

# 東久留米市保育施設等における 医療的ケアの実施に関するガイドライン

令和5年12月

東久留米市子ども家庭部子育て支援課

## 目次

### 総則

1. 趣旨 (P.2)
2. 定義 (P.2)
3. 医療的ケアの内容 (P.2)
4. 対象者 (P.3)
5. 基本方針 (P.3)
6. 子育て支援課の役割 (P.3)
7. 保育施設等の役割 (P.4)
8. 主治医の役割 (P.4)
9. 園医の役割 (P.4)
10. 看護師等の役割 (P.4)
11. 保護者の役割 (P.4)
12. 実施内容の決定 (P.4)
13. 事故発生時の対応 (P.5)

### 医療的ケア実施上の手続き

1. 新規及び継続・変更の手続き (P.6)
2. 変更又は終了の手続き (P.6)
3. 医療的ケア実施までの基本的な流れ (P.8)

### 様式集 (P.9)

# 総則

## 1. 趣旨

このガイドラインは、「東久留米市医療的ケア受入方針」に基づき、東久留米市及び保育所の設置者等が、在籍する園児を対象として行う医療的ケアについて、その実施に関する総合的な基準を示すとともに、利用調整上の配慮事項及び入所後の対応等について定めたものである。

東久留米市及び保育所の設置者等においては、このガイドラインを踏まえ、主治医の指示のもと、関係機関と相互連携することにより、在籍する医療的ケアを必要とする園児に対し適切な支援を行えるよう、実施体制の整備を図るものとする。

## 2. 定義

- (1) 医療的ケアとは、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」（以下、「法」という。）第2条に定められる医療行為をいう。
- (2) 保育施設等とは、東久留米市内保育所（認可外を除く。以下同じ）、認定こども園（保育所又は幼稚園であるものを除く。以下同じ。）及び家庭的保育施設等（家庭的保育施設及び小規模保育施設をいう。以下同じ）をいう。
- (3) 保育所の設置者等とは、東久留米市内の保育所の設置者、認定こども園の設置者及び家庭的保育施設等を営む者をいう。

## 3. 医療的ケアの内容

保育施設等で行う医療的ケアは、医師の指示に基づいて日常的に継続して保護者が家庭で行っている行為で、医療的ケア児の主治医が保育施設等において行われることに支障がないと認めたものとする。

医療的ケアは、主治医の指示書に基づき、安全性を十分に考慮した上で実施する。

<保育施設等で想定される医療的ケアの例>

項目	概要
喀痰吸引	筋力の低下等により痰や唾液、鼻汁などを自力では十分に排出することが困難な場合、吸引器による痰の吸引を行う。
経管栄養	摂食、嚥下の機能に障害があり、口から食事を摂ることができない、または十分な量を取れない場合などに鼻あるいは口から胃まで挿入されたチューブや、胃ろう・腸ろうを通じて、栄養剤を胃や腸まで注入する。
導尿	排尿障害により、自力で排尿が難しい場合に、膀胱にカテーテルを留置し、排尿する。
その他の医療行為	人工呼吸器による呼吸管理、糖尿病管理、酸素療法、気管切開部の管理、人工肛門等

#### 4. 対象者

保護者から申請があった医療的ケア児（新規入所申込み又は在園児）のうち、東久留米市子ども家庭部子育て支援課（以下、「子育て支援課」という。）が設置する「東久留米市医療的ケア児（保育）受入調整会議」での検討を経て、保育施設等の状況に鑑みて受入れが可能と判断された児童とする。

なお、対象となった児童は、入所の利用調整により、保育施設等の受入れ体制等を十分に考慮した上で、入所の調整を図っていく。

#### 5. 基本方針

保育所の設置者等は、法の基本理念に則り、医療的ケア児に対し、適切な支援を行うため、以下の方針に沿って医療的ケアを実施する。

- (1) 医療的ケアについて、医療的ケア児の健康状態が安定している状態であることを前提として、医療的ケアの実施については、主治医の他、園医、保護者等の関係者の意見を参考に慎重に検討する。
- (2) 実施に当たっては、保護者からの申請に基づき、主治医の具体的な指示と許可を得た後、必要な手続きを経て行う。
- (3) 医療的ケアは、主治医の指導・助言に基づき、保育施設等において看護師等（看護師又は研修を受けた保育士。以下同じ。）が実施する。
- (4) 保育所の設置者等は、看護師等を確保するとともに、医療機関等の指導・助言及び援助が受けられる体制を整備する。
- (5) 実施に当たって、保育施設等が個別マニュアルを作成する。
- (6) 保育施設等は、看護師等と連携して医療的ケアの実施記録をとる。

