

足立区医療的ケア児の
保育所等支援ガイドライン

第3版

令和7年10月
足立区教育委員会

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支援ガイドライン」を策定しました。

令和2年10月

目 次

第1	基本的事項	
1	支援要件	1
2	医療的ケアの内容	1
3	対象	1
4	支援体制	1
第2	医療的ケア児の入所までの手続き	
1	医療的ケアに関する相談	2
2	足立区教育委員会医療的ケア児支援検討会	2
第3	保育所等での支援実施について	
1	提出書類等について	3
2	医療的ケアの実施者について	3
3	実施する医療的ケアについて	3
4	必要な物品等について	4
5	安全で円滑な支援を実施するための協力と同意	4

第1 基本的事項

1 支援要件

- (1) 主治医より足立区教育委員会が定める医療的ケア支援が可能であると判断を受けていること。
- (2) 申請する医療的ケアが日常生活の一部として定着していること。
- (3) 「足立区教育委員会医療的ケア児支援検討会」（以下、「検討会」という。）において、集団生活での適切な支援についての確認を受けていること。
- (4) 足立区の住民基本台帳に記録又は、公的機関が発行する住居を証する証明書等により区内に居住地があることが確認できること。

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

- (1) 2に記載する医療的ケアを必要とする児童
- (2) 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

4 支援体制

- (1) 検討会に申請し、足立区教育委員会による適切な医療的ケア実施についての確認を以って保育所等での支援を可能とする。
- (2) 区立保育園は、以下の指定園5園（以下、「指定園」という。）で支援する。
 - ア 大谷田第一保育園
 - イ 上沼田保育園
 - ウ 千住あずま保育園
 - エ 中島根保育園
 - オ 東綾瀬保育園
- (3) 医療的ケアが足立区教育委員会の支援を必要とせず、保護者等の実施である場合、指定園以外の在籍、実施も可能とする。
- (4) 受け入れ人数は、各園原則2名とする。
- (5) 保育を行う日及び時間は、原則、平日（月曜日から金曜日）の午前7時30分から午後6時30分のうち必要な時間とする。

- (6) 医療的ケアの実施は園内及び園外での保育活動時とする。但し、園外でのケア実施についてはその都度、園と保護者で協議する。

第2 医療的ケア児の入所までの手続き

1 医療的ケア実施に関する相談

- (1) 区内保育施設における医療的ケア実施に関する相談は、こども支援センターげんき支援管理課が所管する。
- (2) 「医療的ケア児面接記録票」様式1-1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。
- (3) 検討会申請に必要な書類は以下のとおりである。また、検討会申請及び実施に必要な書類の文書作成料等は保護者の負担とする。
- ア 「医療的ケア児支援検討会申請に関する同意書」様式1-2（新規申請時のみ提出）
- イ 「足立区教育委員会医療的ケア児支援検討会申請書」様式2
- ウ 「診療情報提供書」様式3
- エ 「保育施設で医療的ケアを必要とする児童に関する同意書」様式4（継続申請時のみ検討会申請時に提出）

2 足立区教育委員会医療的ケア児支援検討会

- (1) 足立区教育委員会医療的ケア児支援検討会設置要綱に基づき「検討会」を開催する。検討会では以下に関する検討及び確認を行う。
- ア 医療的ケア児の集団保育及び集団生活における適切な支援に関すること。
- イ 足立区における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確認に関すること。
- ウ 医療的ケアの実施に関すること。
- エ その他会長が必要と認めた事項に関すること。
- (2) 検討会の構成委員は、以下の委員をもって構成する。なお、会長が必要であると認めるときは、参考人の出席を求めその意見を聴くことができる。副会長は、委員の中から会長が指名する。
- ア 会長 支援管理課長
- イ 委員 教育指導課長
- ウ 委員 学務課長
- エ 委員 子ども施設指導・支援課長
- オ 委員 保育・入園課長
- カ 委員 私立保育園課長

