

就学前教育・保育施設等での医療的ケア児の  
支援に関するガイドライン

令和7年（2025年）4月 改訂

堺市

## 目次

第1	基本的事項・・・・・・・・・・・・・・・・	1
1	ガイドラインの目的	
2	集団保育等における医療的ケア	
3	受入れの要件	
4	対象児童	
5	医療的ケアの内容	
6	受入れ施設等について	
第2	医療的ケア児の受入れまでの流れ・・・・・・・・	2
1	利用申請にかかる事前相談	
2	利用申請	
3	各区子育て支援課による状況調査	
4	受入れにかかる検討	
5	利用調整	
6	医療的ケア実施に関する手続き	
第3	実施施設における医療的ケア児の生活・・・・・・・・	4
1	医療的ケアの安全実施体制について	
2	緊急時の対応	
3	医療的ケアの内容変更等について	
4	児童発達支援センター等との連携や並行利用について	

＜別紙＞医療的ケア実施にあたっての確認事項

【様式】医療的ケア児の保育に関する主な書類

## 第1 基本的事項

### 1 ガイドラインの目的

本ガイドラインは、堺市内の認定こども園、保育所、小規模保育事業所等の就学前教育・保育施設等（以下「施設」という。）において、医療的ケア児およびその家族が、医療、保健、福祉等の関係機関との緊密な連携のもと、適切な支援が受けられることを目的として定めるものとします。

### 2 集団保育等における医療的ケア

「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいい、「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童をいいます。

施設における集団保育等は、児童の健やかな心身の成長・発達のために安全で適切な教育・保育環境のもとで実施されなければなりません。医療的ケア児の受入れにあたっては、個々の病状や医療的ケアの状況を踏まえた「安全・安心な利用」を前提に、人員配置や施設・設備等の教育・保育環境に留意することが必要です。また、医療的ケアの実施は、医療的ケア児の主治医の指示に基づき、看護師が行うことを原則とします。

### 3 受入れの要件

医療的ケア児の受入れには、次の要件を全て満たしていることが必要です。

- (1) 堺市在住で保育の必要性があり、集団保育等を実施することが適切であると認められること。
- (2) 家庭での生活において病状や健康状態が安定していること。
- (3) 必要な医療的ケアの内容が日常生活の一部として、保護者および児童に定着していること。
- (4) 病状や医療的ケアに関する情報を保護者と施設で十分に共有でき、必要に応じて主治医や関係機関との連携を図ることができること。
- (5) 受入れ施設において人員配置や施設環境などの体制が整えられていること。