#### 6. 子育て支援課の役割

子育て支援課は、医療的ケア児に関わる関係者（保護者、保育施設等、主治医、園医等）が相互に協力し、それぞれの役割分担を実践できる体制を整備し、安全を確保するために十分な措置を講ずることとする。

- (1) 「東久留米市医療的ケア受入方針」に基づき、切れ目ない支援に向けた体制整備を構築するため、医療的ケア児コーディネーターや連絡会と必要な情報共有を行う。
- (2) 医療的ケアに係るガイドラインを策定し、必要に応じて更新する。
- (3) 医師、保育施設等職員及び市職員による「東久留米市医療的ケア児（保育）受入調整会議」を設置・運営する。
- (4) 医療機関（主治医、園医、看護師等）と連携を図る。
- (5) 関係機関と連携し、保護者からの相談及び申請を受ける。
- (6) 看護師等の確保について、必要に応じて訪問看護ステーション等と連携し、看護師等の配置又は派遣の調整を図る。
- (7) 医療的ケア実施事例の蓄積及び分析を行う。

## 7. 保育施設等の役割

医療的ケア児が在籍する保育施設等は、組織的な対応ができるよう、看護師等と保育士等が協力する体制を構築する。医療的ケアの実施に係る基準やルールの整備を行い、子育て支援課、主治医、園医、保護者等との連携を密に行い、医療的ケア児の安全確保に努める。

また、緊急時の施設内における実施体制や医療機関等との連携の在り方を構築し、迅速に対応できるようにする。

(1) 保育施設等における実施体制の整備、緊急時・災害時の体制整備

【医療的ケア実施計画書（様式第9号）、医療的ケア実施承諾書（様式第10号）】

(2) 各職員の役割分担の明確化

(3) 子育て支援課、主治医、園医及び保護者等との連携体制（定期的なケース会議等の実施）の構築

(4) 医療的ケア児に係る個別マニュアルをはじめとする各マニュアル等の作成に係る業務

## 8. 主治医の役割

主治医は、医療的ケア児の健康状態及び保育施設等の状況に基づいて医療的ケアに係る指示書を作成する。

(1) 医療的ケア児や保育施設等の状況を踏まえた指示書の作成

(2) 緊急時対応に係る指導・助言

(3) 保育施設等との連携

(4) 保護者への説明

(5) その他

## 9. 園医の役割

保育施設等が作成する個別マニュアルをはじめとする各マニュアル等を共有する。

## 10. 看護師等の役割

看護師等は、主治医の指示に基づき、医療的ケア児の状態に応じ、その安全性を十分に考慮した上で医療的ケアを実施する。また、緊急時においても対応する。

(1) 医療的ケア児のアセスメント・健康管理

(2) 指示書に基づく医療的ケアの実施

(3) 主治医及び保護者との連携

(4) 医療的ケアの記録・管理・報告

(5) ケース会議等への参加

## 11. 保護者の役割

保護者は、保育施設等における医療的ケアの実施体制と役割分担について理解した上

で、保育施設等に主治医の指示書を提供し、適切なケアを受けるために協力する。

- (1) 主治医による指示書の提出
- (2) 子育て支援課、保育施設等及び主治医との連携への協力
- (3) 緊急時の対応
- (4) 看護師等への医療的ケア児の健康状態の報告
- (5) 医療的ケアに必要な医療機関から提供された医療器具、消耗品等の用意

## 12. 実施内容の決定

- (1) 医療的ケアの実施内容は、保護者の依頼に基づき、手続きを進め、保育施設等の状況を確認した上で、東久留米市医療的ケア児（保育）受入調整会議において、実施内容・方法について検討する。
- (2) 医療的ケアの実施について判断する際は、必要に応じて主治医をはじめとする医療機関や看護師等の意見を参考にする。

## 13. 事故発生時の対応

医療的ケアに関する事故が発生した場合、子育て支援課へ報告し、保育施設等、子育て支援課、保護者及び医療機関等が連携して対応する。さらに、事故の再発防止の観点から、関係者における情報共有を十分に行い、改善策を検討する。

- (1) 医療的ケアに関わる事故が発生した場合は、保育施設等の緊急体制や個別マニュアルに沿って速やかな対応に努める。
- (2) 主治医による緊急の対応を取り得ない状況に備えて、保育施設等はあらかじめ主治医や園医と協議の上、緊急時対応の体制を整える。
- (3) 事故発生後、事実を記録し、事故原因、対応状況、結果等をまとめ、保育施設等は子育て支援課に必ず報告し、今後の再発防止に努める。

