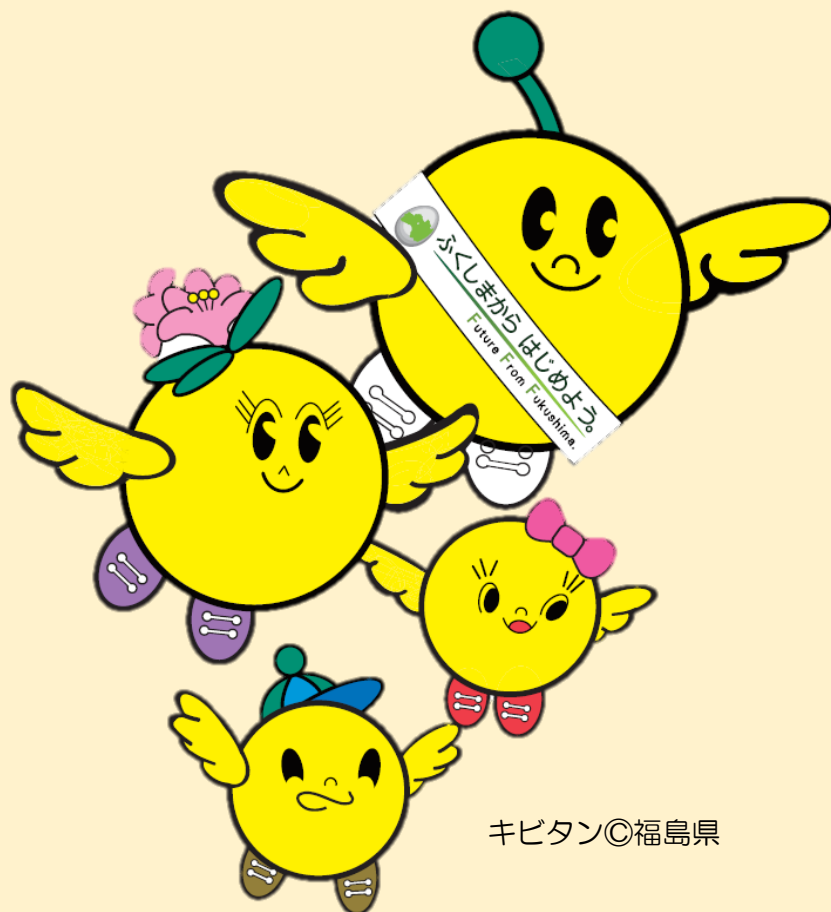


ふくしまサポートブック ～医療的ケアver～



キビタン©福島県

ふりがな	
氏名	
愛称 (ニックネーム)	

サポートブックの使い方

○サポートブックとは？

お子さんの成長・発達には、一人ひとりのニーズに基づいた乳幼児期から学校卒業後の就労期までにわたる一貫した支援が必要です。

このサポートブックでは、お子さんの特性や支援にあたって留意していただきたい事項などを記載することで、様々な生活場面で関わる方が、お子さんの特性を理解し、情報を共有し、円滑な支援を行われることを目的にしています。

医療的なケアを必要とする方に対するご理解並びにご協力をお願いいたします。

○サポートブックの使い方について

- ① 記入できるところから書き入れていきましょう（はじめからすべてのページを記入する必要はありません）。
- ② 医療機関への受診や相談、福祉サービスの手続きなどの時には必ず持参し、必要に応じて情報を書き入れてもらいましょう。
- ③ 気づいたことや心配なことなど、何でも自由に記録しましょう。
- ④ お子さんの成長や状態の変化に応じて、ページを追加しましょう。ページを追加する際は、ページ数の（ ）のところに枝番号を振って追加しましょう。
- ⑤ サポートブックには、ご本人の相談や治療に関する資料も一緒につづっておきましょう。
- ⑥ このサポートブックは、原則、保護者の方に記録、保管していただきますが、作成にあたっては、身近にいる支援者の方などに協力してもらい、作成しましょう。

