

# 福岡市医療的ケア児等受入指定園実施要綱

## (趣旨)

第1条 この要綱は、福岡市医療的ケア児等受入指定園事業（保育所等において、医療的ケア児及び重度障がい児を常時受け入れる体制を整備することをいう。）の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

## (目的)

第2条 事業は、医療的ケア児及び重度障がい児（以下「医療的ケア児等」という。）の安定的な保育の受皿を確保するため、常時受け入れをできる保育所等を民間に拡充することで、全ての家庭が安心して子どもを生み育てられる環境づくりを進めるとともに、子どもたちが互いの違いを認め合いながら、共に育つ地域社会を目指すことを目的とする。

## (定義)

第3条 この要綱に定める用語の定義は、福岡市特別支援保育事業実施要綱及び福岡市特別支援保育事業実施要綱細則によるもののほか、当該各号に定めるところによるものとする。

- (1) 常時 開所時間中において継続的に確保されている状態をいう。
- (2) 受け入れ体制 人的配置、設備及び医療連携を含め、医療的ケア児等を安全に受け入れるための総合的な体制をいう。
- (3) 重度障がい児 福岡市特別支援保育事業実施要綱第5条第1項の規定により支援区分4の決定を受けた者をいう。
- (4) 重度障がい児受入加配保育士 保護者や関係機関との連携、園の環境設定等、重度障がい児を受け入れるためコーディネーターとしての中心的役割を担う保育士（児童福祉法第18条の4に規定する保育士）をいう。

## (実施主体)

第4条 この事業の実施主体は保育所等の設置者（以下「事業実施者」という。）とする。

## (指定園の役割)

第5条 事業を実施する保育所等（以下「指定園」という。）は、次の各号に掲げる役割を実施するものとする。

- (1) 医療的ケア児等の受け入れ体制を確保し、安全確保が困難な場合その他やむを得ない場合を除き、正当な理由なく受け入れを拒まないこと。

- (2) 保育所等の利用を検討している医療的ケア児等の保護者の見学や相談に応じること。
- (3) 他の保育所等に対する助言や指定園間の連携その他の医療的ケア児等の受入れ推進活動を実施するよう努めること。

(指定園の要件)

第6条 事業実施者は指定園として、次の各号に掲げる要件を全て満たすものとする。なお、計画段階において要件を満たす見込みがある場合を含むものとする。

- (1) 医療的ケア児を2名以上受け入れられる体制をとること。
  - (2) 必要に応じて、2名以上の看護師等（保健師、看護師又は准看護師の免許証を有する者）を配置すること。
  - (3) 重度障がい児を1名以上受け入れられる体制をとること。
  - (4) 必要に応じて、1名以上の重度障がい児受入加配保育士を配置すること。
  - (5) 医療的ケア児等の保育に必要な知識及び技術の習得、維持及び向上を図ること。
  - (6) 福岡市医療的ケア児等受入指定園として、福岡市のホームページ等で公表することに承諾すること。
- 2 ただし、やむを得ない事情により一時的に要件を満たさない場合であつて、速やかに是正措置を講じていると市長が認めるときは、この限りでない。

(事業の認定)

第7条 事業実施者は、公募により募集する。

- 2 事業実施者は、事業の実施を希望する場合には、市長が定める期日までに、「福岡市医療的ケア児等受入指定園事業実施申請書（様式第1号）」を市長に提出しなければならない。
- 3 市長は、前項の申請があつたときは、審査の上、本事業の実施を認定するものとする。なお、市長は、必要に応じて、実地調査を行うことができる。
- 4 市長は、前項の規定により本事業の実施を認定したときは、事業実施者に対し、「福岡市医療的ケア児等受入指定園事業認定通知書（様式第2号）」により通知するものとする。
- 5 市長は、事業の実施を認定しなかつたときは、その旨を事業実施者に対し、「福岡市医療的ケア児等受入指定園事業不認定通知書（様式第3号）」により、その理由を付して通知するものとする。

- 6 市長は、第3項の認定を行うに当たって、必要があると認めるときは、福岡市特別支援保育事業実施要綱第6条に定める福岡市特別支援保育協議会の委員から意見を聴くことができる。

(事業実施内容の変更)

