

施設名	
-----	--

## 医療的ケア児の計画（看護体制表）

児童名	
適用年月日（保護者との確認日）	

定例的なスケジュール

		月	火	水	木	金	土	その他注記 (大阪市の助成対象 外担当者氏名等)
保育必要時間帯		～	～	～	～	～	～	
時間帯	行為	担当看護師等 (医療行為等に従事するすべての担当者を記載してください)						
7 時～								
8 時～		<div>記載例のとおり、施設側が申請画面上の「医療的ケア児の計画（看護体制表）」欄に添付されていますので、入力してきた内容を確認します。 保育必要時間帯に入力された時間に「行為」「担当看護師等」の入力があるかを確認します。その他注記欄は、専任看護師等以外で対応している職員名（ex：事故予防看護師等の担当者名や特別支援事業担当職員名）が入ります。その他注記欄に担当者名が無くても問題ありません。 ※「行為」は施設がエクセルシート内でプルダウンして選びます。 ※「担当看護師等」はkintoneの各施設レコードごとに閲覧できる「月報」のデータから「【補助金】医療的ケア対応看護師体制強化」と同じ氏名の職員が搭載されているか確認してください。</div>						
9 時～								
10 時～								
11 時～								
12 時～								
13 時～								
14 時～								
15 時～								
16 時～								
17 時～								
18 時～								
19 時～								
20 時～								

※ 当該計画について、保護者と協議し確認をしたものを添付すること。計画に大幅な変更を生じた場合は、その都度作成すること。

※ 各施設において、保護者との調整に使用した計画書がある場合は、それらを本様式の代わりとして提出することができるが、本様式に定める項目を充足していること。