※様式等については、以下のホームページからダウンロードできます。印刷して利用してください。

HP

福島県児童家庭課

検索



目次

○ プロフィール	P.1
○ 緊急時の連絡先	P.3
○ 生育歴・支援の経過	P.4
生育歴	P.4
育ちの記録	P.5
入院歴	P.6
予防接種・既往歴	P.7
経緯（できごと）	P.8
福祉用具・自助具の利用状況	P.9
居住地・在籍の状況	P.10
○ 健康情報	P.11
○ 診断と判定について 交付されている手帳及び支給内容	P.12
○ 記録	P.13
○ 現在の関係機関	P.14
○ 生活について	P.15
生活リズム	P.15
医療的ケアの状況	P.16
身辺面の状況	P.18
コミュニケーション	P.21
遊び・趣味・好きなこと	P.22
生活について（ぼく・わたしのこと）	P.23
○ 保育の記録（保育所・幼稚園・通所支援事業所等）	P.24
○ 教育の記録（就学後～卒業まで）	P.25
○ 医療的ケア児及びその家族が 利用できる可能性のある制度・事業の紹介	P.26
○ 災害時の対応について	P.29
○ 緊急対応シート	P.31
○ 参考資料	

プロフィール

ふりがな				顔写真を 貼りましょう
氏名				
生年月日	年	月	日生 (歳)	
性別		血液型		
住所	〒 -			
TEL				
家族 (続柄)	()		()	
	()		()	
	()		()	
	()		()	
家族構成図	<p>※支援者の方にも協力してもらって、家族構成図（ツェグラム等）を記載してみましょ</p>			

プロフィール

○本人の願い・意向

○家族の願い・意向

緊急時の連絡先

連絡順

1	名前			続柄	
	連絡先	自宅			
		携帯			
		勤務先			
住所					
2	名前			続柄	
	連絡先	自宅			
		携帯			
		勤務先			
住所					
3	名前			続柄	
	連絡先	自宅			
		携帯			
		勤務先			
住所					

生育歴・支援の経過

○生育歴（母子手帳等を確認して記載してください。）					
妊娠中の健康状態	○不妊治療 無 ・ 有				
	○妊娠中 異常なし ・ 異常あり 切迫早産・妊娠糖尿病・妊娠高血圧症候群・前置胎盤・貧血 その他（ ）				
出産の状況	○出産病院（ ）				
	○妊娠期間 妊娠（ ）週 ○分娩所要時間（ 時間 分） ○分娩時の状況 自然分娩・帝王切開・鉗子分娩・吸引分娩 その他（ ）				
出産時の児の状態	○出生体重（ g） 、身長（ cm）				
	○異常なし ・ 異常あり 所見 仮死 ・ 黄疸 ・ その他（ ） 処置 保育器使用（ 日間） ・ 光線療法（ 日間） その他（ ）				
○発達の経過					
くびのすわり	歳	か月頃	寝返り	歳	か月頃
おすわり	歳	か月頃	はいはい	歳	か月頃
つかまり立ち	歳	か月頃	歩行	歳	か月頃
人見知り	歳	か月頃	意味のある言葉	歳	か月頃
2語文	歳	か月頃	3語文	歳	か月頃

育ちの記録

年月日	身長 (cm)	体重 (kg)	備考

入院歴

年月日	入院先	入院理由

予防接種状況			
予防接種名	年月日	症状、備考、回数等	
BCG			
四種混合			
インフルエンザ菌（ヒブ）			
肺炎球菌			
日本脳炎			
B型肝炎			
麻疹・風疹混合			
水痘			
おたふく			
その他予防接種			
既往歴			
熱性けいれん	有・無	年 月 日	(処置等)
		年 月 日	(処置等)
てんかん	有・無	(初診・診断日) 年 月 日	最終発作 年 月 日 ※詳しくは健康情報(P,11)の欄に記載
慢性疾患	有・無	(初診・診断日) 年 月 日	(症状等)
はしか	有・無	おたふく	有・無
水ぼうそう	有・無	風しん	有・無
アレルギー		有・無	
アトピー性皮膚炎 ・ 気管支喘息 ・ アレルギー性鼻炎 食物アレルギー () その他 ()			

経緯（予防接種、既往歴等に関すること）	
年 月	できごと

福祉用具・自助具の利用状況	
福祉用具・自助具の利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<家庭での具体的な状況>	
<学校での具体的な状況>	
<その他> ※故障した際の対処法、修理先など	

