

足立区医療的ケア児の
保育所等受け入れガイドライン

第2版

令和5年3月

足立区教育委員会子ども家庭部

はじめに

医療技術の進歩等に伴い、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な子ども（以下、「医ケア児」という。）が在宅で生活できる可能性が広がってきました。同時に児童福祉法の改正（平成28年）および保育所保育指針の改定（平成29年）に伴い、医ケア児の支援に対する自治体の努力義務が課せられました。

医ケア児が日常生活を営むためには、日常的な医療的ケアと医療機器による支援が必要であり、安心して必要な支援を受けるためには医療、福祉をはじめとした関係機関が緊密に連携して対応していくことが求められています。

また、保護者の就労支援として教育・保育施設等（以下、「保育所等」という。）で医療的ケアを提供する場合、医ケア児への安全な医療的ケアの実施と、教育・保育時間中における医ケア児の体調変化に対する園（職員）の見守り・気づき、迅速な対応等が必要です。

足立区では、平成29年度よりモデルケースとして受け入れた実践を検証し、「足立区医療的ケア児の保育所等受入ガイドライン」を策定しました。

令和2年10月

目 次

第1	基本的事項	
1	受け入れの要件	1
2	医療的ケアの内容	1
3	対象	1
4	受け入れ体制	1
第2	医療的ケア児の入所までの手続き	2
1	入園相談	2
2	医療的ケア児等支援委員会	2
3	保育の入所選考	3
4	入所に必要となる確認書類について	3
第3	医療的ケアの継続等について	4
1	医療的ケアの継続について	4
2	受け入れ後における医療的ケアの内容変更について	4
3	年度途中で新規の医療的ケアの申請があった場合	4
第4	指定園での受入れについて	5
1	医療的ケアの実施者について	5
2	医療的ケアの安全実施体制について	5
3	緊急時の対応	5
第5	保護者の了承事項	5
1	保育利用について	5
2	緊急時及び災害時の対応等	5
3	情報の共有等	6
4	その他	6

【 様 式 】

1 相談様式

様式 1 - 1	医療的ケア児面接記録票	7
様式 1 - 2	同意書（医療的ケア児保育説明）	10

2 医療的ケア児等支援委員会に必要な申請書類等

様式 2	医療的ケア児等支援委員会申請書	11
様式 3 - 1	診療情報提供書.....	12
様式 3 - 2	診療情報提供書（保育のめやす）	14
様式 4	区立保育園で医療的ケアを必要とする児童の保育に関する 同意書.....	16

3 医療的ケア児等支援委員会の結果のお知らせ等

様式 5	医療的ケア児等支援委員会 利用確認書	17
様式 6 - 1	医療的ケア児等支援委員会の結果のお知らせ	18
様式 6 - 2	医療的ケア児等支援委員会の結果のお知らせ（継続） ...	19
様式 6 - 3	医療的ケア児等支援委員会の結果のお知らせ（不可） ...	20

4 指定園の入所に必要となる確認書類等

様式 7 - 1	足立区立保育園における医療的ケアについて	21
様式 7 - 2	足立区立保育園における医療的ケアについて（継続） ...	22
様式 8	医療的ケア指示書	23
様式 9	医療的ケア実施承諾書兼依頼書	25
様式 10	医療的ケア終了届	26

第1 基本的事項

1 受け入れの要件

- (1) 保護者が就労や病気等の事情により、日中、保育ができない期間に限って保護者に代わりお子さんを保育する必要があること。
- (2) 保育所等における集団保育が可能であり「足立区医療的ケア児等支援委員会」(以下、「委員会」という。)において、医療的ケアの実施を認められること。

2 医療的ケアの内容

以下の行為の実施を基本とする。

- (1) 経管栄養(経鼻・胃ろう)
- (2) 導尿
- (3) 痰(たん)吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部)
- (4) 血糖値測定・インスリン注射

3 対象

以下の要件を満たしていること。

- (1) 2に記載する医療的ケアを必要とする児童であること
- (2) 主治医より集団保育が可能であると判断を受けており、当該年度の4月1日時点で、1歳の誕生日を迎えている児童であること。
- (3) 申請する医療的ケアが実施から1年を経過し、日常生活の一部として定着していること。

4 受け入れ体制

- (1) 受け入れ時期は、4月1日入所を基本とする。
但し、年度途中での申請については、医療的ケア児受け入れの要件を満たせば、委員会の確認を以って入所(入所の申請)を可能とする。
- (2) 実施園は、指定園5園とし、園内での実施とする。
 - ア 上沼田保育園
 - イ 東綾瀬保育園
 - ウ 千住あずま保育園
 - エ 中島根保育園
 - オ 大谷田第一保育園
- (3) 受け入れ人数は、各園原則2名とする。
- (4) 保育を行う日及び時間は、「委員会」の結果に基づき、平日(月～金曜日)の1日8時間(午前8時30分～午後4時30分)を原則とする。