## 医療的ケア実施上の手続き

### 1. 新規及び継続・変更の手続き

子育て支援課は、医療的ケア実施希望のある保護者から連絡を受けた際、次ページの手順に沿って相談及び申請対応を行う。

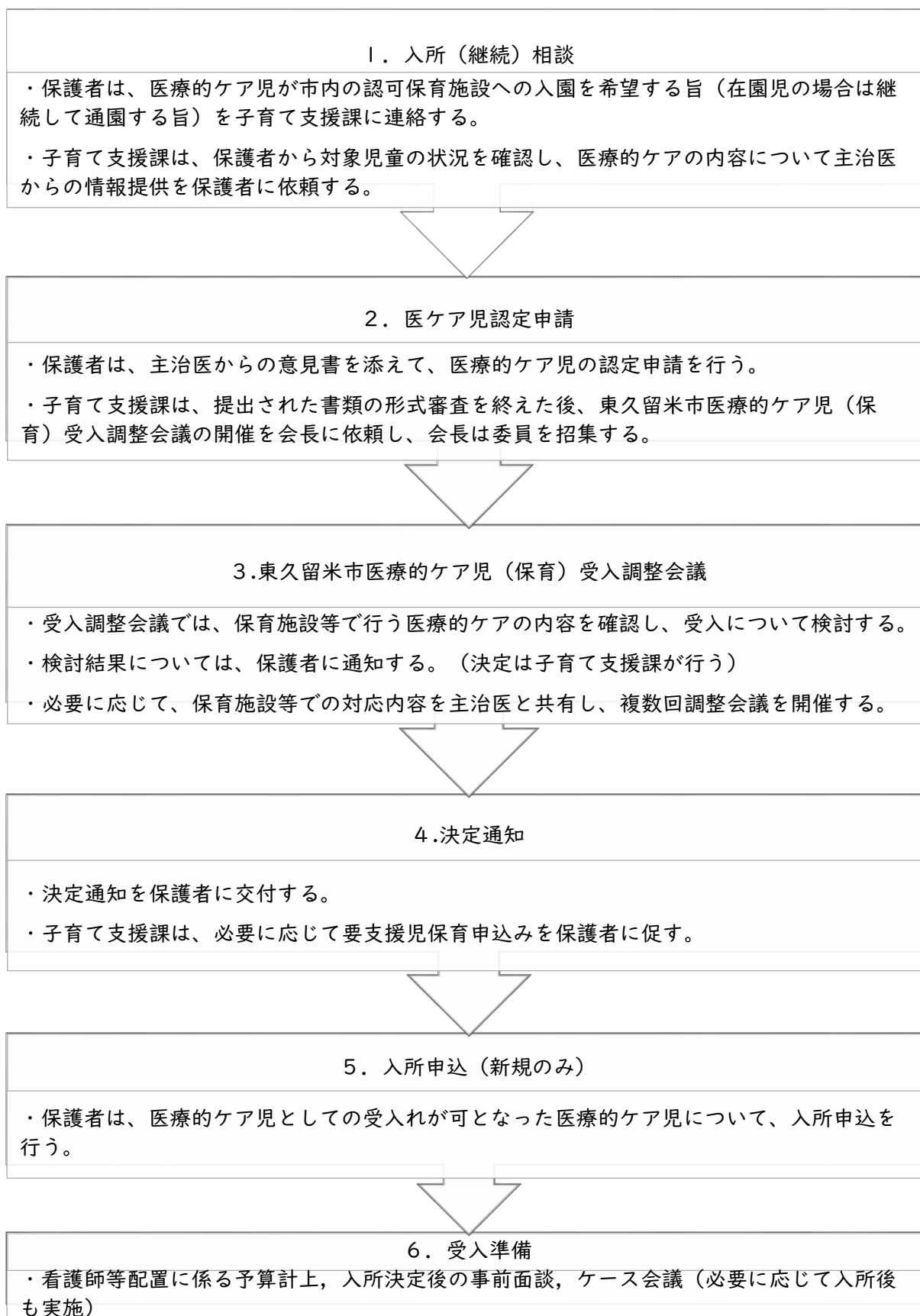
保育施設等での医療的ケア実施については、医療的ケア児の健康状態等を勘案し、毎年度手続きを行う。また、年度の途中において医療的ケアの内容に変更があった場合にも同様の手続きを行う。

### 2. 変更又は終了の手続き

医療的ケア実施期間の途中で医療的ケアを変更する場合、保護者は「東久留米市保育所における医療的ケア利用変更依頼書（様式第6号）」及び「医療的ケアに関する指示書（様式第3号-3）」を子育て支援課へ提出し、主治医の指示内容に伴い、医療的ケアの実施を変更する。また、子育て支援課は、変更に係る申請を受けた際、変更可否について「東久留米市保育所における医療的ケア利用変更可否決定通知書（様式第7号）」を保護者に通知する。