居住地（転居により居住地が変わった場合記載してください）	
居住期間	住所
年 月（ 歳 か月）～	
年 月（ 歳 か月）～	
年 月（ 歳 か月）～	
在籍等の状況	
保育所	名称 年 月～ 年 月
幼稚園	名称 園 年 月～ 年 月
小学校	名称 小学校 年 月～ 年 月
特別支援	名称 支援学校小学部 年 月～ 年 月
中学校	名称 中学校 年 月～ 年 月
特別支援	名称 支援学校中等部 年 月～ 年 月
高校	名称 高等学校 年 月～ 年 月
高校	名称 支援学校高等部 年 月～ 年 月
大学	名称 大学 年 月～ 年 月
その他	名称 年 月～ 年 月
療育・保育歴等	
児童発達支援	名称 年 月～ 年 月
	名称 年 月～ 年 月
放課後等デイサービス	名称 年 月～ 年 月
	名称 年 月～ 年 月
一時保育	名称 年 月～ 年 月
	名称 年 月～ 年 月
訓練等	名称 年 月～ 年 月
	名称 年 月～ 年 月
その他	名称 年 月～ 年 月
	名称 年 月～ 年 月

健康情報

定期的に通院している医療機関からの注意事項、服薬に関する情報を記載してください。_____

病院名	(科)		
主治医氏名		TEL	
服薬中の薬			
診断名			
<特記事項> ※主治医からの注意事項など 			


病院名	(科)		
主治医氏名		TEL	
服薬中の薬			
診断名			
<特記事項> ※主治医からの注意事項など 			

診断と判定について			
年月日	機関名	診断名・判定内容	
交付されている手帳及び支給内容			
療育手帳	無 ・ 有 (A ・ B)		年 月交付
身体障害者手帳	無 ・ 有 (種 級)		年 月交付
精神保健福祉手帳	無 ・ 有 (種 級)		年 月交付
重度心身障害者医療	非該当 ・ 該当	障害基礎年金	1級 ・ 2級
特別児童扶養手当	無 ・ 有 (級)	障害児福祉手当	無 ・ 有
自立支援医療	無 ・ 有	日常生活用具・補助具	無 ・ 有
＜その他（補助具等の内容など）＞			

現在の関係機関

現在関わっている機関について記載しましょう。

(例) 保育所、学校、医療機関、障がい福祉サービス事業所、医療的ケア児等コーディネーターなど

機関名：	機関名：	機関名：
担当者：	担当者：	担当者：
連絡先：	連絡先：	連絡先：
支援概要：	支援概要：	支援概要：
機関名：		機関名：
担当者：		担当者：
連絡先：		連絡先：
支援概要：		支援概要：
機関名：	機関名：	機関名：
担当者：	担当者：	担当者：
連絡先：	連絡先：	連絡先：
支援概要：	支援概要：	支援概要：

生活について（生活リズム）

一日の流れ（食事や水分補給、入浴、排泄、姿勢など）			
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			

生活について（医療的ケアの状況）

※お子さんの状況に応じて、随時、更新しましょう。

項目	詳細情報
呼吸障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 日常の酸素飽和度	() (%)
吸引	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 口腔・鼻腔内	(サイズ Fr、挿入長 <input type="checkbox"/> cm、鼻 cm)
<input type="checkbox"/> 気管内	(サイズ Fr、挿入長 cm)
<input type="checkbox"/> 吸引の頻度	()
<input type="checkbox"/> その他 注意点など	
気管切開 (年 月施行)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 術式	<input type="checkbox"/> 誤嚥防止術 <input type="checkbox"/> 単純気管切開
<input type="checkbox"/> 気管カニューレ	(種類 、サイズ mm) (カフ 圧 hPa, 量 ml)
<input type="checkbox"/> カニューレの固定方法	()
<input type="checkbox"/> カニューレ交換時期	()
<input type="checkbox"/> ガーゼの交換	()
<input type="checkbox"/> 腕頭動脈とカニューレの位置関係	<input type="checkbox"/> 接していない <input type="checkbox"/> 接している (注意点)
<input type="checkbox"/> 人工鼻 <input type="checkbox"/> スピーチバルブ	(注意点・使用方法)
<input type="checkbox"/> 永久気管孔	(注意点)
酸素吸入 (使用開始時期 年 月)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 吸入状況	<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 状態に応じ
<input type="checkbox"/> 吸入の目安	酸素投与量 L/分 SpO ₂ () %以上を維持
<input type="checkbox"/> 投与方法	<input type="checkbox"/> 酸素マスク <input type="checkbox"/> 鼻腔カニューラ <input type="checkbox"/> 呼吸器
<input type="checkbox"/> その他	
人工呼吸器 (使用開始時期 年 月)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 自分で呼吸できる	<input type="checkbox"/> 少しの時間ならできる (時間 分) <input type="checkbox"/> できない
<input type="checkbox"/> 呼吸器の機種	()
<input type="checkbox"/> 呼吸器設定	
※主治医に記載してもらいましょう。	
<input type="checkbox"/> 加温加湿器	
<input type="checkbox"/> 人工鼻	