第2 医療的ケア児の入所までの手続き

医療的ケア児の入所までの手続きは、次のとおりとする。

1 入園相談

- (1) 保護者からの対象児の入園に関する相談は、こども支援センターげんき支援管理課に所属する医療的ケア児コーディネーターが対応する。
- (2) 医療的ケア児コーディネーター（以下、「医ケアCO」という）とは以下をいう。
 - ア 医療的ケア児等の支援を総合調整する「総合支援専門員」である。
 - イ 「総合支援専門員」の認定については、東京都医療的ケア児コーディネーター養成研修受講が必須である。修了証書の交付を受けた者を医ケアCOと呼ぶ。
 - ウ こども支援センターげんき支援管理課にその所管を設置、看護師の係長級を配置し、保育園に在籍する医ケアCOを統括する（以下、「統括医ケアCO」という）。
- (3) 本ガイドラインに基づいて、受け入れの手続きや保育環境、医療的ケアの実施内容等について保護者に説明を行う。
- (4) 「医療的ケア児面接記録票」様式 1 に基づき、保育が必要な家庭の状況や児童の様子、生活の状況、医療的ケアの内容等について聞き取りを行う。
- (5) 委員会申請に必要な書類の説明を行う。その際、文書作成料は保護者負担であることを説明する。

委員会申請に必要な書類は以下のとおりである。

 - ア 「医療的ケア児等支援委員会申請書」様式 2
 - イ 「診療情報提供書」様式 3-1 様式 3-2
 - ウ 「区立保育園で医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書」
様式 4

2 医療的ケア児等支援委員会

足立区医療的ケア児等支援委員会設置要綱に基づき「委員会」を開催する。

- (1) 対象児の集団保育の可否とともに、保育の利用等に関する条例第6条第2号の規定に該当しない旨の利用確認を行うために委員会を設置する。
- (2) 委員会の構成委員は、以下の委員をもって構成する。なお、委員長が必要であると認めるときは、医師等の関係者を委員会に出席させ、意見を聴くことができる。

- ア 委員長 外部委員 学識者
- イ 副委員長 所管課長 支援管理課長
- ウ 外部委員 医療機関
- エ 委員 子ども政策課長
- オ 委員 子ども施設運営課長
- カ 委員 子ども施設入園課長
- キ 委員 心理士（こども支援センターげんき）
- ク 委員 作業療法士（こども支援センターげんき）

- (3) 委員会は保護者からの必要な書類の提出を以って、申請を受理する。
- (4) 委員会では申請児の集団保育の可否について、以下の確認基準に基づいて実施する。

- ア 申請児の主治医が、集団保育が可能であると認めているもの。
- イ 疾患があるものの入院して治療する必要もなく容態が安定しているもの。
- ウ 医療的ケアが日常生活の一部として定着しているもの。
- エ 日常的に他児から隔離した場で保育が必要ではないもの。
- オ 看護師による連続的な容態の観察が必要でないもの。
- カ 状態の変化により、集団生活に著しく影響があると判断されることがないもの。

- (5) 委員会の決定は該当年度内のみ有効とする。
- (6) 委員会は、指定する区立保育園における医療的ケアを必要とする児童を「医療的ケア児等支援委員会 利用確認書」により子ども家庭部に報告を行う。子ども家庭部は、「医療的ケア児等支援委員会の結果のお知らせ」により保護者に通知する。様式 6 - 1 様式 6 - 2 様式 6 - 3

3 保育の入所選考

委員会の結果に基づき、保育施設利用申し込みを受理し、「足立区保育施設等の利用調整実施要綱」に基づき選考を行う。

4 入所に必要となる確認書類について

- (1) 保護者は、子ども施設運営課より発行された「足立区立保育園における医療的ケアについて」様式 7 - 1を主治医に渡し、「医療的ケア指示書」様式 8の記入を依頼する。医ケアCOは、その際にかかる文書作成料は保護者負担であることを説明する。
- (2) 保護者は、説明事項・記載事項を承諾の上、「医療的ケア実施承諾書兼依頼書」様式 9を記入する。
- (3) 保護者は、上記（1）で依頼し、完成した書類を園へ提出する。

- (4) 医療的ケアが終了する場合は、保護者は園に「医療的ケア終了届」様式 10 を、提出する。
- (5) (4)「医療的ケア終了届」様式 10 の提出を受け、通常の保育利用に変更となる。

第3 医療的ケアの継続等について

1 医療的ケアの継続について

- (1) 年度単位で実施する医療的ケアの継続について、保護者からの必要な書類の提出を以って申請を受理し、委員会に意見を求める。
- (2) 委員会の意見を参考に、引き続き同一の医療的ケアが必要と認められた場合には、区は継続して「医療的ケア指示書」様式 8 に基づき、また「医療的ケア実施承諾書兼依頼書」様式 9 の提出を受け、保育所等における医療的ケアを実施する。
- (3) 「医療的ケア指示書」様式 8 の記入に際し、保護者は、子ども施設運営課より発行された「足立区立保育園における医療的ケアについて」様式 7-2 を主治医に渡し、依頼する。