### 4 対象児童

満1歳以上とします。

### 5 医療的ケアの内容

施設において実施する医療的ケアは 以下の内容を基本とします。

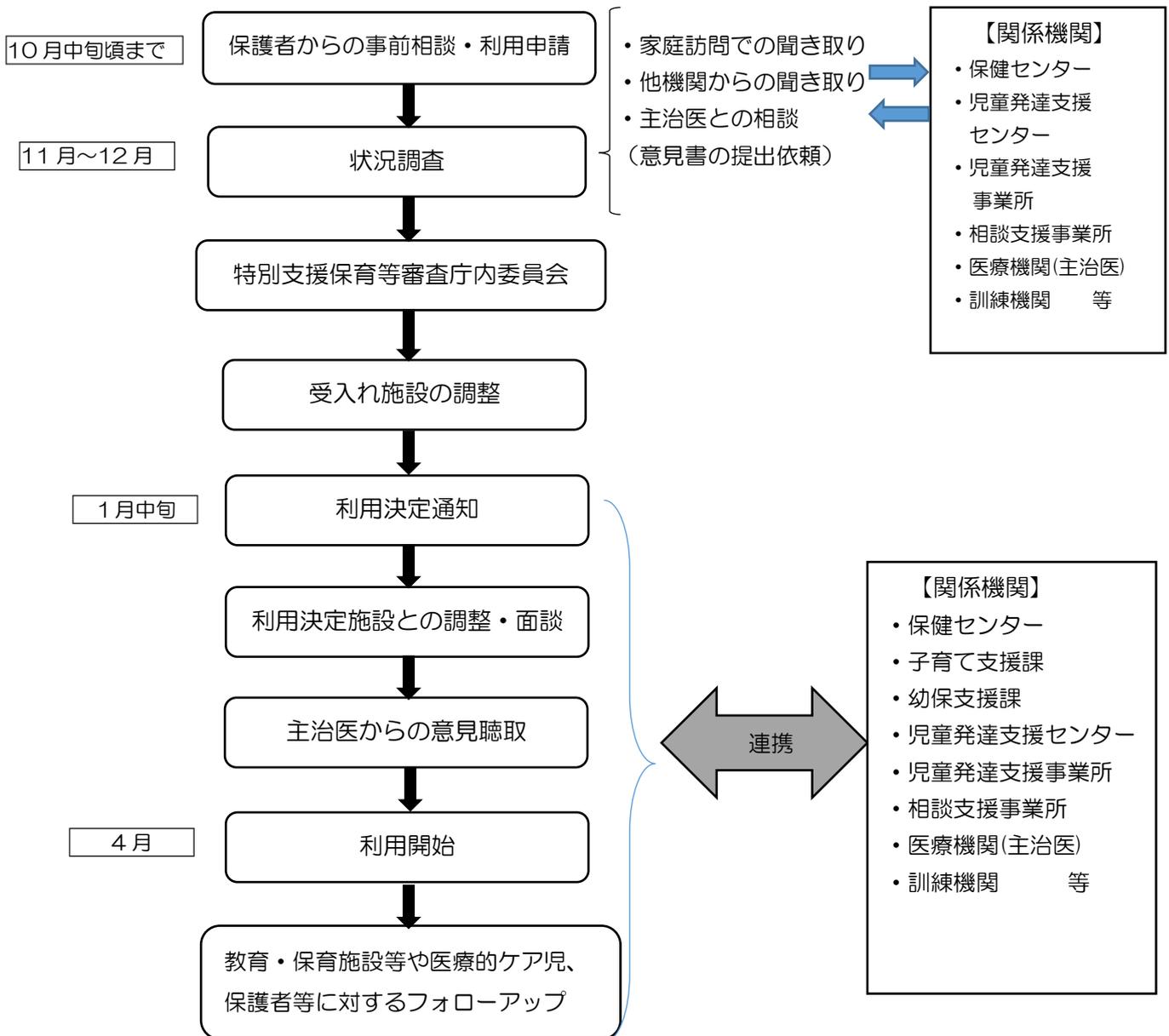
- (1) 経管栄養（経鼻、胃ろう、腸ろう）
- (2) 喀痰吸引
- (3) 酸素療法
- (4) 導尿
- (5) 血糖測定
- (6) インスリン投与
- (7) 人工肛門（ストーマ）

## 6 受入れ施設等について

- (1) 受入れ開始時期は、4月1日からの利用を基本とします。
- (2) 医療的ケアを実施できる時間は、原則、平日（月～金曜日）の1日8時間（午前9時～午後5時）までの範囲内で保護者と協議の上、各施設で決定します。
- (3) 受入れ施設にかかる年齢区分は、以下のとおりとします。

0・1・2歳児	3・4・5歳児
<ul style="list-style-type: none"> <li>●ペガサス保育園つばさく児童発達支援事業所併設の小規模保育事業施設&gt;</li> <li>●その他、公立・民間において対応可能な施設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●ペガサス福泉中央こども園く児童発達支援事業所併設の幼保連携型認定こども園&gt;</li> <li>●その他、公立・民間において対応可能な施設</li> </ul>

## 第2 医療的ケア児の受入れまでの流れ



## 1 利用申請にかかる事前相談

- (1) 医療的ケア児の保育を希望する場合は、各区役所子育て支援課において、施設を利用するにあたっての事前相談が必要です。
- (2) 事前相談では、病状及び医療的ケアの内容や、受診状況、保育を必要とする要件などの聞き取りを行います。
- (3) 本ガイドラインに基づき、医療的ケアの内容、受入れまでの流れや手続き等について説明を行います。
- (4) 保育を必要とするために利用申請を希望する保護者に対しては、本ガイドライン及び「医療的ケア実施にあたっての確認事項（別紙）」「医療的ケア調査票（様式1）」「医療的ケアの申込みに関する主治医意見書（様式2）」「就学前教育・保育施設等における活動のめやす（様式2-別紙）」を配付します。
- (5) 事前相談の内容等については、今後の適切な支援につなげるため、関係機関（保健センター等）と情報共有を図ります。