生活について（医療的ケアの状況）

※お子さんの状況に応じて、随時、更新しましょう。

項目	詳細情報
経管栄養	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 栄養剤の種類、注入量、時間 <input type="checkbox"/> 経鼻チューブ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他	 種類・サイズ・挿入長（ 、 Fr、 cm） 種類・サイズ・有効長（ 、 Fr、 mm） 種類・サイズ・挿入長（ 、 Fr、 cm） （ ）
薬剤吸入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 吸入状況 <input type="checkbox"/> 定時吸入 <input type="checkbox"/> 適宜吸入	薬剤名・量・時間 （ ） （ ） （ ）
その他、服薬の方法	
発熱時の対応	
<input type="checkbox"/> 薬剤名・量 <input type="checkbox"/> 実施の目安 <input type="checkbox"/> その他	（ ） （ ） （ ）
便秘時の対応	
<input type="checkbox"/> 薬剤名・量 <input type="checkbox"/> 実施の目安 <input type="checkbox"/> その他	（ ） （ ） （ ）
緊張時の対応 ※詳細は緊急対応シートに記載	
<input type="checkbox"/> 薬剤名・量 <input type="checkbox"/> 実施の目安 <input type="checkbox"/> その他	（ ） （ ） （ ）
<input type="checkbox"/> その他の医療的ケアや必要な配慮など <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 60px; margin-left: 20px; margin-right: 20px;"></div>	

生活について（身近面の状況）

※お子さんの状況に応じて、随時、更新しましょう。

項目	詳細情報
睡眠	<input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> その他（ ） <その他必要な配慮（体位変換など）>
外出・移動	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; width: 30px; text-align: center;">姿勢</div> <div style="flex-grow: 1;"> <input type="checkbox"/> 寝たきりで首のすわりなし <input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 支えがあれば座れる <input type="checkbox"/> 支えなしで座れる <input type="checkbox"/> 膝で立つ <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 一人で立つ <input type="checkbox"/> その他（ ） </div> </div>
	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; width: 30px; text-align: center;">麻痺</div> <div style="flex-grow: 1;"> <input type="checkbox"/> あり（具体的な状況： ） <input type="checkbox"/> なし </div> </div>
	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; width: 30px; text-align: center;">移動（屋外）</div> <div style="flex-grow: 1;"> <input type="checkbox"/> バギー・車いすで移動する <input type="checkbox"/> 車いすを自走する <input type="checkbox"/> 支えられて歩く <input type="checkbox"/> 一人で歩く <input type="checkbox"/> その他（ ） </div> </div>
	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; width: 30px; text-align: center;">移動（屋内）</div> <div style="flex-grow: 1;"> <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝返りをする <input type="checkbox"/> 背で軸まわりをする <input type="checkbox"/> 背ばいで移動する <input type="checkbox"/> 腹ばいで移動する <input type="checkbox"/> 四つばいで移動する <input type="checkbox"/> 膝立ちで移動する <input type="checkbox"/> つたい歩きをする <input type="checkbox"/> 歩ける <input type="checkbox"/> その他（ ） </div> </div>
	<その他必要な配慮（本人の楽な姿勢やつっぱり、不安の軽減方法など）>

生活について（遊び・趣味・好きなこと・苦手なこと）

※お子さんの状況に応じて、随時、更新しましょう。

屋 内

（屋内で好んですること、していること、苦手なこと等）

（活動の際に配慮すること等）

屋 外

（屋内で好んですること、していること、苦手なこと等）

（活動の際に配慮すること等）

生活について（ぼく・わたしのこと）

※お子さんの状況に応じて、随時、更新しましょう。

※お子さんのアピールポイントやチャームポイント、その他の知っておいてもらいたいこと等について、記載してみましょう。

記載例：「ぼくは、〇〇が大好きです」、「わたしは、〇〇するのが得意です」
「わたしが、〇〇になったときは手伝ってください」など

保育の記録（保育所・幼稚園・通所支援事業所等）

期間		年 月～ 年 月	
施設名			
組・クラス		組 人クラス	
担任（担当者）氏名			
家庭	本人の様子	入園（所）時	卒園（満了）時
	その他 特記事項		

