

令和7年度 横浜市医療的ケア児サポート保育園事業実施申請書

令和 ● 年 ● 月 ● 日

横浜市こども青少年局長

所在地 横浜市○○区○○町○丁目○番地○号

設置主体名 ○○法人 ○○

代表者職氏名 ○○ ○○

横浜市医療的ケア児サポート保育園事業実施要綱に基づく横浜市医療的ケア児サポート保育園事業実施申請書を提出します。

1 実施施設名称等

Table with 2 columns: 施設名称 (○○保育園), 所在地 (〒○○○-○○○○ TEL 045-○○○○-○○○○ 横浜市○○区○○町○丁目○番地○号), 施設種別 (☑ 保育所, ☐ 認定子ども園, ☐ 小規模保育事業), 駐車場の有無 (☑ 駐車場あり(3台), ☐ 駐車場なし)

2 事業実施内容

Table with 3 columns: 事業開始希望日 (令和7年4月1日), 医療的ケアを担当する職員 (職種, 職員氏名, 勤務状況). Includes staff details for 横濱 太郎 and 横濱 花子.

注1「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。

(担当者)

職氏名 園長 ●● ●●

連絡先 045-●●●-●●●●

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数（令和7年4月1日予定）

※申請時点での予定人数をご記載ください。

| 在園児数 (人) | 0歳児 | 1歳児 | 2歳児 | 3歳児 | 4歳児 | 5歳児 |
|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | 3人 | 10人 | 11人 | 12人 | 12人 |
| うち医ケア児 | 0人 | 0人 | 0人 | 1人 | 0人 | 1人 |

○ 職員数（令和7年4月1日予定）

※申請時点での予定人数をご記載ください。

| | 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) | 1人 | 15人 | 0人 | 2人 | 2人 | 0人 | 1人 | 21人 |
| 非常勤職員 (直接雇用) | 0人 | 5人 | 2人 | 0人 | 0人 | 1人 | 0人 | 8人 |
| 委託職員等 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 合計 | 1人 | 20人 | 2人 | 2人 | 2人 | 1人 | 1人 | 29人 |
| | | | | | | | 総職員数 | 58人 |

○ 直接雇用看護職員の貴法人勤務年数（貴法人内の他園での勤務年数を含む）

| | 1年未満 | 1～5年 | 5～10年 | 10年以上 | 合計 |
|-------|------|------|-------|-------|----|
| 常勤職員 | 0人 | 1人 | 1人 | 0人 | 2人 |
| 非常勤職員 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |

○ 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 | 令和4年度 | 1人 | 令和5年度 | 1人 | 令和6年度 | 2人 |
|-------------------|-------|---|-------|----|-------|----|
| 過去に対応したことがある医療的ケア | 経管栄養 | <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養(<input checked="" type="checkbox"/> 経鼻 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他()) 注入方法(<input checked="" type="checkbox"/> シリンジ <input checked="" type="checkbox"/> イルリガートル) | | | | |
| | 吸引 | <input checked="" type="checkbox"/> 口腔内 <input checked="" type="checkbox"/> 咽頭・喉頭部 <input type="checkbox"/> 経鼻気管内 <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開 <input checked="" type="checkbox"/> 気管カニューレ・経鼻咽頭エアウェイ内 | | | | |
| | 導尿 | <input checked="" type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 自己導尿の補助・援助 | | | | |
| | 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"/> インシュリン注入(<input type="checkbox"/> ポンプ <input type="checkbox"/> ペン型) <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| | 酸素療法 | <input type="checkbox"/> 酸素カヌラ <input type="checkbox"/> 酸素マスク | | | | |
| | 投薬 | <input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input checked="" type="checkbox"/> 注入 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> その他() 注入方法(<input checked="" type="checkbox"/> 水に溶く <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろうより注入) | | | | |
| その他 | | | | | | |

※ 過去に対応したことがあるケアの□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)

- 常時、医療的ケア児を1人以上受入れられる体制をとっている。
- 複数の看護職員を配置している。
- 複数の看護職員のうち直接雇用(100時間以上/月)を1人以上配置している。
- 認定後は医療的ケア研修などの研修を受講し、対応できる医療的ケアを増やす意向がある。
- 認定後は高度な医療的ケアへの対応に向けて、スキルアップを図る意向がある。
- 医療的ケア児サポート保育園として、横浜市ホームページ等で公表されることに承諾する。