## 2 利用申請

- (1) 医療的ケア児の利用申請には、「教育・保育給付認定申請書兼利用（調整）申込書」での利用申請（オンライン又はお住まいの区役所子育て支援課窓口）に加え、保護者記入用の「医療的ケア調査票」と主治医記入用の「医療的ケアの申込みに関する主治医意見書」の提出が必要です。
- (2) 「医療的ケアの申込みに関する主治医意見書」は、保護者が主治医に記入を依頼します。受診状況等によっては、提出までに期間を要する場合がありますので、事前相談時にご相談ください。なお、この意見書にかかる費用は、保護者負担とします。
- (3) 利用申請後は、P2のフロー図に沿って、状況調査や利用調整を進めるために、保護者と主治医、関係機関等との情報共有を図ります。

## 3 各区子育て支援課による状況調査

保育の必要性の確認や受入れにあたっての必要な情報を収集するために、児童の状況調査を実施します。

- (1) 家庭での生活の様子や健康状態、発達状況、医療的ケアの具体的内容・方法などについて、家庭訪問などを通して観察し、聞き取りを行います。
- (2) 児童の診察に同行受診するなどによって、「医療的ケアの申込みに関する主治医意見書」をもとに、主治医から必要な情報を聞き取ります。
- (3) 医療的ケア児とその家族全体への支援のあり方を含めて検討するために、関係機関に聞き取りを行うなどの連携を図ります。

## 4 受入れにかかる検討

- (1) 堺市特別支援保育等実施要綱第6条に基づき設置される堺市特別支援保育等審査庁内委員会において、集団保育等を実施する上での安全・安心な施設環境や体制、配慮事項等について審議します。
- (2) 審議の結果、受入れに必要な事項等が提示された場合は、関係機関と連携・調整を図ります。

- (3) 手術や治療のために医療機関に入院中、あるいは入院予定などの場合は、退院後の医療的ケアの状況や健康状態が安定していることを確認する必要があるため、利用調整を見合わせる場合があります。

## 5 利用調整

- (1) 堺市特別支援保育等審査庁内委員会での審議結果を踏まえ、堺市保育施設等利用調整基準に基づいて利用選考を行います。
- (2) 選考により利用が決定した場合は、「利用調整結果通知書」「堺市特別支援保育等実施決定通知書」を送付します。
- (3) 状況調査等に期間を要しますので、利用申請の時期によっては、利用調整が困難になる場合があります。

## 6 医療的ケア実施に関する手続き

- (1) 利用が決定した医療的ケア実施施設（以下「実施施設」という。）は、受入れ準備を進めるために、保護者との面談や児童の観察等を行います。また、当該実施施設の施設長は、保護者に「医療的ケア実施に関する指示書（様式3）」の提出を依頼します。
- (2) 保護者は、主治医に「医療的ケア実施に関する指示書」の記入を依頼します。なお、この指示書にかかる費用は、保護者負担とします。
- (3) 実施施設は、提出された「医療的ケア実施に関する指示書」に基づき、指示書の内容確認や緊急時の対応等の指導助言を受けるため、医療機関受診に同行するなどし、主治医との面談を行います。
- (4) 教育・保育中の医療的ケアに必要となる物品等については、保護者が医療機関と相談の上、実施施設に提供することとします。
- (5) すでに在籍している児童や施設との直接契約にて利用が決定している児童についても、医療的ケアが必要となる場合は、基本的に上記（1）～（4）と同様の対応を行います。

# 第3 実施施設における医療的ケア児の生活

## 1 医療的ケアの安全な実施体制について

- (1) 実施施設は、関係機関の意見を参考に、「医療的ケア実施に関する指示書」に基づき、医療的ケアを実施します。医療的ケアに関する情報は、施設長、保育教諭・保育士、看護師等の職員間で共有します。
- (2) 実施施設関係者の役割  
児童が施設内で安全に医療的ケアを受けながら、集団保育等の中で安心して過ごせるように、施設長、保育教諭・保育士、看護師等の職員、主治医、嘱託医が連携・協働します。
  - ① 施設長は、医療的ケア児の保育及び医療的ケアの安全実施のマネジメントを行います。
  - ② 保育教諭・保育士は、看護師及び保護者と連携して日々の健康状態を把握し、集団保育等を行い、施設での生活の状況を保護者に報告します。