期間		年 月～ 年 月	
施設名			
組・クラス		組 人クラス	
担任（担当者）氏名			
家庭	本人の様子	入園（所）時	卒園（満了）時
	その他 特記事項		

教育の記録（就学後～卒業まで）

期間	年 月 ～ 年 月	
学校名		
学級名（種別）	組（通常学級・特別支援学級・通級指導教室）	
担任氏名		
教育 ニーズ	本人	
	保護者	
	学校	
学習及び生活の状況		
本人の様子		
学習		
生活		
その他		
生活及び家庭の状況		
本人の生活の様子や伸ばしたいこと		
家庭の状況や心配なことなど、支援者に知っておいてほしいこと		

医療的ケア児及びその家族が利用できる 可能性のある制度・事業の紹介

- ここに記載してあるものは、あくまで利用できる可能性のある制度・事業であり、お住まいの市町村では利用できないサービスもあります。
- 一方、お住まいの市町村で独自に実施しているサービス、事業もあります。
- サービスの利用にあたっては、身近な支援者の方などと相談しながら検討しましょう。

分野	制度	事業概要	実施主体
医療	未熟児養育事業	未熟児（身体の発育が未熟のまま出生した乳児（1歳未満）であって、正常時が出生時に有する諸機能を得るに至るまでのもの）に対して、医療保険の自己負担分を補助する。	市町村
	小児慢性特定疾病医療費	患者家庭の医療費負担を減らすため、その医療費の自己負担の一部を助成する。	県 中核市
	難病医療費	指定難病にかかっている患者の医療費の負担軽減を図るため、その医療費の自己負担分の一部を助成する。	県
子育て支援	保育所	就労等している保護者に代わって、保育を必要とする乳幼児の保育を行う施設。	市町村
	放課後児童クラブ	共働き家庭など留守家庭の小学校に就学している児童に対して、学校の空き教室や児童館、公民館などで、放課後等に適切な遊び及び生活の場を与えてその健全な育成を図る。 看護職員の配置に要する費用の補助を活用し、医療的ケアが必要な児童を受け入れる放課後児童クラブもある。	市町村
	居宅訪問型保育事業	集団保育が困難な保育を必要とする乳幼児について、その乳幼児の居宅において保育を行う事業。	市町村
保健	子育て支援世代包括支援センター	妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援のために、保健師等を配置して「母子保健サービス」と「子育て支援サービス」を一体的に提供できるよう、妊産婦、乳幼児並びにその保護者を対象にきめ細かな相談支援等を行う。	市町村
	小児慢性特定疾病児童等自立支援事業	地域による支援の充実（相談支援事業、小児慢性特定疾病自立支援員の設置等）により自立促進を図る。	県 中核市
	小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業	日常生活の便宜を図ることを目的として、特殊寝台等の日常生活用具を給付する。	市町村

医療的ケア児及びその家族が利用できる
可能性のある制度・事業の紹介

分野	制度	事業概要	実施主体
障 が い 福 祉	児童発達支援（医療型児童発達支援）	日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援を行う。	都道府県知事等が指定した事業者
	放課後等デイサービス	授業の終了後または休校日に、事業所に通所し、生活能力向上のための必要な訓練、社会との交流促進などの支援を行う。	都道府県知事等が指定した事業者
	保育所等訪問支援	保育園や児童養護施設等を訪問し、障がい児に対して障がい児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援などを行う。	都道府県知事等が指定した事業者
	居宅訪問型児童発達支援	重度の障がい等により外出が著しく困難な障がい児の自宅を訪問して、発達支援を行う。	都道府県知事等が指定した事業者
	短期入所	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含めた施設で、入浴、排泄、食事の介護等を行う。	都道府県知事等が指定した事業者
	障害児入所施設（福祉型・医療型）	施設に入所している障がい児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与を行う。	都道府県知事等が指定した事業者
	障害児相談支援事業、計画相談	障害児通所支援や障害福祉サービス申請に係る支給決定前にサービス等利用計画案を作成し、支給決定後には事業者等と連絡調整を行い、障がい児支援利用計画等を作成する。	市町村長が指定した事業者
	居宅介護（ホームヘルプ）	自宅で、入浴、排泄、食事の介護等を行う。	都道府県知事等が指定した事業者
	日常生活用具給付等事業	障がい児等のに日常生活上の便宜を図るための用具の給付又は貸与を併行する。	市町村長
	身体障害者手帳	身体障害者福祉法に定める身体上の障害がある者に対して、都道府県知事等が交付する。	県、中核市
	療育手帳	知的障がい児・者への一貫した指導・相談を行うとともに、これらの者に対して各種援助措置を受けやすくするため、児童相談所又は障がい者総合福祉センターにおいて知的障害と判定された者に対して、都道府県知事等が交付する。	県（申請窓口は各市町村）
障害者総合支援法の対象疾病（難病等）	対象疾病に該当する者は、障害福祉サービス等の対象となり、障害者手帳を持っていなくても、必要と認められた支援が受けられる。	市町村	