第8条 事業実施者は「福岡市医療的ケア児等受入指定園事業実施申請書(様式第1号)」の内容に変更が生じたときは、「福岡市医療的ケア児等受入指定園事業変更届(様式第4号)」により、速やかに市長に届け出なければならない。ただし、軽微な変更については、この限りでない。

- 2 市長は、前項の届出があった場合において、その内容を確認し、必要があると認めるときは、事業実施者に対し、確認の結果を「福岡市医療的ケア児等受入指定園事業内容変更認定通知書(様式第5号)」により通知するものとする。

(事業の是正指導と認定取消)

第9条 市長は、当該指定園が第6条の要件を満たさなくなつたと認めるときは、必要に応じて期限を定めて是正を求めることができる。

- 2 市長は、前項による是正が認められないときは、認定の取り消しができるものとし、認定を取り消した場合は事業実施者に対し、「福岡市医療的ケア児等受入指定園事業認定取消通知書(様式第6号)」により、その理由を付して通知するものとする。
- 3 第1項の規定によらず、事業の認定日が属する年度の翌年度の3月31日まで医療的ケア児等の受入れの実績がない場合は、市長は、認定の取り消しができるものとし、事業実施者に対し、前項に規定する方法により通知するものとする。ただし、受入れの申込みがなかった場合その他やむを得ない理由があるときは、この限りでない。

(補則)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、こども未来局長が定める。

附 則

この要綱は、令和8年6月1日から施行する。

[ ]

福岡市医療的ケア児等受入指定園事業実施申請書

年 月 日

(宛先)福岡市長

所在地

設置主体名

代表者の職・氏名

福岡市医療的ケア児等受入指定園事業を実施したいので、下記のとおり申請します。

1 実施施設名称等

Table with 2 columns: 施設名称, 所在地, 施設種別, 駐車場の有無, エレベーターの有無, 保育室の配置. Includes checkboxes for various facility types and options.

2 事業実施内容

Table for business implementation content. Includes sections for '医療的ケアを担当する職員' and '重度障がい児受入れを担当する職員' with columns for job type, name, and work status.

※「職員氏名」欄に、その職種に係る資格の登録番号を記載し、資格証の写し及び職歴を別紙で添付すること。

※必要に応じて欄を追加すること。

※その他、市長の求めに応じて、事業の実施に係る計画書等を別紙で添付すること。

(担当者)

職氏名

連絡先

(裏面あり)

3 医療的ケア児及び施設の状況

○ 在園児数及び医療的ケア児等の内数（ 年 月 日時点）

在園児数	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児
	医療的ケア児					
重度障がい児						

※重度障がい児は、福岡市特別支援保育事業実施要綱第5条第1項の規定により支援区分4の決定を受けた者をいう。

○ 職員数（ 年 月 日時点）

	施設長	保育士	保育補助	看護職員	栄養士	調理員	その他	合計
常勤職員 (直接雇用)								
非常勤職員 (直接雇用)								
委託職員等								
合計								

○ 医療的ケア児 受入実績（申請時点）

受入実績がある

受入児童数	年度	年度	年度	
過去に対応したことがある医療的ケア	経管栄養	<input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他( )) 注入方法( <input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イルリガートル)		
	吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 経鼻エアウェイ内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内		
	導尿	<input type="checkbox"/> 間欠的導尿 <input type="checkbox"/> 持続的導尿		
	排便管理	<input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 洗腸 <input type="checkbox"/> 浣腸		
	人工呼吸器管理	<input type="checkbox"/> 非侵襲的人工呼吸(NPPV) <input type="checkbox"/> 気管切開下陽圧人工呼吸(TPPV)		
	酸素療法	<input type="checkbox"/> 酸素カニューレ <input type="checkbox"/> 酸素マスク		
	血糖管理	血糖測定( <input type="checkbox"/> 持続自己血糖測定器 <input type="checkbox"/> 血糖自己測定器) <input type="checkbox"/> インスリン注入( <input type="checkbox"/> ポンプ <input type="checkbox"/> ペン型) <input type="checkbox"/> その他( )		
	投薬	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管注入 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> その他( )		
その他				

※過去に対応したことがある医療的ケアの□にレ点を入れてください。

受入実績がない

認定要件確認欄: □にレ点を入れてください。(※事業開始希望日における見込み含む)