- ③ 看護師は、保育教諭・保育士及び保護者と連携して日々の健康状態を把握します。また、主治医の指示に基づき、必要な「実施計画」等を作成し、保護者の理解及び同意のもと、安全に医療的ケアを実施します。
- (3) 実施施設は、医療的ケア児の発達過程や疾病の状況を踏まえ、安全かつ適切に医療的ケアを提供するために、児童に関わる可能性がある職員が必要な知識や技術を身につけられるよう、研修等の機会確保に努めます。

## 2 緊急時の対応

- (1) 実施施設は、医療的ケア児の健康管理・事故防止のため、主治医及び囑託医の協力により保育を実施します。
- (2) 実施施設は、個々に想定される事故発生時の対応の流れをまとめた「緊急時対応マニュアル」を作成し、主治医への確認と保護者同意のもとに、教育・保育を実施します。
- (3) 児童の体調が悪化した等の理由により、実施施設が教育・保育の継続が困難と判断した場合には、利用時間の途中であっても保護者等による児童の引き取りが必要となります。

## 3 医療的ケアの内容変更等について

- (1) 教育・保育開始後、医療的ケアの実施内容に変更があった場合は、保護者は改めて、「医療的ケア実施に関する指示書」を提出します。
- (2) 医療的ケアが終了する場合は、「医療的ケア実施に関する指示書」等の書式にて、医療的ケアが終了することを主治医に記載していただき、施設に提出します。
- (3) 手術等で長期欠席の後に登園が可能となった場合は、集団保育等の再実施について、必要に応じて主治医等に意見を求めます。

## 4 児童発達支援センター等との連携や並行利用について

- (1) 個々の状況に応じて、児童発達支援センター、児童発達支援事業所、支援学校幼稚部等の医師、看護師、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）等の専門職種とも連携を図ります。
- (2) 児童発達支援センター、支援学校幼稚部等の専門施設と並行利用する場合は、週3日以上の実施施設の利用を前提とします。

## 【様式】 医療的ケア児の保育に関する主な書類

<利用申請時>

- 1. 医療的ケア調査票（保護者記入） 様式1
- 2. 医療的ケアの申込みに関する主治医意見書（主治医記入） 様式2
- 3. 就学前教育・保育施設等における活動のめやす 様式2－別紙

<利用決定後>

- 1. 医療的ケア実施に関する指示書 様式3

## 医療的ケア実施にあたっての確認事項

医療的ケアの実施にあたっては、下記の事項についてご了承ください。

- (1) 医療的ケアは原則、看護師が行います。主治医の指示・指導を受け、安全性が確認できた場合に実施します。
- (2) 配置されている看護師は施設全体の看護師業務を行うこともあるため、常時、医療的ケア児のケアを行うことはできません。
- (3) 医療的ケアは、平日（月～金）の午前 9 時から午後 5 時までの範囲内で対応します。
- (4) 医療的ケアの実施者（看護師）が不在の場合は、医療的ケアについては対応できません。
- (5) 児童の体調を把握し、緊急時も含め、日々施設職員と連絡をとれるようにしてください。
- (6) 医療的ケアの実施に伴う緊急時の対応について、主治医への協力依頼等連携を図ってください。
- (7) 感染症等の流行があった際にはお知らせいたしますので、主治医への相談など必要な対応をとってください。
- (8) 施設で実施する医療的ケアに必要な医療器材・消耗品、受診料、文書料等は保護者負担になります。
- (9) 必要に応じて病院受診に同行させていただくこともありますのでご協力ください。
- (10) 医療的ケアの実施内容等に変更がある場合は、速やかに主治医による「医療的ケア実施に関する指示書」を再提出してください。（主治医の指示が確認できない場合は実施できないこともあります。）
- (11) 利用する施設等の状況により、その他、ご理解ご協力をいただく場合があります。

(医療的ケア様式1)

医療的ケア調査票

児童名		生年月日	年	月	日	保護者氏名	
-----	--	------	---	---	---	-------	--

◆お子さんの病気について、おたずねします。

診断名	すべてお書きください。			
通院頻度	医療機関名	診療科	医師	通院頻度
	・同上			回/
入院などの経過	入院期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )	入院理由 ( )		
	入院期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )	入院理由 ( )		
	入院期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )	入院理由 ( )		