2 受け入れ後における医療的ケアの内容変更について

- (1) 受け入れ後、かつ、年度単位の委員会開催前において、医療的ケアの内容に変更があった場合は、保護者は改めて必要な書類の提出を以って申請し、委員会の決定を受ける。
- (2) 申請書類、児童の健康状態等に基づき、保育所等における集団保育の継続実施について、委員会に意見を求める。
- (3) 区が規定する医療的ケアが実施される場合は、委員会の『集団保育が可能であるかの確認』を以って継続して保育を実施する。区が規定する医療的ケア以外のケアが必要となった場合は、指定園では実施はできない。

3 年度途中で新規の医療的ケアの申請があった場合

- (1) 新規申し込みについては、第二条第一項の確認を以って委員会に申請する。
- (2) 指定園の在園児において新規の申請があった場合は、委員会の確認を以って保育園における医療的ケアを実施する。
- (3) 指定園以外の在園児において、新規の申請があった場合は、委員会の確認を以って、指定園への保育施設転園申込書を受理し、転園後、医療的ケアを実施する。

- (4) 上記児童の保護者が在籍園での保育を希望する場合、医療的ケアは実施しない。ただし、保護者による医療的ケアの実施により、保育の継続は可能である。

第4 指定園での受入れについて

1 医療的ケアの実施者について

保育中の医療的ケアは看護師が行うものとする。実施に際しては、看護師と保育士等の2人体制をとり、個別実施マニュアルに沿って、確実な実施を確保していく。

2 医療的ケアの安全実施体制について

下記について、医ケアCO（不在の場合は指定看護師）は医療的ケア実施のために助言や指導を行う。

- (1) 医ケアCOが中心となり、園内での定期的な打ち合わせとともに医療的ケア実施に関する情報の共有を図る。
- (2) 統括医ケアCOは必要に応じて関係機関を招集し、連携会議を開催して情報及び課題の共有化を図る。
- (3) 主治医等の指示書に基づき、指定園では「医療的ケア実施計画書」「個別実施マニュアル」を作成する。
- (4) 医ケアCOは、医療的ケアの実施状況などを統括医ケアCOに報告する。

3 緊急時の対応

- (1) 指定園は、医療的ケア児の健康管理・事故防止のため、主治医及び嘱託医の協力により保育を実施する。また主治医が遠方の病院の場合は、緊急時に備え、後方支援病院の指定を保護者に依頼する。
- (2) 緊急時は、緊急時対応実施依頼書に定めた内容にそって対応する。

第5 保護者の了承事項

1 保育利用について

入所決定の際は、「指定園における確認書（以下「確認書」という。）」により、事前に保護者に同意を得る。「確認書」は、最低年1回保護者とともに内容の確認・見直しを行う。内容に変更が生じた場合は保護者と協議の上、すみやかに変更する。

2 緊急時及び災害時の対応

緊急時及び災害時については、緊急時対応実施依頼書に定めた内容にそって対応する。

3 情報の共有等

必要に応じて保護者の同意の上で、指定園と医ケアCO及び区関係機関で情報の共有等に努める。

4 その他

- (1) 保護者は確認書等により、指定園との間で取り決めた事項を順守すること。
- (2) 「指定園における確認書」で取り決めた事項以外のことが発生した場合は、その都度協議を行い、確認する。

足立区医療的ケア児の保育所等受け入れガイドライン編集関係所管

(足立区教育委員会 子ども家庭部) 令和5年3月改定

こども支援センター支援管理課	発達支援係
こども支援センター支援管理課	医療的ケア調整担当
子ども政策課	子ども施策推進担当
子ども政策課	保育人事計画担当
子ども施設指導・支援課	保健衛生担当
子ども施設運営課	就学前教育推進担当
子ども施設入園課	入園第一係
子ども施設入園課	入園第二係
子ども施設入園課	入園第三係

出生の状況	週 日 (月) 正常・帝王切開・吸引・鉗子			仮死	無 ・ 有		
	体重	g	身長	cm	胸囲	cm	頭囲
健康診査	1か月児	健康・要観察 ()					
	3～4か月児	健康・要観察 ()					
	6～7か月児	健康・要観察 ()					
	9～10か月児	健康・要観察 ()					
	1歳児	健康・要観察 ()					
	1歳6か月児	健康・要観察 ()					
	2歳児	健康・要観察 ()					
	3歳児	健康・要観察 ()					

