育施設等に派遣する場合において、必要とする医療的ケアが比較的短時間で、かつ、定時に行うことができるときは、医療的ケア児が登校又は通園をする日につき1回を限度として行うことができるものとする。

#### (実施主体)

第4条 事業の実施主体は、幸田町とする。ただし、町長は、第6条から第11条までの規定に関するものを除き、前条の業務の全部又は一部を、訪問看護事業所（健康保険法第89条第1項に規定する訪問看護事業所をいう。）のうち当該業務を適切に行うことができると認めるものに委託することができる。

（対象者）

第5条 事業を利用することができる者は、町内に住所を有し、かつ、現に医療的ケア児を保護し、又は介護する家族等とする。

（利用の申請）

第6条 事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、幸田町医療的ケア児在宅支援事業利用申請書（様式第1号）に幸田町医療的ケア児在宅支援事業医師指示書（様式第2号）を添えて町長に提出しなければならない。この場合において、申請者は、特に町長が採用する保育士又は保健師の派遣を求めるときは、同時にその旨を申し出るものとする。

2 町長は、申請者に対し、前項に規定する書類のほか事業の利用の決定に関し必要な書類の提出を求めることができるものとする。

（利用の決定等）

第7条 町長は、前条の規定による申請があった場合は、その内容を審査し、事業の利用を決定するときは幸田町医療的ケア児在宅支援事業利用決定通知書（様式第3号）により、却下するときは幸田町医療的ケア児在宅支援事業利用却下通知書（様式第4号）により当該申請者に通知するものとする。

2 町長は、第4条の規定により業務を委託した場合には、前項の規定により利用の決定をした申請者及びその医療的ケア児に関する必要な情報を、その受託者に通知するものとする。

（現況報告）

第8条 前条第1項の規定により利用の決定を受けた申請者（以下「利用者」という。）は、毎年7月1日から7月31日までの間において、当該医療的ケア児の現況を幸田町医療的ケア児在宅支援事業医師指示書により町長に報告しなければならない。

（利用の変更等）

第9条 利用者は、当該決定を受けた事業の利用を変更（終了を含む。）しようとする場合は、あらかじめ、幸田町医療的ケア児在宅支援事業利用変更（終了）届出書（様式第5号）を町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の規定による届出があった場合は、その内容を審査し、当該利用の決定を変更し、又は終了するときは、幸田町医療的ケア児在宅支援事業利用変更（終了）通知書（様式第6号）により当該利用者に通知するものとする。

（決定の取消し）

第10条 町長は、利用者が第5条に規定する対象者でなくなった場合には、当該利用の決定を取り消すことができる。

（雑則）

第11条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和元年10月1日から施行する。

附 則（令和2年第33号）

この要綱は、令和2年5月1日から施行する。

附 則（令和 3 年第 28 号）

この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

幸田町医療的ケア児在宅支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先）幸田町長

幸田町医療的ケア児在宅支援事業の利用について、次のとおり申請します。

対象となる医療的ケア児	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
	主たる疾患（障害）名			
	身体障害者手帳	級	療育手帳	
	身体機能	※該当する状況に○をしてください。 1 寝たきり 2 支えられて座位がとれる 3 自力で座位がとれる 4 歩行に一部障害がある 5 自力で歩行できる。		
	医療的ケアの状況	※該当する項目全てに○をしてください。 1 人工呼吸器 2 気管切開 3 経鼻咽頭エアウェイ 4 酸素吸入 5 喀痰吸引 6 薬液吸入（ネブライザー等） 7 中心静脈栄養 8 経管栄養 9 腹膜透析 10 導尿 11 人工肛門・人工膀胱 12 血糖測定・インスリン注射 13 その他（ ）		
	けいれん	無・有（頻度： ） 抗けいれん剤（毎日・必要時）		
	主治医の氏名		医療機関名	
	現在利用し、指定する訪問看護事業所			
町長が採用する保育士又は保健師の派遣希望	無・有（氏名： ）			

※保護者の方を申請者とし、以下を記入してください。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	

以下の項目を確認し了承の場合は、□欄にレ印をつけてください。

- 本事業の利用について主治医及び利用希望する訪問看護事業者に事前に承諾を得ていること。
- 必要に応じて、町の担当職員が訪問看護事業者等から本事業に係る医師の指示書（写し）を徴すること。