医療的ケア児及びその家族が利用できる
可能性のある制度・事業の紹介

分野	制度	事業概要	実施主体
障がい福祉	特別児童扶養手当	精神又は身体に障がいを有する児童について手当を支給することにより、これらの児童の福祉の増進を図る。	県（申請窓口は各市町村）
	障害児福祉手当	重度障がい児に対して、その障がいのため必要となる精神的、物質的な特別の負担の軽減の一助として手当を支給することにより、特別障がい児の福祉の向上を図る。	県、市及び福祉事務所を管理する町村
	障害者扶養共済制度	障がいのある方を育てている保護者が毎月掛金を納めることで、保護者が亡くなったときなどに、障がいのある方に対し、一定額の年金を一生涯支給するもの。	県
教育	特別支援学校におけるセンター的機能	特別支援学校は、小・中学校等の要請に応じて、発達障がいを含む障害のある児童生徒等のための個別の指導計画の作成や個別の教育支援計画の策定などへの援助を含め、その支援を行う。	特別支援学校
	教育相談・就学相談	市町村の教育委員会は、乳幼児期を含めた早期からの教育相談の実施や学校見学、関係機関との連携等を通じて、障がいのある児童生徒等及びその保護者に対し、就学に関する手続き等について情報提供を行う。 また、都道府県の教育委員会は、専門家による巡回指導を行ったり、関係者に対する研修を実施するなど、市町村教育委員会における教育相談体制の整備を支援する。	県・市町村
	特別支援教育就学奨励費	特別支援学校等に就学している児童生徒等の保護者に対し、通学費、学校給食費、学用品費等の就学に必要な経費の援助を行う。	国、県、市町村

災害時の対応について

事務連絡

令和元年10月13日

岩手県、宮城県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、東京都、
神奈川県、新潟県、山梨県及び長野県 障害保健福祉主管部（局）御中

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
企画課自立支援振興室
障害福祉課
精神・障害保健課

避難所等で生活する障害児者への配慮事項等について

令和元年台風第19号による災害の対応につきましては、必要な支援の確保等、障害児者の支援に各種ご尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。

標記の災害発生等により避難所等で生活する障害児者とそのご家族への支援に当たっては、障害特性等により特段の配慮が必要となることから、別添の内容に留意していただきますよう、よろしくお願いいたします。

また、管内市町村及び障害福祉関係機関等への周知をお願いいたします。

常時介護や見守りが必要な重度障害児者のご家族への配慮

救援物資の配給

- 障害者本人の見守りが必要なため、家族が側を離れられず、救援物資を受け取れない等の事態が予想されるため、個別に救援物資を届ける等の配慮をお願いします。
- 障害者本人の代わりにヘルパーが配給の列に並んだ場合でも、救援物資を渡していただくよう配慮をお願いします。

ご家族を支える体制

- 障害者本人の見守りが必要なため、家族が側を離れられず、介助者自身の生活行為ができなかったり、親族の捜索にいけない事態が起こります。一時的に介助を交代できる支援体制についてご配慮をお願いします。

避難所等で生活する障害児者とその家族への支援

車いすを利用する人

- 長時間同じ姿勢でいると体に負担がかかる
→ 車いすを降りてリラックスできるスペースの確保が必要です。
- 着替えやトイレのための移動が難しい
→ 移動せずに着替えやトイレができるように、間仕切りなどを活用したプライバシーの確保に配慮してください。

身体障害者補助犬を使用する人

- 使用者と補助犬を分離せず受け入れた上で、周りの方々に補助犬に対する理解を促進
→ 同伴を拒んではならないことが法律で決まっていることを周知し、理解を求めてください。