キ 委員 幼稚園・地域保育課長

- (3) 検討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。検討会の申請期間は原則、各検討会の1か月前までとする。
- (4) 検討会では申請児の保育所等での支援について、以下の確認基準に基づいて確認する。
 - ア 主治医による、集団保育に関する意見
 - イ 医療的ケアの日常生活援助行為としての定着状況
 - ウ 健康上における全身状態の安定状況
 - エ 医療従事者以外の受託による安全に関する状況
- (5) 検討会の決定は当該年度内のみ有効とする。
- (6) 検討会の結果について、足立区教育委員会は「足立区教育委員会医療的ケア児支援検討会の結果のお知らせ」により保護者に通知する。
- (7) 保育所等での支援の継続及び支援終了を除く支援内容の追加変更等についてはあらためて検討会に申請し、保育所等での適切な支援について確認する。
- (8) 「足立区教育委員会医療的ケア児支援検討会の結果のお知らせ」は、保育施設利用申込み及び保育施設継続利用届提出時に一緒に提出する。

第3 保育所等での支援実施について

1 提出書類等について

- (1) 保護者は、主治医に「医療的ケア指示書」様式5-1 様式5-2の記入を依頼し、完成した書類を保育所等へ提出する。
- (2) 保護者は、説明事項・記載事項を承諾の上、「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（継続児は検討会申請時に提出する）および「医療的ケア実施承諾書兼依頼書」様式6を保育所等へ提出する。
- (3) 医療的ケアが終了する場合は、保護者は主治医に「医療的ケア終了届」様式7の記入を依頼し完成した書類を、保育所等へ提出する。「医療的ケア終了届」様式7の提出を受け、通常の利用に変更となる。

2 医療的ケアの実施者について

足立区教育委員会が認める実施者とする。

3 実施する医療的ケアについて

検討会で適切な支援を確認したケアについて、主治医記載の「医療的ケア指示書」様式5-1 様式5-2 に基づく医療的ケアを実施する。

4 必要な物品等について

(1) 準備と点検について

医療的ケアに必要な物品は保護者が使用可能な状態を点検し、準備する。

(2) 廃棄について

医療的ケア実施で使用了物品は保護者が持ち帰り洗淨、消毒、廃棄等する。

5 安全で円滑な支援を実施するための協力と同意

(1) 保育所等は保育の利用に際し確認書、個別手順書を保護者協力の上で作成し同意を得る。

(2) 緊急時及び災害時の対応について

ア 緊急時及び災害時については「医療的ケア指示書」様式5-1 様式5-2及び保護者と保育所等で確認した確認書に定めた内容にそって対応する。

イ 保護者は緊急時に備え緊急時、対応可能な後方支援病院等を事前に保育所等へ情報共有する。

(3) 保護者は必要に応じ主治医を含む関係者間の情報共有に同意し、必要に応じて打ち合わせ等に参加する。

(4) 安全で円滑な支援実施のために必要となる主治医等依頼の文書料及び個人が使用する医療的ケア実施に必要な物品等は保護者負担となる。

【 様 式 集 】

1 相談様式

様式 1 - 1	医療的ケア児面接記録票.....	1
----------	------------------	---

2 医療的ケア児等支援委員会に必要な申請書類等

様式 1 - 2	医療的ケア児支援検討会申請に関する同意書（新規申請時）	4
様式 2	医療的ケア児支援検討会申請書	5
様式 3	診療情報提供書	6
様式 4	保育施設で医療的ケアを必要とする児童の保育に関する 同意書（継続申請時は検討会申請時提出）	8

3 実施に関わる確認書類等

様式 5 - 1	医療的ケア指示書	9
様式 5 - 1 参考様式	医療的ケア指示書記載例	1 1
様式 5 - 2	医療的ケア指示書（保育のめやす）	1 4
様式 4	保育施設で医療的ケアを必要とする児童の保育に関する 同意書（新規申請時は入園決定後に提出）	8
様式 6	医療的ケア実施承諾書兼依頼書	1 6
様式 7	医療的ケア終了届	1 7

医療的ケア児面接記録票

児童氏名	ふりがな		生年月日	H・R	年	月	日
					(歳	か月)
住所	〒			TEL			
保護者名				家族構成	父 母 兄弟姉妹 ()		
メールアドレス	お知らせ等の連絡が可能なメールアドレスを記載してください						
ケアの種類	必要なケアの内容について具体的に記載してください						
手帳の取得	無 ・ 有 ()						
医療 について	診断名						
	主治医	・	病院	科	先生	受診頻度	回 / Y・M・W
		・	病院	科	先生	受診頻度	回 / Y・M・W
		・	病院	科	先生	受診頻度	回 / Y・M・W
	集団保育	主治医の判断		可	不可	未確認	
	療育施設	通所 無 ・ 有 ()					
経過							

