

令和 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 横浜市〇〇区〇〇町〇丁目〇番地〇号
設置主体名 〇〇法人 〇〇
代表者職氏名 〇〇 〇〇

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

施設名称	〇〇保育園		
所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 045- 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 横浜市 〇〇 区 〇〇町〇丁目〇番地〇号		
施設種別	<input checked="" type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 小規模保育事業		
駐車場の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 駐車場あり (3台) <input type="checkbox"/> 駐車場なし		

2 事業実施内容

事業開始希望日	令和 8 年 3 月 1 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 checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師または助産師 <input type="checkbox"/> 准看護師	よこはま たろう	現施設雇用開始年月日	平成29年4月1日
	横浜 太郎	1日の労働時間数(a) (休憩除く)	8 時間/日
		1か月あたりの勤務日数 (又は週の勤務日数×4) (b)	20 日/月
	(登録番号:第〇〇〇〇〇〇〇号)	1か月の労働時間数(a×b)	160 時間/月
<input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師または助産師 <input type="checkbox"/> 准看護師	よこはま はなこ	現施設雇用開始年月日	令和4年4月1日
	横浜 花子	1日の労働時間数(a) (休憩除く)	6 時間/日
		1か月あたりの勤務日数 (又は週の勤務日数×4) (b)	12 日/月
	(登録番号:第〇〇〇〇〇〇〇号)	1か月の労働時間数(a×b)	72 時間/月
<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師または助産師 <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
	(登録番号:)	1か月の労働時間数(a×b)	時間/月
<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師または助産師 <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
	(登録番号:)	1か月の労働時間数(a×b)	時間/月

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8年3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	12人
うち医療的ケア児	0人	0人	0人	1人	0人	1人

○ 職員数（令和8年3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3年度	1人	令和4年度	1人	令和5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"/> 酸素カヌーラ <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、横浜市のホームページ等で公表されることに承諾する。