聴覚障害者

- 支援のためのニーズを把握
→ 障害の程度（聞こえの状態など）は？
情報の取得方法（手話、文字、補聴器など）は？
- 文字等で必要な情報をしっかり伝達
→ プラカードやホワイトボード等を使用した視覚の情報だけで分かるよう表示してください。

視覚障害者

- 支援のためのニーズの把握
→ 障害の程度（全盲、弱視など）は？
情報の取得方法（点字、音声、拡大文字など）は？
- 音声で必要な情報をしっかり伝達
→ 放送やハンドマイク等を使用して、音声情報だけで分かるような説明に配慮をお願いします。

災害時の対応について

避難所等で生活する障害児者とその家族への支援

知的障害児者

- 読み書きや計算に困難がある。言葉をうまく使うことができなかつたり、理解がゆっくりだったり。複雑な会話や抽象的なことを理解することが苦手
→ たくさんの言葉を使わずにゆっくりと話したり、文字にはルビを振るなどの配慮をお願いします。

精神障害者

- 環境変化のストレスや服薬中断により病状悪化のリスクがある
→ 丁寧に病状、服薬情報を聞き取り、医療機関、保健所等につなげる等の必要な支援への配慮をお願いします。

発達障害児者等

- コミュニケーションが不得意な人が多く、初めて体験することへの戸惑いが大きい
→ 指示は紙に書いたり、簡潔な言葉を使うよう配慮をお願いします。
- 不安が強くなるとパニック状態になることもある
→ 本人をよく知る人を見つけて配慮の方法の確認をお願いします。
- 音や光、食べ物のおいなどに敏感で刺激に耐えられない
→ 音を遮断するヘッドフォンやサングラス、マスクを使用できるようにしてください。

高次脳機能障害者

- (事故などにより脳の機能に障害がある状態)
- 記憶障害や注意障害など外から判別しにくい症状がある
→ 常に見守りが必要なケースもあるので、声かけや聞き取り等ご配慮をお願いします。

医療的ケアを必要とする人

- 環境変化による発熱、呼吸状態の悪化等、体調変化を起こしやすい
→ 医療機器（人工呼吸器・吸引器等）の電源の確保の配慮をお願いします。
→ 経鼻経管栄養の場合、液体状の経管栄養剤の確保が必要となりますので、配慮をお願いします。
→ 必要に応じて医療機関への入院や施設等への短期入所も活用していただくよう配慮をお願いします。

人工肛門・人工膀胱保有者

- プライバシーに十分配慮
→ 人工肛門・人工膀胱保有者であることを周りに伝えていない方もいます。同性の担当者が聞き取りに当たるなどプライバシーに十分配慮しながら、ニーズを把握するようにして下さい。
トイレにパウチを洗浄する設備がない場合には代替できる設備設置の配慮をお願いします。

エコノミークラス症候群の予防に

- 狭い場所などで、長時間同じ姿勢をとっていると、エコノミークラス症候群を起こす可能性が高まる
→ 避難所等で被災者への体操指導等を行う場合、知的障害、精神障害、発達障害をお持ちの人の中には集団での活動を苦手とする人がいますので、小集団での体操等の実施にもご配慮をお願いします。

避難所以外で生活している障害児者とご家族への配慮

(避難所以外で生活している障害児者等の把握について)

- 被災地域の自宅や自家用車の中で生活を送っている障害児者やそのご家族には、食料、生活用品の配給やその他の必要な支援の情報が届いていない可能性があります。このため、避難所以外で生活している障害児者等の把握に努めていただき、必要な支援や情報伝達を行えるようにお願いします。

(情報・意思疎通支援の対応について)

- 視覚・聴覚障害者に対しては、特に情報・意思疎通支援が何より重要になります。避難状況等を踏まえ、日頃から支援に携わっている関係者間で連携して、本人や家族等に対し、点字や音声、文字等による被害状況等の提供、手話通訳者等の派遣等の情報・意思疎通支援について、視覚障害者情報提供施設等と連携し、万全の対応を期すようお願いいたします。