- 医療的ケア児を2名以上受け入れられる体制をとっている。
- 必要に応じて、2名以上の看護師を配置している。
- 重度障がい児を1名以上受け入れられる体制をとっている。
- 必要に応じて、1名以上の重度障がい児受入加配保育士を配置している。
- 医療的ケア児等の保育に必要な知識及び技術の習得、維持及び向上を図っている。
- 福岡市医療的ケア児等受入指定園として、福岡市のホームページ等での公表を承諾する。

様式第2号

福岡市医療的ケア児等受入指定園事業認定通知書

第 号  
年 月 日

様

福岡市長 印

年 月 日付で申請がありました福岡市医療的ケア児等受入指定園事業について、  
下記のとおり認定したので通知します。

記

- 1 事業名 福岡市医療的ケア児等受入指定園事業
- 2 施設名
- 3 認定条件  
(1) 福岡市医療的ケア児等受入指定園実施要綱の定めを遵守すること。

以上

様式第3号

福岡市医療的ケア児等受入指定園事業不認定通知書

第 号  
年 月 日

様

福岡市長 印

年 月 日付で申請がありました福岡市医療的ケア児等受入指定園事業について、  
下記のとおり不認定としたので通知します。

記

- 1 事業名 福岡市医療的ケア児等受入指定園事業
- 2 施設名
- 3 不認定理由

以上

--

### 福岡市医療的ケア児等受入指定園事業変更届

年 月 日

(あて先)福岡市長

所在地

設置主体名

代表者の職・氏名

年 月 日付 第 号で認定を受けました福岡市医療的ケア児等受入指定園事業の実施内容に変更が生じたため、下記のとおり届け出ます。

1 実施施設名称等

施設名称			
所在地	〒 - -	TEL 092-	-
	福岡市	区	
施設種別	<input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 小規模保育事業		

2 事業実施内容

事業変更希望日	年 月 日		
医療的ケアを担当する職員			
職 種	(ふりがな) 職員氏名	勤務状況	
<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師		現施設雇用開始年月日	年 月 日
		1日の労働時間数(a) (休憩除く)	時間/日
		1か月あたりの勤務日数 (又は週の勤務日数×4) (b)	日/月
		1か月の労働時間数(a×b)	時間/月
		(登録番号: )	( )
<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師		現施設雇用開始年月日	年 月 日
		1日の労働時間数(a) (休憩除く)	時間/日
		1か月あたりの勤務日数 (又は週の勤務日数×4) (b)	日/月
		1か月の労働時間数(a×b)	時間/月
		(登録番号: )	( )
重度障がい児受入れを担当する職員			
職 種	(ふりがな) 職員氏名	勤務状況	
<input type="checkbox"/> 保育士		現施設雇用開始年月日	年 月 日
		1日の労働時間数(a) (休憩除く)	時間/日
		1か月あたりの勤務日数 (又は週の勤務日数×4) (b)	日/月
		1か月の労働時間数(a×b)	時間/月
		(登録番号: )	( )

※「職員氏名」欄に、その職種に係る資格の登録番号を記載し、資格証の写し及び職歴を別紙で添付すること。

※必要に応じて欄を追加すること。

※変更の場合は( )内に変更内容を明記すること。

※その他、市長の求めに応じて、事業の変更に係る計画書等を別紙で添付すること。

(担当者)

職氏名

連絡先

---



---

様式第 5 号

福岡市医療的ケア児等受入指定園事業内容変更認定通知書

第 号  
年 月 日

様

福岡市長 印

年 月 日付で届出がありました福岡市医療的ケア児等受入指定園事業の内容変更について、下記のとおり認定したので通知します。

記

- 1 事業名 福岡市医療的ケア児等受入指定園事業
- 2 施設名
- 3 変更の内容
- 4 認定条件
  - (1) 福岡市医療的ケア児等受入指定園実施要綱の定めを遵守すること。

以上

様式第6号

福岡市医療的ケア児等受入指定園事業認定取消通知書

第 号  
年 月 日

様

福岡市長 印

年 月 日付 第 号で通知した福岡市医療的ケア児等受入指定園事業の認定について、下記のとおり認定を取り消したので通知します。

記

- 1 事業名 福岡市医療的ケア児等受入指定園事業
- 2 施設名
- 3 取消理由

以上