お子さんの様子			
発育の様子	首のすわり (月)	寝返り (月)	おすわり (月)
	はいはい (月)	つたい歩き (月)	ひとり歩き (月)
現在の様子	食事	形態 離乳一初・中・後・完 普通食 その他 () 食べ方 自分で食べる ・ 食べさせてもらう ・ その他 () 偏食 無 ・ 有 ()	
	排泄	排尿 自立 おむつ その他 () 排便 自立 おむつ その他 ()	
	ことば	具体例をご記入ください	
	その他	何かあればご記入ください	

予防接種等の状況							
予防接種 年月日	BCG		四種混合		MR		日本脳炎
							B型肝炎
	流行性耳下腺炎		ロタウイルス		その他		その他
感染症の 既往歴	病名	麻疹	風しん	水痘	流行性耳下腺炎	百日咳	突発性発疹

一日のスケジュール (例を参考にご記入ください)

例)

0	3	6	9	12	15	18	21	24
睡眠		食事	療育		食事	食事	入浴	
		↑ ケア		↑ ケア		↑ ケア		

↓↓こちらにご記入ください↓↓

0	3	6	9	12	15	18	21	24

その他(上肢・下肢・視力・聴力・その他成長の様子で心配なこと等)

面接者 _____

同意書

NO	項目	内容	確認
1	保育の受け入れについて	「医療的ケア児」保育について、説明を受けました。	
	入所希望園について	★ <u>私立園のみ申し込みをされる場合は、必ず事前に園での面接をしてください。</u> 園が入園可能ならば申し込むことができます。(その場合、医療的ケア児等支援委員会への参加は必要ありません。)	
2	医療的ケア児等支援委員会への参加	上記以外の園に入園希望の場合は全員参加していただきます。医師の問診・診察のほか必要に応じて専門職(作業療法士・理学療法士・言語聴覚士等)の評価を実施します。	
	必要書類の提出	委員会の必要書類を期日までにそろえて、 <u>こども支援センターげんきに提出してください。</u> (持込あるいは簡易書留郵便)書類の不備等がありますと委員会に参加できなくなります。	
		主治医の記載が「集団保育は不可」となった場合は書類を受理することは出来ません。	
3	支援委員会の結果について	保護者宛に簡易書留郵便で送ります。 結果通知を添えて保育施設利用申し込みを期限までにしてください。	
4	加 点	<u>実施園のみ入園を希望された場合には『医療的ケア児』としての加点が加算されます。</u>	
5	その他	本人しか使用しないもの(バギー・いす等)や医療的ケアを実施するうえで必要と思われるものはご家庭でご用意いただきます。	
入所希望園		希望する園名 上沼田保育園・東綾瀬保育園・中島根保育園 大谷田第一保育園・千住あずま保育園 その他の園 園名 _____ 現在検討中	
発達支援児保育		希望する ・ 希望しない	

面接日 令和 年 月 日 ()

※ 上記内容を確認し同意しました

保護者氏名 _____

医療的ケア児等支援委員会申請書

下記の医療的ケアについて、「足立区医療的ケア児の保育所等受け入れガイドライン」に定める提出書類を添えて、保育施設での実施のための委員会に申し込みます。

1 医療的ケアの実施を申し込む児童

ふりがな		男・女	生年 月日	H・R	年	月	日	歳
申し込み児童名								
現住所								
電話番号		緊急連絡先	氏名 続柄 電話番号					

2 保育施設で実施を希望する医療的ケアの内容及び方法 (該当するケアの内容に○を記入する)

医療的ケアの内容	保育施設で実施を希望する回数・時間等
経管栄養 経鼻 胃ろう	
導尿	
喀痰吸引 口腔内 鼻腔内 気管カニューレ内部	
血糖値測定 インスリン注射	

記入日 令和 年 月 日

保護者氏名

(自署でない場合は、氏名の隣に押印してください)

足立区教育委員会
子ども家庭部長

診療情報提供書

この診療情報提供書は、区立園の入所判定時に児童の状態を把握するために使用いたします。保育施設は集団生活となるため、生活をする上で配慮が必要かどうかについてもご意見をお聞かせください。

※区立園における集団生活とは

合理的配慮は行いますが、同年齢の子どもたちと同じ保育室で過ごし、一緒に活動を行うことをいいます。保育中は看護師の付き添いは基本的にありません。

下記内容は、本児が区立園を利用するための、医療的ケア児等支援委員会及び発達支援委員会の資料として、情報を提供いたします。

児童氏名 _____ 男・女 生年月日 H・R 年 月 日生

病名・障がい名・状態像 _____

1 症状、今後の見通しについて

2 本児が教育・保育施設で集団生活することについて

- 本児が集団生活することは望ましくない → 理由 _____
- 本児が集団生活することは望ましい → 理由 _____

*本児が集団生活を送る上で①から⑩の項目について制限や配慮の要否についてお知らせください。

		該当に○をして、()内に具体的な内容をご記入ください
①	健康状態	不要 ・ 必要()
②	食事	不要 ・ 必要()
③	排泄	不要 ・ 必要()
④	睡眠	不要 ・ 必要()
⑤	運動	不要 ・ 必要()
⑥	野外運動	不要 ・ 必要()
⑦	感覚異常	なし ・ あり()
⑧	コミュニケーション	取れる・ 苦手()
⑨	言葉の遅れ	なし ・ あり()
⑩	その他	なし ・ あり()