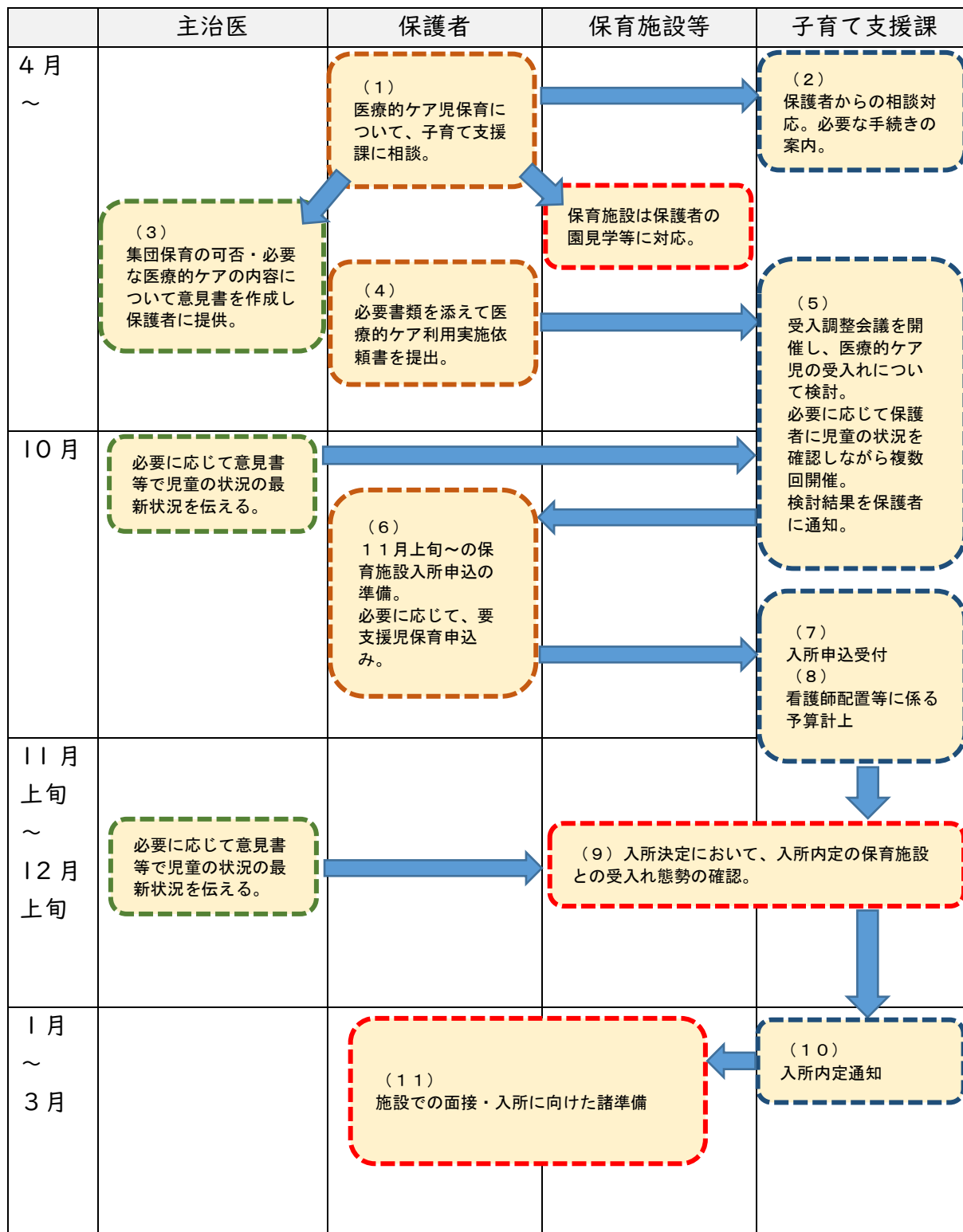
医療的ケア実施期間の途中で医療的ケアを終了する場合、保護者は「東久留米市保育所における医療的ケア利用変更依頼書（様式第6号）」及び「主治医意見書（様式第3号-1）」を子育て支援課へ提出し、主治医の指示内容に伴い、医療的ケアの実施を終了する。また、子育て支援課は、医療的ケアを終了する際は「東久留米市保育所における医療的ケア利用変更可否決定通知書（様式第7号）」を保護者に通知する。