幸田町医療的ケア児在宅支援事業医師指示書

標記事業の利用は差し支えありませんので、下記のとおり指示いたします。

指示期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）

フリガナ		男	生年月日	年 月 日生( 歳)
氏名		女		
住所				
保護者氏名		電話番号		
主たる疾患（障害）名				
現在の心身状況（該当項目に〇、空欄等は必要事項を記入）	病状・治療状態			
	投薬中の薬剤の用量・用法	1 3 5	2 4 6	
	身体機能	1 寝たきり 2 支えて座位 3 自立座位 4 障害歩行 5 歩ける		
	意思疎通	1 全くできない 2 表情で確認 3 動作で確認 4 言語で可能		
	医療的ケアの状況	1 人工呼吸器(換気経路：鼻マスク 気管切開 気管内挿管) (使用時間：常時 夜間のみ その他( )) (設定： ) 2 気管切開(カニューレサイズ： ) 3 経鼻咽頭エアウェイ 4 酸素療法(流量 1/分) 5 喀痰吸引(口鼻腔 経気管) 6 薬液吸入(ネブライザー等) 7 中心静脈栄養 8 経管栄養(経鼻 胃ろう 腸ろう：サイズ ) (注入ポンプ使用：有 無 ) 9 腹膜透析 10 導尿(間欠的 接続的 サイズ： ) 11 人工肛門・人工膀胱 12 血糖測定・インスリン注射 13 その他( )		
	けいれん	無・有(頻度： ) 抗けいれん剤(毎日・必要時)		
訪問看護実施上の留意事項及び指示内容				
I 日常生活援助上の留意事項 (無呼吸やけいれん時の対応、易骨折状態等、特に留意すべき点について御教示ください。)				
II おおむね4時間の見守りを内容とする訪問看護実施上の医師行為に関する指示 1 呼吸管理 人工呼吸器管理 たんの吸引(気管切開 気管内チューブ 口鼻腔 ) 酸素吸入 薬液吸入 排痰補助装置による排痰 その他( ) 2 栄養管理 栄養剤等注入 胃ろうチューブ抜去時の対応( ) その他( ) 3 排泄管理 膀胱留置カテーテルの管理 導尿 その他( ) 4 その他 ( )				
緊急時の連絡先 不在時の対応法				
特記事項 (重度のてんかん等訪問看護師によるケアが必要な場合、薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、感染症等があれば記載してください。)				

※ 太枠内を記入の上、医師にお渡しください。

年 月 日

医療機関名  
所在地  
電話番号  
医師氏名



第 号  
年 月 日

（申請者） 様

幸田町長 印

幸田町医療的ケア児在宅支援事業利用決定通知書

年 月 日付で申請のありました幸田町医療的ケア児在宅支援事業の利用について、次のとおり利用を認めます。

対象となる 医療的ケア児	氏 名	
	住 所	
利 用 者	氏 名	
	住 所	
利用事業所	事業所名	
	所在地	
	職 種	看護師 ・ 理学療法士 ・ 言語聴覚士 作業療法士 ・ 保育士

次の事項に該当する場合は、速やかに届け出ください。

- 1 上記の内容を変更しようとするとき。
- 2 利用事業所の利用を終了しようとするとき。
- 3 幸田町外に転出したとき。

第 号  
年 月 日

（申請者） 様

幸田町長 印

幸田町医療的ケア児在宅支援事業利用却下通知書

年 月 日付けで申請のありました幸田町医療的ケア児在宅支援事業の利用については、次の理由により却下します。

対象となる 医療的ケア児	
申請者	
却下の理由	

備考

- 1 この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、幸田町長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この決定については、上記1の審査請求のほか、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、幸田町を被告として（訴訟において幸田町を代表する者は幸田町長となります。）、この決定の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、この決定の取消しの訴えは、その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か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることやこの決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

幸田町医療的ケア児在宅支援事業利用変更（終了）届出書

年 月 日

（宛先）幸田町長

（利用者）

住 所

氏 名

印

幸田町医療的ケア児在宅支援事業の利用について、次のとおり届け出ます。

対象となる 医療的ケア児	氏 名	
	住 所	
利 用 者	氏 名	
	住 所	

1 変更

変更する項目		変更後
対象となる 医療的ケア児	<input type="checkbox"/> 氏 名	
	<input type="checkbox"/> 住 所	
利 用 者	<input type="checkbox"/> 氏 名	
	<input type="checkbox"/> 住 所	
利 用 事 業 所	<input type="checkbox"/> 事業所名	
	<input type="checkbox"/> 所在地	

2 終了

終了年月日	年 月 日
終了理由	<input type="checkbox"/> 町外に転出する。 <input type="checkbox"/> その他（以下に理由を記載してください。）

第 号  
年 月 日

（申請者） 様

幸田町長 印

幸田町医療的ケア児在宅支援事業利用変更（終了）通知書

年 月 日付けで決定しました幸田町医療的ケア児在宅支援事業の利用については、次のとおり変更（終了）します。

1 変更

変更する項目		変更後
対象となる 医療的ケア児	氏 名	
	住 所	
利 用 者	氏 名	
	住 所	
利 用 事 業 所	事業所名	
	所在地	

2 終了

終了年月日	年 月 日
終了理由	

---

---

発 行：愛知県幸田町健康福祉部福祉課  
所 在 地：〒444-0192  
愛知県額田郡幸田町大字菱池字元林 1 番地 1  
電 話：0564-62-1111(代表)  
ファックス：0564-63-5139  
メールアドレス：fukushikaigo@town.kota.lg.jp

---

---