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
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	
	Hib		肺炎球菌		水痘		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	麻しん	風しん	水痘	流行性耳下腺炎	百日咳	突発性発しん	

一日のスケジュール（例を参考にご記入ください）

例）

↓↓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）

* この面接記録票は医療的ケア児検討会に申請しない場合には所管で破棄させていただきます。

医療的ケア児支援検討会申請に関する同意書（新規申請時）

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	私立園の申し込みをされる場合は、必ず事前に希望園へ相談してください。	
2	医療的ケア児支援検討会への参加	医療的ケア児保育を希望の場合は検討会に申請が必要です。検討会の開催前に希望する保育園に必ず相談し見学をしてください。	
	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検討会に参加できなくなります。	
3	支援検討会の結果について	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	区立指定園のみを希望された場合には調整指数が加算されます。	
5	その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 提出された診療情報提供書の内容について足立区教育委員会より主治医へ直接問い合わせする場合があります。 	
入所希望園		<p>区立指定園 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</p> <p>その他の園 園名_____</p> <p>現在検討中</p>	

確認日 令和 年 月 日 ()

※ 上記内容を確認し同意しました

保護者氏名 _____

(自署でない場合は、保護者氏名の隣に押印してください)

医療的ケア児支援検討会申請書

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、検討会に申し込みます。

1 医療的ケアの実施を申し込む児童

ふりがな		生年 月日	H・R	年	月	日	歳
申請児童氏名							
現住所	〒						
連絡先電話番号		連絡先メール アドレス					

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

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

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)

(提出先) 足立区教育委員会

診療情報提供書

この診療情報提供書は、保育施設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、生活をする上で必要な配慮についても情報提供をお願いします。

※保育施設における集団生活とは

- ・同年齢の子どもたちと同じ保育室で過ごし、合理的配慮は行いながら、一緒に生活することをいいます。(時間帯・保育活動によって異年齢合同保育あり)
- ・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、本児が保育施設を利用するための、医療的ケア児検討会の資料として、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 本児が保育施設で集団生活することについて

本児が集団生活をする事は望ましい → 理由 _____

本児が集団生活をする事は望ましくない → 理由 _____

*本児が集団生活を送る上で①から⑨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	感覚異常	なし ・ あり()
⑦	コミュニケーション	取れる・ 苦手()
⑧	言葉の遅れ	なし ・ あり()
⑨	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

その他のケア： _____)

保育施設で医療的ケアを必要とする児童に関する同意書

- 1 主治医から保育施設での集団生活、看護師の常時の見守りがないことが可能であると確認を受けていること。また、保護者も看護師の常時の見守りがないことを了承していること。
- 2 保育施設での医療的ケアは医師の指示書の通りに実施するものとし、配置の看護師の判断での変更等はいできないこと。
- 3 医療的ケアは看護師が実施をするが、保育園の看護師が勤務できない場合には、他区立保育園の看護師、支援管理課の看護師等の応援連携によりケアを実施することがある。また、安全な応援体制の構築のため、必要に応じて、事前に児童のケア引継ぎや保護者との顔合わせ等を実施することがあること。やむを得ない事情により、看護師の配置ができない場合には、保護者等が医療的ケアを実施すること。
また、保育時間により、医療的ケアの実施者が区と契約を結んだ委託事業者の看護師となること。
- 4 保育施設での医療行為は看護師が実施するが、保育は保育士等の保育者が担当すること。医療的ケアに関することは看護師が中心となり、それ以外の保育に関することは保育者が中心となり行うこと。
- 5 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、器具、消耗品を用意すること。また実施に必要な器具、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、洗浄、消毒、処分等を行うこと。
- 6 保護者は、いつでも保育施設と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。
- 7 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。
- 8 保育施設での医療的ケアの実施について、年度単位で検討会に申請し、適切な支援の実施についての検討を図ること。なお、提出された診療情報提供書の内容について足立区教育委員会より主治医へ直接問い合わせをする場合があること。
- 9 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。また必要時、検討会で適切な支援について検討され、支援体制が整備される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。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、足立区教育委員会の定める実施者による保育施設での実施はできない。
- 10 必要に応じて保護者の同意の上で、指定園と医療的ケア調整担当の看護師及び区関係機関で情報の共有等を行うこと。
- 11 医療的ケアの実施において知り得た個人情報は、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。
- 12 医療的ケア児支援の周知や理解促進のため、研修等のための動画撮影や調査研究依頼でのアンケート、インタビュー等の協力を依頼されることがあること。