緊急対応シート

※緊急時、救急隊員の方などに提供する情報について記載しましょう。

氏名				電話		
住所						
生年月日		血液型	型 (+ -)	平熱	°C	
酸素飽和度 (平常時)	%	心拍数 (平常時)	回/分	血圧 (平常時)	/ mmHg	
1 障がい・疾病名(合併症を含む)・現在の健康状態						
2 緊急時の対応						
(1) 予測される緊急の状態 (てんかん発作、心臓発作、シャントつまり、呼吸困難、意識障害、激しい頭痛など)						
(2) 保護者への連絡、医療機関への搬送の基準						
(3) 病院搬送までに行う具体的対応						
～ 記載例 (てんかん発作の場合) ～						
(1) 発作の前兆として、頭痛を訴える。発作時は、意識が低下し、全身けいれんが20秒ほど続く。 (2) 全身発作が1分続か、1分以内に発作が10回以上ある場合、保護者などへ連絡し、下記の病院へ搬送する。 それ以外の小さな発作は、様子を見る。 (3) 発作時は意識が低下するので、横にさせるか本人が楽な姿勢をとらせる。(2)の状況で医療機関に搬送する。						

緊急対応シート

※緊急時、救急隊員の方などに提供する情報について記載しましょう。

3 搬送病院・医師の指定希望 有 () →下枠に記入する。/無 () →救助者の判断に一任する。			
優先順位	医療機関名	診療科目	医師名
①			
②			
③			
4 現在内服している薬、アレルギーやその他注意事項			
5 その他の留意点			

○ 緊急対応シートの使い方

- ・緊急対応シートについては、お子さんの体調の悪化など、緊急時の対応の指針になるものです。緊急対応シートについては、サポートブックとは別に印刷するなどして、必要に応じて複数準備しましょう。
- ・お子さんが普段活動する場所（学校や事業所等）の職員の方などにお渡しして、日頃から確認していただくことをおすすめします。
- ・外出先などで必要になることも考えられますので、お子さんが普段から持ち歩く荷物の中に緊急対応シートを入れておくことも有効です。
- ・災害時には、次のページの【災害時の補足情報】について事前にまとめておいて、必要に応じて支援者や救急隊員などに提供することも有効です。
- ・お住まいの地区のハザードマップの情報も事前に確認しましょう。

緊急対応シート（災害時の補足情報）

○避難所の場所			
①	名称	住所	
②	名称	住所	
○避難の手段（移動方法）			
○医療機器関連情報（人工呼吸器、酸素吸入器など）			
①	（機器の種別、種類、型番等）		
	（使用上の注意点等） （メーカー等の名称、連絡先）		
②	（機器の種別、種類、型番等）		
	（使用上の注意点等） （メーカー等の名称、連絡先）		
③	（機器の種別、種類、型番等）		
	（使用上の注意点等） （メーカー等の名称、連絡先）		
④	（機器の種別、種類、型番等）		
	（使用上の注意点等） （メーカー等の名称、連絡先）		
○内服薬の情報			
①			
②			
③			
○災害対応関連の連絡先（電力会社、訪問看護ステーション等）			
①	名称	連絡先	
②	名称	連絡先	
③	名称	連絡先	
④	名称	連絡先	

参考資料

- 福島県発達障がい支援体制整備検討会「ふくしまサポートブック」
- いわき市自立支援協議会 児童・療育支援部会「いわきサポートブック」
- しらかわ地域自立支援協議会
教育・子ども支援部会「あんしんサポートブックこすもす」
- 中央法規出版株式会社「医療的ケア児等支援者養成研修テキスト」
- 厚生労働省・文部科学省
平成30年度医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者合同会議
「医療的ケア児とその家族への支援制度について」

福島県児童家庭課のホームページにも、医療的ケアが必要なお子さんが利用できる社会資源についての情報を掲載しています。掲載情報については、随時更新していく予定ですので、そちらもご覧ください。

※令和2年3月現在の掲載情報

- ・ 障害児通所支援について
- ・ 短期入所について
- ・ 小児の受け入れが可能な訪問看護ステーションについて
- ・ 支援事例について
- ・ 医療的ケア児等コーディネーター養成研修の修了者一覧について

ふくしまサポートブック～医療的ケアver～

令和2年3月発行

編集：福島県医療的ケア児地域支援体制に係る合同会議

問合せ先：福島県保健福祉部こども未来局児童家庭課

住所：〒960-8670 福島市杉妻町2番16号

電話：024-521-8382



ふくしまから
はじめよう。

Future From Fukushima.

ふくしまサポートブック
～医療的ケアver～