<新規及び継続・変更の手続きの流れ>





<医療的ケア実施までの基本的な流れ（4月入所申請の場合）>



## 様式集

様式	様式名	対象手続			提出者			備考
		入所	変更	終了	市	保護者	施設	
第1号	東久留米市保育所における医療的ケア実施依頼書	○				○		提出先： 子育て支援課  -4) は入所内定の際、対象園に写しを送付
第2号	-1) 医療的ケアに係る調査票 -2) 日常生活の状況に係る調査票 -3) 意見聴取に係る同意書 -4) 緊急時対応確認書	○				○		
第3号	-1) 主治医意見書 -2) 保育のめやす -3) 医療的ケアに関する指示書	○	※1	※2		○		記入：主治医 提出先： 子育て支援課
第4号	東久留米市保育所における医療的ケア利用可否決定通知書	○			○			子育て支援課より保護者に通知
第5号	東久留米市保育所における医療的ケア実施に係る承諾書	○	○			○		様式第4・7号の通知後、保護者より子育て支援課に提出
第6号	東久留米市保育所における医療的ケア利用変更依頼書		○	○		○		(変更・終了時) 作成：保護者 提出先： 子育て支援課
第7号	東久留米市保育所における医療的ケア利用変更可否決定通知書	○			○			(変更時) 子育て支援課より保護者に通知
第8号	東久留米市保育所における医療的ケアの利用終了通知書			○	○			(終了時) 子育て支援課より保護者に通知
第9号	医療的ケア実施計画書	○	○				○	保育施設等が作成し保護者に提出
第10号	医療的ケア実施承諾書	○	○			○		作成：保護者 提出先：保育施設等
第11号	医療的ケア実施報告書	○	○				○	提出時期や確認事項は様式第9号による
第12号	主治医受診結果連絡票	○	○			○		

※1 変更時は様式第6号に様式第3号-3を添付

※2 終了時は様式第6号に様式第3号-1を添付

東久留米市長 様

東久留米市保育所における医療的ケア実施依頼書

下記の児童の医療的ケアについて実施を依頼いたします。

保 護 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
			対象児童との続柄	
	住所	〒		
	電話番号			
対 象 児 童	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒		
		電話番号		
主 治 医	所属医療機関名			
	所在地			
	主治医氏名			
	所在地			
医療的ケアの内容				
入所希望保育施設等 名称				
希望する利用日及び 時間				

※主治医が作成した主治医意見書を添付してください

東久留米市長 様

(保護者氏名)

(保護者住所)

(電話番号)

医療的ケアに係る調査票

下記の対象児童の医療的ケアに係る調査票を提出します。

対象 児童名		男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
出産時の 状況	妊娠期間	( 週 日 )				
	体重	( ) g				
	身長	( ) c m				
	単・多	( ) 胎				
診断名						
通院・ 療育の 状況	医療機関名 ( )					
	診療科 ( )	通院頻度 ( 回 / )				
	医療機関名 ( )					
	診療科 ( )	通院頻度 ( 回 / )				
手帳等の 状況	訪問看護 ( )					
	内 容 ( )	通所頻度 ( 回 / )				
	療育機関名 ( )	通所頻度 ( 回 / )				
手帳等の 状況	身体障害者手帳	( 級 )				
	知的障害者手帳 (療育手帳)	( 度 )				
	精神障害者保健福祉手帳	( 級 )				
	特別児童扶養手当	( 級 )				
身長/体重	身長 : c m 体重 : k g (測定日 : 年 月 日)					
内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名 内服時間 )					
	(薬品名 内服時間 )					
	(薬品名 内服時間 )					

てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度 状況 )		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 会話 (単語・二語文・文章) <input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> 表情 発語の状況 ( )		
運動機能	定額 ( か月) 寝返り ( か月) 座位 ( か月) (這行 か月)		
姿勢 ・ 移動	姿勢の 変え方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (一部・全部) ※介助時の注意点 ( )	
	姿勢の 保ち方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助や支えが必要 普段使用している物品 ( ) 普段よくしている姿勢 ( )	
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助・電動) <input type="checkbox"/> その他	
排 尿	尿意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回/日)	
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 導尿 ( 回/日) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回/日) 使用中の薬剤 ( )	
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 浣腸 ( 回/日) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
食 事	方法 ・ 内容	<input type="checkbox"/> 経口	状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 内容 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	種類 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう 製品名 ( ) カテーテルサイズ ( Fr) ※注入量・回数・時間帯等の詳細を記入
		トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
		交換頻度 (1回/ )	
	血糖値測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時間 ( 時, 時, 時)
	インスリン投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	※量・時間帯など実施状況の詳細を記入

呼 吸 管 理	気管 切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	カニユーレ製品名 ( ) 交換頻度 (1回/ ) トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 製品名 ( ) カテーテルサイズ ( Fr ) ※回数・時間帯・SPO2目安等の実施状況の詳細を記入
	薬剤 の 吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	使用薬液 ( )
その他	集団生活を送る上で配慮が必要な点		

様式第 2 号－ 2

日常生活の状況に係る調査票

※起床、就寝、食事、排泄、医療的ケア等の時間を中心に 1 週間の  
スケジュールを記入してください。

対象児童名							
	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
24:00							

年 月 日

東久留米市長 様

(保護者名)