私は、区内保育施設等での医療的ケアの実施にあたり、上記項目の内容および、この同意書を在籍の保育施設と共有することに同意します。

年 月 日

保護者氏名

(自署でない場合は、保護者氏名の隣に押印してください)

児童氏名

医療的ケア指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。

指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

足立区		保育園			
ふりがな 児童氏名		生年月日	H・R	年 月 日生	
主たる 疾患名					

※該当の指示内容に☑(チェック)し、() 内等に数値等の記入をお願いします。

<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻)	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう)	<input type="checkbox"/> 口腔内の痰吸引	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の痰吸引
<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の痰吸引	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 血糖測定	<input type="checkbox"/> インスリン注射
<input type="checkbox"/> その他 ()			

具体的な実施内容・方法、留意事項等

* 具体的な実施内容・方法、留意事項については別紙に記載例があります。
 * あらかじめ指示を受ける(受けたい)事項を記載して主治医に提出してください。

緊急に保護者に連絡が必要な場合・至急受診が必要な場合についてご記載ください

災害時に特に配慮が必要な内容についてご記載ください

令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

主治医

印

医療的ケア指示書内「具体的な実施内容・方法、留意事項等」記載例

*様式5-1 医療的ケア指示書について、記載を主治医に依頼する（保育園→保護者→主治医）

*医療的ケア指示書の依頼時に下記の記載例を参照し、あらかじめ指示を受ける（受けたい）事項を記載する

*下記は記載例であるため、児童に合わせて項目を加除修正し記載する

具体的な実施内容・方法、留意事項等の記載例

【たんの吸引の記載例】

鼻、口からの吸引

- 吸引カテーテルのサイズ()Fr. 吸引圧()mmHg ()Kpa 以下
 鼻からの挿入の長さ()cm 口からの挿入の長さ()cm
 吸引の頻度

気管カニューレからの吸引

- 吸引カテーテルのサイズ()Fr. 吸引圧()mmHg ()Kpa 以下
 カニューレ入り口からの挿入の長さ()cm
 吸引の頻度 喘鳴毎 ()分毎 その他()
 気管切開の状態 単純気管切開 喉頭気管分離 その他()
 肉芽について 無し 有り()
 カニューレについて
種類()内径()mm 入口から先端までの長さ()cm
 カニューレ抜去時、気管切開部・気管内出血時の対応、その他注意事項等

- 人工鼻の取り扱い()

ネブライザー吸入（生食・薬液）

- 実施時間 定時 実施時間(:) (:)
 随時()
 生食の量()ml 薬液名・量()を()ml
 吸入の時間 ()分間 生食1回量全て

【経管栄養の記載例】

- 経鼻経管 胃ろう 腸ろう その他()
 鼻腔留置チューブ サイズ()Fr. 挿入長さ()cm
 胃ろう チューブ・ボタンの種類()
サイズ()Fr. ()cm 挿入 バルンの水の量()ml
栄養剤等注入 実施時間 ()時 ()時 1回の注入時間()分～()分
注入内容 ()
注入方法 (滴下 シリンジ注入)
胃残の確認 注入前の胃残の確認は不要 必要
 胃残量が()ml 以下の時はそのまま定量を注入
 胃残量が()ml 以上の時は()
 胃残の性状に異常がある場合の対応*対応が必要な性状と対応をご指示ください
()
注入時の体勢()
*特に指定がない場合はその旨をご記載ください

- 腸ろう チューブの種類() サイズ() Fr 挿入の長さ() cm

輸液ポンプの種類 ()

栄養剤等注入 実施時間 () 時 () 時 1回の注入時間 () 分 ~ () 分

注入内容 ()

注入方法 (滴下 シリンジ注入)

水分注入 実施時間 () 時 () 時

内容 () 1回量 () 注入速度 ()

胃ろう部からの脱気 不要 必要 (注入前 注入後 その他)

シリンジ使用 ()

蓋の開放 ()

その他 ()

チューブ抜去時の対応・その他注意事項 (保育園では抜去時の再挿入は原則、行いません)