◆お子さんに必要な医療的ケアについて、おたずねします。 ※なるべく詳しくご記入ください。

種類	医療的ケアの内容	
<input type="checkbox"/> 経管栄養	種類 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	注入内容 ( ) 注入量・回数 ( )
<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (たんの吸引)	回数 1回/( )分 1回/( )時間	部位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気切部 カテーテルサイズ ( Fr )
<input type="checkbox"/> 酸素療法	頻度	<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 定時 ( ) <input type="checkbox"/> SPO <sub>2</sub> 低下時 ( 以下 ) <input type="checkbox"/> 夜間のみ
	酸素流量 ( ℓ/分 )	
<input type="checkbox"/> 導尿	カテーテルサイズ ( Fr )	<input type="checkbox"/> 尿道口 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 頻度 ( 回/日 ) 園で必要な時間 ( )
<input type="checkbox"/> 血糖測定	測定法	<input type="checkbox"/> 血糖自己測定 (SMBG) <input type="checkbox"/> 持続血糖モニタリング (CGM) <input type="checkbox"/> フラッシュグルコースモニタリング (FGM)
	測定時間 ( )	
<input type="checkbox"/> インスリン投与	治療法	<input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> インスリンポンプ
	投入時間 ( )	
<input type="checkbox"/> 人工肛門 (ストーマ)		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

裏面に続く⇒

◆通院以外で利用している機関名と利用内容をご記入ください。（相談機関、障害児通所支援、訪問診療など）

機関名	利用開始	利用内容（利用頻度）
	年 月～	（ 回／ ）
	年 月～	（ 回／ ）
	年 月～	（ 回／ ）
	年 月～	（ 回／ ）
	年 月～	（ 回／ ）

◆その他、教育・保育施設等の利用にあたって、伝えておきたいことがあればご記入ください。

◆医療的ケアを実施する1日のスケジュールを具体的にご記入ください。（量や所要時間なども含めて）

時間	実施する医療的ケア（注入・吸引・測定など）	備考（実施者やその他配慮など）
0:00		
3:00		
6:00		
9:00		
12:00		
15:00		
18:00		
21:00		
24:00		

(医療的ケア様式2)

堺市長 宛

年 月 日

医療的ケアの申込みに関する主治医意見書

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

児童名	(男・女) 年齢: 歳 <生年月日> 年 月 日
診断名	
経過および現在の状況	初診日: 年 月 / 次回受診日: 年 月 日  <input type="checkbox"/> 家庭での生活において、病状や健康状態が安定している
治療方針・投薬の内容	<input type="checkbox"/> 定期的受診のみ <( )回/半年・( )回/年 > <input type="checkbox"/> 手術予定 <( )年・か月後 > <input type="checkbox"/> 服薬 < > (備考: )  <心臓疾患のみ> <input type="checkbox"/> アブレーション治療 <input type="checkbox"/> カテーテル治療 <input type="checkbox"/> 埋め込み式除細動器
教育・保育施設等における集団生活の可否	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">集団生活では、午睡や食事、遊びなど、長時間にわたり他児との濃厚な接触の機会が多くあります。医療的ケア児専用の部屋を用意することは難しく、集団内での保育となるため、一般的には感染症を防ぐのは難しい環境にあります。</div> <input type="checkbox"/> 教育・保育施設等での集団生活は可能(理由: ) <input type="checkbox"/> 教育・保育施設等での集団生活は不可(理由: ) <input type="checkbox"/> 手術後の状態確認後に判断 <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )
必要な医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> インスリン投与 <input type="checkbox"/> 人工肛門(ストーマ) <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )

(裏面へ続く)