(住 所)

(連 絡 先)

### 意見聴取に係る同意書

年 月 日付で提出した「東久留米市保育所における医療的ケア実施依頼書」に関して、必要に応じて子育て支援課が行う事前の面談に出席するとともに、東久留米市医療的ケア児（保育）受入調整会議が、対象児童の主治医等から下記の対象児童に係る意見聴取を行うことについて同意いたします。

### 記

対象児童名：

生年月日： 年 月 日



東久留米市長 様  
入所内定保育所施設長 様

(保護者名)  
(住 所)  
(連 絡 先)

緊急時対応確認書

下記の対象児童の緊急時の対応について確認書を提出します。

児童名		男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
通院先						
医療機関名	診療科	担当医名 (主治医)		電話	診療券番号	
緊急搬送先						
※ 緊急時受入れについて相談できる保育園 (所) の近くの医療機関を記入してください。						
医療機関名	診療科	担当医名		電話	診療券番号	
緊急時の対応						
※ 保護者、緊急搬送先に連絡すると同時に、症状に合わせて実施する対応を記入してください。						
症状 (器具のトラブルなど)			対応			
			(具体策 ) の後 経過観察			
			(具体策 ) の後 速やかに医療機関受診			
			ただちに救急搬送			

(裏面に続く)



主治医意見書

東久留米市長 様

下記の対象児童の保育利用に関し必要となる医療的ケア等について、下記及び様式3号-2、様式3号-3のとおり意見書を提出します。

記

- 1. 対象児童名 \_\_\_\_\_
- 2. 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 3. 住所 \_\_\_\_\_ 東久留米市 \_\_\_\_\_
- 4. 診断名 \_\_\_\_\_
- 5. 初診からの経過

6. 現在の状況及び治療内容

7. 医療的ケアの内容及び指示

内容	指示および留意事項

8. 集団保育の適否

裏面に記載している（主治医の先生へ）をご参照の上、該当すると判断される項目の□にレ点を入れてください

- 本児童にとって、集団保育は適切な選択である
- 本児童にとって、集団保育は適切な選択ではない

(裏面もご記入ください)

(主治医の先生へ)

東久留米市では、医療的ケアを必要とする児童の保育園受入れについて、集団保育が可能な児童を対象としています。あくまで集団保育の中で、児童の発達特性に沿った配慮をするものであり、保育士等がつきっきりで個別に対応するものではありません。

市としましては、児童の健康状態等を把握するため、また入園となった際に、保育園生活を支援する資料とするため、先生のご意見を賜りたく考えております。

集団保育が適するのかどうかにつきましては、以下の観点で総合的に判断し、ご記載下さい。

- ・児童の生命維持、安全確保のために、また児童の円滑な日常生活のために、常に、あるいは概ねほとんどの時間、保育士や看護師等の職員が付き添うことを要しない
- ・児童の年齢、疾病や障害の状況、精神発達、運動発達等を総合的に捉え、集団保育において重大事故に発展したり、亡くなったりする可能性が高いとは言えない

○参考：認可保育園における職員配置基準（児童数：職員数）

（0歳児 3人：1人）（1・2歳児 6人：1人）（3歳児 20人：1）（4・5歳児 30人：1人）

#### 9. 上記判断に至る状況・検査結果などの詳細

#### 10. 保育所に入所した場合に、集団保育の中で必要になると想定される配慮事項

- ①健康状態についての配慮：必要 不要      ⑥屋外運動についての制限や配慮：必要 不要  
②食事についての制限や配慮：必要 不要      ⑦感覚異常：あり なし  
③排泄についての配慮：必要 不要      ⑧コミュニケーション：とれる 苦手  
④睡眠についての配慮：必要 不要      ⑨言葉の遅れ：あり なし  
⑤運動についての制限や配慮：必要 不要      ⑩その他特記すべき配慮：あり

#### 11. 上記①～⑩についての具体的な内容、またはその他配慮が必要な項目があればご記入ください

この意見書について、本児童が保育所の入園内定となった場合に、入所内定先の保育所に対し、情報提供することに同意します。

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号（FAX）

主治医

# 保育のめやす

## (0～2歳児用)

氏名 \_\_\_\_\_ ( ) 歳児

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 (利用クラス)	年齢別活動内容		
	0歳児	1歳児	2歳児
	<b>軽い運動</b> <input type="checkbox"/> 腕や足の曲げ伸ばしや開閉をする <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	<b>中等度の運動</b> <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	<b>強い運動</b> <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
	<input type="checkbox"/> 砂あそび <input type="checkbox"/> すべり台を自分でする <input type="checkbox"/> ボールを追う	<input type="checkbox"/> 散歩(分程度まで可能) (最高1km往復30分程度) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り(段位) (室内2往復程度) <input type="checkbox"/> コンビカー(四輪ミニカー)に乗る	<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"/> 砂あそび <input type="checkbox"/> すべり台を自分でする <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"/> 音楽に合わせてリズムカルに動く	