3 医療的ケアの要否：必要 不要

経管栄養：胃ろう 経鼻

導尿

喀痰吸引：口腔内 鼻腔内 気管カニューレ内部

血糖値測定：インスリン注射

裏面あり

医療的ケアと情報

病名	表面参照
<input type="checkbox"/> 与薬	与薬時間 _____ 時
<input type="checkbox"/> 栄養	<input type="checkbox"/> 経口（ペースト、きざみ食、幼児食） <input type="checkbox"/> 注入
緊急時投薬・処置	（坐剤、注射等）
医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養 時間 _____ 内容 _____ 方法 _____ 量 _____ 挿入の長さ _____ c m 所要時間 _____ <u>注入時の注意点</u> <hr/> <input type="checkbox"/> 導尿 観察ポイント・療育時の注意点等 <hr/> <input type="checkbox"/> 痰吸引 <u>吸引時の注意点</u> <hr/> <input type="checkbox"/> 血糖値測定・インスリン注射 測定・注射時の注意点 <hr/> <input type="checkbox"/> その他 注意点 <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> 必要とする特別な配慮と禁忌事項 <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> 緊急時のリスクと対応 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> その他（SpO ₂ の低下、低血糖時、けいれん時等） <input type="checkbox"/> （ _____ ） <input type="checkbox"/> （ _____ ） <input type="checkbox"/> （ _____ ）

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 医療機関住所
医療機関名
電話番号
医師氏名

印

保育のめやす (0～2歳児)

児童氏名 _____ 生年月日 平・令 _____ 年 月 日生

記入日 令和 _____ 年 月 日

診断名 _____

下記の表は通常保育活動です。年齢に関係なくこの表の中から可能な項目に印をつけてください。
年齢相当以下の活動であれば、おおむね相当する年齢欄に記入ください。

14

年齢別活動内容	年齢			生活	保育時間
	0歳児	1歳児	2歳児	<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 沐浴 <input type="checkbox"/> 薄着 行事その他 <input type="checkbox"/> 遠足 徒歩 <input type="checkbox"/> 遠足 バス <input type="checkbox"/> 運動会 在園継続の場合 <input type="checkbox"/> 施設独自の取り組みで、運動量等について、主治医に確認したい活動を、施設と相談の上ご記入ください。 例：マラソン他 []	<input type="checkbox"/> 通常保育時間 <input type="checkbox"/> 保育時間制限必要 (時間)
	<input type="checkbox"/> 腕や足の曲げ伸ばしや開閉する <input type="checkbox"/> すべり台(室内用)を大人にさせてもらう <input type="checkbox"/> 抱っこされる	<input type="checkbox"/> 手を握って体を起こす <input type="checkbox"/> 散歩(10分程度) <input type="checkbox"/> 抱っこして左右に揺らす	<input type="checkbox"/> 水遊び(手足を水につける) <input type="checkbox"/> 布に乗せて揺らす <input type="checkbox"/> 激しく泣く <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を揺らす		所見
	<input type="checkbox"/> 砂遊び <input type="checkbox"/> すべり台を自分ですべる <input type="checkbox"/> ボールを追う	<input type="checkbox"/> 散歩(分程度まで可能) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り(段位) <input type="checkbox"/> コンビカー(四輪ミニカー)に乗る(室内2往復程度)	<input type="checkbox"/> 走る(分程度まで可能) <input type="checkbox"/> 水遊び(腰まで水につける) <input type="checkbox"/> 坂登り <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を動かす		<input type="checkbox"/> 呼吸困難 頻呼吸 <input type="checkbox"/> SpO2o の低下 <input type="checkbox"/> 分泌物の増加 <input type="checkbox"/> 脈の異常(頻脈) <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> その他 []
0歳児	<input type="checkbox"/> 砂遊び <input type="checkbox"/> すべり台を自分ですべる <input type="checkbox"/> その場でジャンプする	<input type="checkbox"/> 散歩(最高2km往復40分程度) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り(歩道橋等) <input type="checkbox"/> 三輪車をこぐ <input type="checkbox"/> ボールを投げたり蹴ったりする	<input type="checkbox"/> 走る(分程度まで可能)(鬼ごっこ休憩しながら15分程度) <input type="checkbox"/> 水遊び(胸まで水につける) <input type="checkbox"/> プール遊び(プール内15分程度) <input type="checkbox"/> 高いところから飛び降りる(50cmくらい) <input type="checkbox"/> 音楽にあわせてリズムカルに動く	[]	<input type="checkbox"/> 特になし