就学前教育・保育施設等における活動のめやす

		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)	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、息苦しくはない程度)	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)
年齢別活動内容（利用クラス）	0歳児	腕や足の曲げ伸ばしや開閉すべり台(室内用)をすべる ↳(大人にさせてもらう)	ゆさぶり(抱っこされて) 手を握って引き起こす 散歩(往復10分程度)	高い高い 水あそび 激しく泣く ボートこぎあそび
	1歳児	砂あそび すべり台(室内用)をすべる	散歩(往復30分程度) 階段の昇り降り(室内2往復程度) コンビカー(四輪ミニカー)に乗る	走る 階段の昇り降り(歩道橋等) 水あそび 坂登り
	2歳児	砂あそび すべり台を自分ですべる	散歩(往復40分程度) 階段の昇り降り(歩道橋等) 三輪車をこぐ 体操	走る(追いかけて) 水あそび プールあそび 高い所からの飛び降り リズムあそび
	3歳児	砂あそび すべり台をすべる	散歩(往復50分程度) 階段の昇り降り(歩道橋) 鉄棒のぶらさがり 三輪車をこぐ マットあそび	走る(鬼ごっこ 休憩しながら20分程度) 走る(長距離かけっこ200m程度) 水あそび プールあそび 高い所からの飛び降り リズム運動
	4歳児	砂あそび すべり台をすべる	散歩(往復1時間程度) 階段の昇り降り(歩道橋) 鉄棒の前まわり・足抜きまわり マットあそび 登り棒を補助されて登る 水あそび	走る(鬼ごっこ 休憩しながら30分程度) 走る(長距離かけっこ300m程度) プールあそび ドッジボール 縄跳び リズム運動 太鼓橋を渡りきる 鉄棒の逆上がり
	5歳児	砂あそび すべり台をすべる 竹馬のり	散歩(往復1時間程度) 鉄棒の前まわり 物を運ぶ(給食・バケツの水) 登り棒を自分で上まで登る 太鼓橋を渡りきる 水あそび	走る(鬼ごっこ 休憩しながら40分程度) 走る(長距離かけっこ400m程度) プールあそび 鉄棒の逆上がり ドッジボール サッカー 縄跳び リズム運動

(医療的ケア様式3)

( ) 施設長様

医療的ケア実施に関する指示書

園児名		生年月日	年 月 日
病名			
経過及び現在の状況			
医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう)	医療的ケアの終了	
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引		
	<input type="checkbox"/> 酸素療法		
	<input type="checkbox"/> 導尿		
	<input type="checkbox"/> 血糖測定		
	<input type="checkbox"/> インスリン投与		
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 (ストーマ)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> その他 (具体的に: )		
具体的内容及び配慮事項			
緊急時の対応			
保育の制限	<input type="checkbox"/> 制限なし 同年齢児と同じ強度、速度の生活、運動可		
	<input type="checkbox"/> 制限なし 本児のペース、発達に応じた生活、運動可		
	<input type="checkbox"/> 制限あり 「裏面参照」		
保育の配慮	<input type="checkbox"/> 必要としない	【保育上必要とする特別な配慮の内容】	
	<input type="checkbox"/> 部分的に必要とする		
	<input type="checkbox"/> 常に必要とする		

上記のとおり、指示いたします。

裏面あり

令和 年 月 日

医療機関名 :

医師名 :

0・1・2歳児 疾患を有する児童の活動のめやす (□心臓疾患あり)

年 月 日

★下記の表は年齢別活動内容のめやすです。この中から活動可能な項目に印をつけてください。

年齢別活動内容(利用クラス)	軽い運動	中等度の運動	強い運動	生活	保育時間
0歳児	<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おう	<input type="checkbox"/> ゆさぶり(抱っこされて) <input type="checkbox"/> 手を握って引き起こす <input type="checkbox"/> 散歩(往復10分程度)	<input type="checkbox"/> 高い高い <input type="checkbox"/> 水あそび <input type="checkbox"/> 激しく泣く <input type="checkbox"/> ボートこぎあそび	<input type="checkbox"/> 日光外気浴 <input type="checkbox"/> 沐浴 <input type="checkbox"/> 温水シャワー <input type="checkbox"/> 乾布まさつ <input type="checkbox"/> うす着	<input type="checkbox"/> 通常保育時間 <input type="checkbox"/> 保育時間制限必要あり
1歳児	<input type="checkbox"/> 砂あそび <input type="checkbox"/> すべり台(室内用)をすべる	<input type="checkbox"/> 散歩(往復30分程度) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り(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 <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り(歩道橋等) <input type="checkbox"/> 水あそび <input type="checkbox"/> 坂登り	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"/> ※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ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> チアノーゼあり <input type="checkbox"/> 頻脈発作・徐脈・不整脈 <input type="checkbox"/> 失神・けいれん <input type="checkbox"/> その他
2歳児	<input type="checkbox"/> 砂あそび <input type="checkbox"/> すべり台を自分ですべる	<input type="checkbox"/> 散歩(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"/> 体操	<input type="checkbox"/> 走る(追いかけて) <input type="checkbox"/> 水あそび <input type="checkbox"/> プールあそび <input type="checkbox"/> 高い所からの飛び降り <input type="checkbox"/> リズムあそび		<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
在宅医療または入院が必要					
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					
中等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、息苦しくはない程度の運動で、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。