<b>生活</b> <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 沐浴 <input type="checkbox"/> うす着
<b>行事その他</b> <input type="checkbox"/> 遠足 徒歩 <input type="checkbox"/> 遠足 バス <input type="checkbox"/> 運動会
<b>在園継続の場合</b> <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、体操教室等

<b>保育時間</b> <input type="checkbox"/> 通常保育時間 (8時間・11時間) <input type="checkbox"/> 保育時間制限必要( 時間)
<b>所見</b> <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
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%;"></div>
<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かんじるほどの運動。

# 保育のめやす

## (3～5歳児用)

氏名 \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) 歳児

診断名 \_\_\_\_\_

下記の表は通常保育活動です。年齢に関係なく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 (利用クラス)	年齢			生活	保育時間
	3歳児	4歳児	5歳児	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"/> 宿泊保育  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：山登り、マラソン、竹馬等 [ ] [ ]	通常保育時間 (8時間・11時間) 保育時間制限 ( 時間)  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"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> その他  [ ] [ ]  <input type="checkbox"/> 特になし
	軽い運動	中等度の運動	強い運動		
	3歳児	4歳児	5歳児		
3歳児	<input type="checkbox"/> 砂あそび <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"/> 鉄棒のぶらさがり <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	生活 <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"/> うす着	
4歳児	<input type="checkbox"/> 砂あそび <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"/> 鉄棒の前まわり・足抜きまわり <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20分程度) <input type="checkbox"/> ドッジボール <input type="checkbox"/> 相撲 <input type="checkbox"/> 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		
5歳児	<input type="checkbox"/> 砂あそび <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1時間15分程度) <input type="checkbox"/> 鉄棒前まわり <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20～30分程度) <input type="checkbox"/> とび箱を助走して飛ぶ <input type="checkbox"/> 鉄棒の逆上がり <input type="checkbox"/> 相撲 <input type="checkbox"/> サッカー <input type="checkbox"/> ドッジボール <input type="checkbox"/> 縄跳び <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を動かす		

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かんじるほどの運動。

東久留米市長 様  
入所内定保育所施設長 様

(医療機関名)  
(医師名)  
(所在地)  
(連絡先)

医療的ケアに関する指示書

下記の対象児童に対する医療的ケアについて指示書を提出します。

児童名		男・女	生年月日	年 月 日
実施する医療的 ケアの内容	指示内容及び配慮事項			
気管切開	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カニューレ製品名 ( ) 交換頻度 1回/		
吸引	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回数 約 回/日 部位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 カテーテルサイズ(Fr) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12		
経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸ろう 製品名 ( ) 注入内容 ( ) 注入量・回数 ( ) カテーテルサイズ (Fr) ( )		
血糖測定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	時間 ( 時・ 時・ 時) ※数値によって必要な対応 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒裏面の通り		
インスリン 投与	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	薬剤名 ( ) 一回量 単位/回 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 持続投与(メーカー名:) 薬剤名 ( )		
与薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 薬剤名 ( ) 1回量 ( ) 時間 ( )		

(裏面に続く)

<p>血糖値による具体的な対応</p>	
<p>緊急時の対応</p>	<p>【発作、誤嚥、発熱時等に係る対応】</p>
<p>保育施設での生活上の注意及び配慮事項並びに活動の制限等</p>	

※内容に関して、施設等から問合せさせていただくことがありますので予めご了承ください。



東久子子第 号  
年 月 日

(保護者氏名)

様

東久留米市長  
(公印省略)

東久留米市保育所における医療的ケア利用可否決定通知書

年 月 日付で依頼されました東久留米市保育所における医療的ケアの実施について、次のとおり決定しましたので通知します。

1 保育利用に係る医療的ケアの実施を 可 ・ 否 とする。

2 実施可の決定

対象児童	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所			
医療的ケア内容				
利用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
利用時間等				
注意事項	本通知書の決定内容を変更する場合は、市長にその旨を届け出てください。			