該当する指導区分に○をしてください。

指導区分	A	B	C	D	E
	在宅医療	基本的な生活は可能だが運動は不可	軽い運動には参加可	中程度の運動まで参加可	強い運動にも参加可

- ※「軽い運動」・・・同年齢の平均的乳幼児にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動
- ※「中等度の運動」・・・同年齢の平均的乳幼児にとって、少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動で、身体の強い接触を伴わないもの。
- ※「強い運動」・・・同年齢の平均的乳幼児にとって、息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動。

保育のめやす (3～5歳児)

記入日 令和 年 月 日

児童氏名 _____ 生年月日 平・令 年 月 日生

診断名 _____

下記の表は通常保育活動です。年齢に関係なくこの表の中から可能な項目に印をつけてください。年齢相当以下の活動であれば、おおむね相当する年齢欄に記入ください。

15

年齢別活動内容	運動			生活	保育時間
	軽い運動	中等度の運動	強い運動		
3歳児	<input type="checkbox"/> 砂遊び <input type="checkbox"/> すべり台をすべる <input type="checkbox"/> ボールを投げたり、蹴ったりする。	<input type="checkbox"/> 散歩 (分まで) (最高 3km 往復 50 分程度) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り (階程度) (歩道橋等) <input type="checkbox"/> 鉄棒のぶら下がり <input type="checkbox"/> 三輪車をこぐ <input type="checkbox"/> マット遊び	<input type="checkbox"/> 走る (mまで) (分まで) 鬼ごっこを休憩しながら 20 分程度 (長距離かけっこ 200m) <input type="checkbox"/> 水遊び <input type="checkbox"/> プール遊び (プール内 15 分程度) <input type="checkbox"/> 高いところから飛び降り (60cm 程度) <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を動かす	<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 午睡準備 (布団運び) <input type="checkbox"/> 素足で活動 <input type="checkbox"/> 薄着	<input type="checkbox"/> 通常保育時間 <input type="checkbox"/> 保育時間制限必要 (時間)
4歳児	<input type="checkbox"/> 砂遊び <input type="checkbox"/> すべり台をすべる <input type="checkbox"/> ボールを追う	<input type="checkbox"/> 散歩 (分まで) (最高 4km 往復 1 時間程度) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り (階程度) (歩道橋等) <input type="checkbox"/> 鉄棒の前回り、足抜き回り <input type="checkbox"/> 登り棒を補助されて登る <input type="checkbox"/> 水遊び	<input type="checkbox"/> 走る (mまで) (分まで) 鬼ごっこ休憩しながら 30 分程度 (長距離かけっこ 300m) <input type="checkbox"/> プール遊び (プール内 30 分程度) <input type="checkbox"/> ドッジボール □縄跳び <input type="checkbox"/> 太鼓橋を渡る <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を動かす	行事その他 <input type="checkbox"/> 遠足 徒歩 <input type="checkbox"/> 遠足 バス <input type="checkbox"/> 運動会 <input type="checkbox"/> 宿泊訓練	所見 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 頻呼吸 <input type="checkbox"/> SpO ₂ の低下 <input type="checkbox"/> 分泌物の増加 <input type="checkbox"/> 脈の異常 (頻脈) <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特になし
5歳児	<input type="checkbox"/> 砂遊び <input type="checkbox"/> すべり台をすべる <input type="checkbox"/> ボールを投げたり、蹴ったりする。	<input type="checkbox"/> 散歩 (分まで) (最高 5km 往復 75 分程度) <input type="checkbox"/> 鉄棒前回り <input type="checkbox"/> ものを運ぶ (給食、バケツの水) <input type="checkbox"/> 登り棒を自分で上まで登る <input type="checkbox"/> 太鼓橋を渡る <input type="checkbox"/> 水遊び	<input type="checkbox"/> 走る (mまで) (分まで) 鬼ごっこ休憩しながら 40 分程度 (長距離かけっこ 500m) <input type="checkbox"/> プール遊び (分まで) (プール内 20 分～30 分程度) <input type="checkbox"/> 跳び箱を助走して跳ぶ <input type="checkbox"/> 鉄棒の逆上がり □サッカー <input type="checkbox"/> ドッジボール □縄跳び <input type="checkbox"/> 音楽にあわせて全身を動かす	在園継続の場合 <input type="checkbox"/> 施設独自の取り組みで、運動量等について、主治医に確認したい活動を、施設と相談の上ご記入ください。 例：マラソン他 []	

該当する指導区分に○をしてください。

指導区分	A	B	C	D	E
		在宅医療	基本的な生活は可能だが運動は不可	軽い運動には参加可	中程度の運動まで参加可

※「軽い運動」・・・同年齢の平均的乳幼児にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動

※「中等度の運動」・・・同年齢の平均的乳幼児にとって、少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動で、身体の強い接触を伴わないもの。