【導尿の記載例】

回数・時間 1日 () 回実施 ・ () 時間毎実施

保育園で実施する時間 () 時 () 時 () 時

指示時間から () 分は前後可能 *活動等により前後可能な場合はご指示をお願いします

カテーテルの種類 () サイズ () Fr

尿道に挿入する長さ () cm 用手圧迫 可 不可

注意事項等

【血糖測定等の記載例】

投与方法

インスリン注射 () インスリンポンプ (機種名)

インスリン (製剤名) (投与時間) (単位量)

() () (単位)

() () (単位)

() () (単位)

*血糖値により要調整の場合はスケールをご指示ください

実施時間

昼食前 昼食後 その他 ()

条件による血糖測定 ()

使用器具

血糖測定器・穿刺器具 ()

低血糖・高血糖時の対応

低血糖時の対応 血糖値 () mg/dl 以下の対応

()

症状で低血糖が疑われる場合の対応

症状 ()

対応 ()

高血糖時の対応 特に必要なし 必要 ()

その他

感染症検査の実施 あり なし

検査日: 年 月 日 B型肝炎 () HIV ()

活動に対する配慮等

【中心静脈栄養】

輸液ポンプの種類 ()

輸液内容・輸液流量 () () ml/h

*指示以外の流量の変更には、原則対応できません

実施時間 24時間 () 時から () 時

ヘパリンロック 製剤名 () ヘパリン () 単位/ml 1回注入量 () ml

留意点 ()

カテーテル抜去時の対応

その他、配慮等 (アラームやポンプの故障への対応等を含む)

【酸素療法】

方法 経鼻カニューレ 酸素マスク その他 ()

時間・量 常時 () l/分

必要時 () l/分 必要な場合 ()

*保育園では指示以外の状態に応じた流量の変更には対応できません

使用する機材 ()

注意事項等

医療的ケア指示書

保育のめやす (0～2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。

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"/> 呼吸困難 頻呼吸 <input type="checkbox"/> SpO2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 [] <input type="checkbox"/> 特になし
	<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		
2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		

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。

医療的ケア指示書

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。

年齢別活動内容	15	3歳児	<p>軽い運動</p> <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。	<p>中等度の運動</p> <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	<p>強い運動</p> <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	<p>生活</p> <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	<p>保育時間</p> <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	<p>軽い運動</p> <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	<p>中等度の運動</p> <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	<p>強い運動</p> <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	<p>行事その他</p> <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	<p>所見</p> <input type="checkbox"/> 呼吸困難 頻呼吸 <input type="checkbox"/> SpO2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	<p>軽い運動</p> <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。	<p>中等度の運動</p> <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	<p>強い運動</p> <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	<p>在園継続の場合</p> <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"/>		

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。

裏面 0～2歳児

(提出先) 足立区教育委員会

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 _____ 保育園・小学校 _____ 氏名 _____

2 実施者 足立区教育委員会で認める実施者

3 医療的ケアの内容 (実施を依頼する医療的ケアの内容を記載してください)

4 期間 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 年度末まで

5 緊急時の連絡先

① _____ (続柄 _____) 電話 _____

② _____ (続柄 _____) 電話 _____

③ _____ (続柄 _____) 電話 _____

6 医療機関 MEIS (医療的ケア児等医療情報共有システム) の登録 有・無

主治医

医療機関名 :

電話番号 :

担当医師名 :

患者 ID :

受診可能なかかりつけ病院 (主治医以外)

医療機関名 :

電話番号 :

担当医師名 :

患者 ID :

その他関係する医療機関

医療機関名 :

電話番号 :

担当医師名 :

患者 ID :

医療機関名 :

電話番号 :

担当医師名 :

患者 ID :

7 その他、連絡事項

記載日令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 保護者氏名 _____

(自署でない場合は、保護者氏名の隣に押印してください)

(提出先) 足立区教育委員会

医療的ケア終了届

主治医の判断により、足立区教育委員会による医療的ケア児支援実施の必要がなくなりましたので、医療的ケアを終了することを届けます。

保育施設	足立区	保育園
申し込み児童名		

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)

以下、主治医記載

上記児童について、足立区教育委員会による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
令和7年10月 第3版発行

発行：足立区教育委員会
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
03-5681-0140（電話）
03-3852-2864（FAX）
kodomo-sienkanri@city.adachi.tokyo.jp（Eメール）