3 実施不可の決定

利用不可の理由
---------

なお、本通知は医療的ケアの実施の可否に係る通知であり、希望する保育園への入所を確約するものではないことをご了承ください。

様式第5号

年 月 日

東久留米市長 様

対象者氏名

保護者氏名

東久留米市保育所における医療的ケア実施に係る承諾書

年 月 日付 東久子子第 号で決定がありました医療的ケアの内容、利用期間、  
利用時間等について承諾いたします。

年 月 日

東久留米市長 様

東久留米市保育所における医療的ケア利用変更依頼書

年 月 日付で決定がありました東久留米市保育所における医療的ケア利用について、  
利用内容を変更したいので、次の通り依頼します。

保護者	フリガナ		生年月日	
	氏名		対象児童 との続柄	
	住所		電話番号	
対象児童名	フリガナ		生年月日	
	氏名			
内容の変更を行う事項				
	変 更 前		変 更 後	
住所等				
対象者の心身の状況				
医療的ケアの 内容の変更				
その他				

備考 利用者の心身の状況又は医療的ケアの内容に変更がある場合は、利用者の主治医が作成した「医療的ケアに関する指示書」（様式第 3 号－3）を添付してください。

医療的ケアの利用を終了する際は、「主治医意見書」（様式第 3 号－1）を添付してください。

年 月 日

(保護者氏名)

様

東久留米市長  
(公印省略)

東久留米市保育所における医療的ケア利用変更可否決定通知書

年 月 日付で申請のあった東久留米市保育所における医療的ケア利用内容の変更について、次のとおり決定しましたので通知します。

1 利用内容の変更は 可 ・ 否 とする。

2 変更後の利用内容

対象児童	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所			
利用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
利用時間				
注意事項	本通知書の決定内容を変更する場合は、市長にその旨を届け出てください。			

様式第8号

東久子子第 号  
年 月 日

(保護者氏名)

様

東久留米市長  
(公印省略)

東久留米市保育所における医療的ケアの利用終了通知書

年 月 日付で決定しました東久留米市保育所における医療的ケアの利用について、  
次のとおり終了する旨通知します。

対象 児童	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒		
終了年月日		年 月 日		
終了する理由				

(保護者名)

様

(施設名)

(代表者名)

(所在地)

(連絡先)

医療的ケア実施計画書

下記の対象児童に対する医療的ケアについて実施計画書を提出します。

対象児童名		男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
作成者	(職名)			(氏名)		
実務担当者	(職名)			(氏名)		
医療的ケアの内容	実施手順			準備物・留意点		

予想される緊急時の対応	
予想される緊急時の状態	対応

※面談時等に「医療的ケア実施報告書」(様式第11号)にて施設より保護者に報告します。  
 ※対象児童が主治医に受診した際等、必要に応じて「主治医受診結果連絡票」を施設に提出してください。

様式第10号

年 月 日

(施設名)

(代表者名)

様

(保護者名)

(所在地)

(連絡先)

### 医療的ケア実施承諾書

上記の施設より提出された医療的ケア実施計画書（以下「実施計画書等」という。）の内容について十分な説明を受け、承諾いたしました。

つきましては、実施通知書等に定められた内容に沿って、医療的ケアを実施いただきますよう依頼いたします。

(保護者名) 様

(施設名)  
 (代表者名)  
 (所在地)  
 (連絡先)

医療的ケア実施報告書

下記の医療的ケアの実施について報告書を提出します。

対象児童名		男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
実務担当者	(職名)	(氏名)				
実施した医療的ケアの内容			対象児童の様子・ヒヤリハット事例等			

主治医への質問事項等	主治医意見等記入欄



(施設名)  
(代表者名)

様

(保護者名)  
(住 所)  
(連絡先)

主治医受診結果連絡票

医療的ケアを利用している下記の児童について、受診結果連絡票を提出します。

対象児童名		男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
受診日	年 月 日					
医療機関・ 病院名				医師名		
主治医から の指示事項	(保育施設での留意事項、行事への参加等について記入ください。)					
検査を受けた場合は、検査結果について□にレ点を入れ連絡事項をご記入ください。						
検査項目	連絡事項					
<input type="checkbox"/> 血液検査						
<input type="checkbox"/> 脳波検査						
<input type="checkbox"/> レントゲン検査						
<input type="checkbox"/> その他の検査						
与薬の状況について□にレ点を入れ連絡事項をご記入ください。						
<input type="checkbox"/> 変更無						
<input type="checkbox"/> 変更有	(変更内容)					
次回受診予定日	年 月 日					

<参考様式>

医療的ケアに係る事故報告書

提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(施設名) \_\_\_\_\_

(作成者) \_\_\_\_\_

施設名	
児童名等	(氏 名) (生年月日) (性 別)
発生日時	年 月 日 ( ) 時 分
発生場所	
医療的ケアの内容	
発生時の状況と経過	(対応者)
	(内 容) ※誰が・いつ・どのように対応したか具体的に記載
実施した処置と その後の経過	
原因	
今後の対応と再 発防止に向けた 取組み	
保護者への説明	※誰に・いつ・どのように対応したか具体的に記載

※経過等、多岐に渡る場合は、詳細な記録を添付すること。