※「強い運動」・・・同年齢の平均的乳幼児にとって、息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動。

裏面 0～2歳児

(提出先) 足立区教育委員会

区立保育園で医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書

- 1 保育を行う日及び時間は、平日（月～金曜日）の1日8時間（午前8時30分～午後4時30分）とし、医療的ケアは園内での実施を原則とすること。
- 2 保護者は、医療的ケアに必要な医療機関に対する診療報酬・文書代を負担し、及び器具、消耗品を用意すること。また実施に必要な用具、消耗品の点検、補充を行い、使用後の物品については、家庭に持ち帰り、処分をすること。
- 3 止むを得ない事情により医療的ケアを行う看護師が勤務できない場合には、保護者等が医療的ケアを実施すること。
- 4 緊急に保護者と連絡をとる必要がある場合のために、いつでも保育園からの連絡が取れるようにすること。また保育の継続が困難と判断された場合は、連絡により迎えにくること。
- 5 子どもの症状が急激に悪化した等の緊急時には、原則として保護者に連絡した上で医療機関での受診、治療、処置が行われるが、保護者との連絡が取れない場合や、緊急の場合には保護者に連絡するより早く医療機関に搬送を行い、受診・治療が行われる場合があること。
- 6 保育の継続に向けて、年度単位で委員会に意見を求めること。委員会が引き続き同一の医療的ケアが必要と認めた場合には、区は継続して保育園における医療的ケアを実施する。
- 7 医療的ケアの内容の変更があった場合は、保護者はあらためて医療的ケア指示書を提出すること。また委員会の確認が必要な場合は、委員会実施までの期間は、保護者の責任において医療的ケアを実施すること。また区が規定する以外の医療的ケアが必要となった場合は、保育園での実施ができないこと。
- 8 必要に応じて保護者の同意の上で、指定園と医療的ケア児コーディネーター及び区関係機関で情報の共有等に努める。
- 9 医療的ケアの実施において知り得た個人情報、目的以外には使用しないが、必要に応じて医療機関に提供される場合があること。

私は、区立保育園での医療的ケアの実施にあたり、上記項目に同意します。

年 月 日

住所 _____

保護者氏名 _____

児童氏名 _____

(自署でない場合は、保護者氏名の隣に押印してください)

令和 年度

医療的ケア児等支援委員会 利用確認書

様式5

【令和 年 月入所申込認定】

令和 年 月 日実施

	氏名 (漢字)	ふりがな	生年月日	クラス	医療的ケアの内容	集団保育 確認	発達支援 加算	備考
1			H・R 年 月 日生		1 経管栄養 2 導尿 3 痰吸引 4 血糖値測定・インスリン注			
2			H・R 年 月 日生		1 経管栄養 2 導尿 3 痰吸引 4 血糖値測定・インスリン注			
3			H・R 年 月 日生		1 経管栄養 2 導尿 3 痰吸引 4 血糖値測定・インスリン注			
4			H・R 年 月 日生		1 経管栄養 2 導尿 3 痰吸引 4 血糖値測定・インスリン注			
5			H・R 年 月 日生		1 経管栄養 2 導尿 3 痰吸引 4 血糖値測定・インスリン注			
6			H・R 年 月 日生		1 経管栄養 2 導尿 3 痰吸引 4 血糖値測定・インスリン注			
7			H・R 年 月 日生		1 経管栄養 2 導尿 3 痰吸引 4 血糖値測定・インスリン注			
8			H・R 年 月 日生		1 経管栄養 2 導尿 3 痰吸引 4 血糖値測定・インスリン注			
9			H・R 年 月 日生		1 経管栄養 2 導尿 3 痰吸引 4 血糖値測定・インスリン注			

足教こ支発 号
令和 年 月 日

申請保護者氏名 様

足立区教育委員会
子ども家庭部
部長 子ども家庭部長氏名

医療的ケア児等支援委員会の結果のお知らせ

医療的ケア児等支援委員会の結果について、下記のとおりお知らせします。

記

- 1 対象者 申請児童氏名（ ふりがな ）
- 2 判断結果 『令和●年度 足立区立保育所医ケア児保育実施要綱』
における保育の申し込みが適当である。
- 3 特記事項 入園申込書一式に本状を添えて、●月●日までに
子ども施設入園課に申請をしてください。

以上

【担 当】

こども支援センターげんき
支援管理課 医療的ケア調整担当



所在地 足立区梅島 3-28-8

電話 03 (5681) 0140

足教こ支発 号
令和 年 月 日

申請保護者氏名 様

足立区教育委員会
子ども家庭部
部長 子ども家庭部長氏名

医療的ケア児等支援委員会の結果のお知らせ

医療的ケア児等支援委員会の結果について、下記のとおりお知らせします。

記

- 1 対象者 申請児童氏名（ ふりがな ）
- 2 判断結果 『令和●年度 足立区立保育所医ケア児保育実施要綱』
における保育の継続が適当である。
- 3 特記事項 保育施設継続関係書類一式に本状を同封し、在籍園を通じて
子ども施設入園課に申請をしてください。