(医療的ケア様式3)

( ) 施設長様

医療的ケア実施に関する指示書

園児名		生年月日	年 月 日
病名			
経過及び現在の状況			
医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> インスリン投与 <input type="checkbox"/> 人工肛門 (ストーマ) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: )	医療的ケアの終了	<input type="checkbox"/>
具体的内容及び配慮事項			
緊急時の対応			
保育の制限	<input type="checkbox"/> 制限なし 同年齢児と同じ強度、速度の生活、運動可 <input type="checkbox"/> 制限なし 本児のペース、発達に応じた生活、運動可 <input type="checkbox"/> 制限あり 「裏面参照」		
保育の配慮	<input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 部分的に必要とする <input type="checkbox"/> 常に必要とする	【保育上必要とする特別な配慮の内容】	

上記のとおり、指示いたします。

裏面あり

令和 年 月 日

医療機関名 :

医師名 :

3・4・5歳児 疾患を有する児童の活動のめやす (□心臓疾患あり)

年 月 日

★下記の表は年齢別活動内容のめやすです。この中から活動可能な項目に印をつけてください。

年齢別活動内容 (利用クラス)	軽い運動	中等度の運動	強い運動
3歳児	<input type="checkbox"/> 砂あそび <input type="checkbox"/> すべり台をすべる	<input type="checkbox"/> 散歩(往復5分程度) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り(歩道橋) <input type="checkbox"/> 鉄棒のぶらさがり <input type="checkbox"/> 三輪車をこぐ <input type="checkbox"/> マントあそび	<input type="checkbox"/> 走る(鬼ごっこ休憩しながら20分程度) <input type="checkbox"/> 走る(長距離かけっこ200m) <input type="checkbox"/> 水あそび <input type="checkbox"/> プールあそび <input type="checkbox"/> 高い所からの飛び降り <input type="checkbox"/> リズム運動
4歳児	<input type="checkbox"/> 砂あそび <input type="checkbox"/> すべり台をすべる	<input type="checkbox"/> 散歩(往復1時間程度) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り(歩道橋) <input type="checkbox"/> 鉄棒の前まわり・足抜きまわり <input type="checkbox"/> マントあそび <input type="checkbox"/> 登り棒を補助されて登る <input type="checkbox"/> 水あそび	<input type="checkbox"/> 走る(鬼ごっこ休憩しながら30分程度) <input type="checkbox"/> 走る(長距離かけっこ300m) <input type="checkbox"/> プールあそび <input type="checkbox"/> ドッジボール <input type="checkbox"/> 縄跳び <input type="checkbox"/> 太鼓橋を渡りきる <input type="checkbox"/> リズム運動 □鉄棒の逆上がり
5歳児	<input type="checkbox"/> 砂あそび <input type="checkbox"/> すべり台をすべる <input type="checkbox"/> 竹馬のり	<input type="checkbox"/> 散歩(往復1時間程度) <input type="checkbox"/> 鉄棒の前まわり <input type="checkbox"/> 物を運ぶ(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"/> 太鼓橋を渡りきる <input type="checkbox"/> 水あそび	<input type="checkbox"/> 走る(鬼ごっこ休憩しながら40分程度) <input type="checkbox"/> 走る(長距離かけっこ400m) <input type="checkbox"/> プールあそび <input type="checkbox"/> 鉄棒の逆上がり <input type="checkbox"/> サッカー <input type="checkbox"/> ドッジボール <input type="checkbox"/> 縄跳び □リズム運動

★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
	在宅医療または入院が必要	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	中等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、少し息がはずすが、息苦しくはない程度の運動で、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。

生活	保育時間
<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 乾布まさつ(上半身裸) <input type="checkbox"/> 足浴 <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  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(5歳児) <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記入ください。	□通常保育時間 □保育時間制限必要あり  所見 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> チアノーゼあり <input type="checkbox"/> 頻脈発作・徐脈・不整脈 <input type="checkbox"/> 失神・けいれん <input type="checkbox"/> その他  □特になし