以上

【担 当】

こども支援センターげんき
支援管理課 医療的ケア調整担当



所在地 足立区梅島 3-28-8
電話 03 (5681) 0140

足教こ支発 号
令和 年 月 日

申請保護者氏名 様

足立区教育委員会
子ども家庭部
部長 子ども家庭部長氏名

医療的ケア児等支援委員会の結果のお知らせ

医療的ケア児等支援委員会の結果について、下記のとおりお知らせします。

記

- 1 対象者 申請児童氏名（ ふりがな ）
- 2 判断結果 『令和●年度 足立区立保育所医ケア児保育実施要綱』
における保育の申し込みが不相当である。

以上

【担 当】

こども支援センターげんき
支援管理課 医療的ケア調整担当



所在地 足立区梅島 3-28-8
電話 03 (5681) 0140

〇〇足教子施発第〇〇〇号
令和〇年〇月〇日

主治医様

足立区教育委員会
子ども施設運営課長

〇〇〇〇

公印

足立区立保育園における医療的ケアについて

日頃より足立区の保育行政にご理解、ご協力をいただきましてありがとうございます。

このたび、
さんの保護者から、保育園の通園にあたり、医療的ケアの対応について依頼がありました。

医療的ケアは、保護者からの申し込みのもと、保育園勤務の看護師および区職員看護師が主治医の指導を受け、安全に実施できることを確認したうえで行うこととしております。

つきましては、お忙しいところ恐れ入りますが、
さんの病状および医療的ケアの内容について別添の「医療的ケア指示書」へのご記入をお願いいたします。

また、保育園での医療的ケアにあたりまして、ご指導いただきますようお願い申し上げます。

【問い合わせ先】

子ども施設運営課 担当 〇〇

TEL：3880-5888（直通）

〇〇足教子施発第〇〇〇号
令和〇年〇月〇日

主治医様

足立区教育委員会
子ども施設運営課長

〇〇〇〇

公印

足立区立保育園における医療的ケアについて

日頃より足立区の保育行政にご理解、ご協力をいただきましてありがとうございます。

このたび、
さんの保護者から、保育園の継続にあたり、医療的ケアの対応について依頼がありました。

医療的ケアは、保護者からの申し込みのもと、保育園勤務の看護師および区職員看護師が主治医の指導を受け、安全に実施できることを確認したうえで行うこととしております。

つきましては、お忙しいところ恐れ入りますが、
さんの病状および医療的ケアの内容について別添の「医療的ケア指示書（継続）」へのご記入をお願いいたします。

また、保育園での医療的ケアにあたりまして、ご指導いただきますようお願い申し上げます。

【問い合わせ先】

子ども施設運営課 担当 〇〇

TEL：3880-5888（直通）

(提出先) 足立区教育委員会

保護者氏名 _____

医療的ケア実施承諾書 兼 依頼書

足立区教育委員会による医療的ケアの実施について説明を受け、医療的ケアの実施者及び内容・範囲について下記のとおり承諾しましたので、依頼します。

記

- 1 医療的ケア申請 児童・生徒

足立区立 _____ 保育園・小学校・中学校 氏名 _____

- 2 実施者 足立区教育委員会で認める実施者

- 3 医療的ケアの項目及び内容

- 経管栄養（経鼻・胃ろう）
 導尿
 痰吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ）
 血糖値測定・インスリン注射

- 4 期間 令和 年 月 日 ～ 年度末まで

- 5 緊急時の連絡先

_____ 電話 _____

_____ 電話 _____

- 6 主治医

_____ 電話 _____

- 7 その他、連絡事項

(提出先) 足立区教育委員会

医療的ケア終了届

このことについて、保育園に通園する児童に対して、以下、主治医の判断により、保育施設での医療的ケアの実施が必要なくなりましたので、保育施設での医療的ケアを終了することを届けます。

保育施設	足立区立			保育園		
申し込み児童名		男・女	生年 月日	H・R	年	月 日生
現住所						
電話番号 (携帯番号)		緊急連絡先				

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

(自署でない場合は、氏名の隣に押印してください)

【主治医による意見】

上記児童について、保育施設での医療的ケアの実施が不要と判断しました。

不要と判断した理由

特筆すべき事項

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

電話番号

医師氏名

印

医療的ケア児の保育所等受け入れガイドライン

発行日：令和2年10月 初版発行
令和5年 3月 第2版発行
発行：足立区教育委員会子ども家庭部
編集：こども支援センターげんき 支援管理課
〒121-0816
東京都足立区梅島3-28-8
03-5681-0134（電話）
03-3852-2864（FAX）
kodomu-sienkanri@city.adachi.tokyo.jp（Eメール）
