

青森圏域医療的ケア児

サポートブック



青森圏域医療的ケア児支援体制協議の場



相談内容	相談窓口	電話番号／受付時間
○障がい者手帳の取得に関すること ○福祉サービスの利用に関すること	平内町役場 福祉介護課	017-755-2114
	今別町役場 町民福祉課	0174-35-3004
	外ヶ浜町役場 福祉課	0174-22-2941
	蓬田村役場 健康福祉課	0174-27-2113
	受付時間は、平日の8:15～17:00となります。	
○保育所や幼稚園、一時預かりの利用 ○障がい児保育をしている園の情報	平内町役場 福祉介護課	017-755-2114
	今別町役場 町民福祉課	0174-35-3004
	外ヶ浜町役場 福祉課	0174-22-2941
	蓬田村役場 健康福祉課	0174-27-2113
	受付時間は、平日の8:15～17:00となります。	
○教育上の悩み、いじめや不登校、就学について（教育相談）	平内町役場 学校教育課	017-755-2565
	今別町役場 教育課	0174-35-2157
	外ヶ浜町役場 学務課	0174-31-1235
	蓬田村役場 教育課	0174-31-3111
	受付時間は、平日の8:15～17:00となります。	
○望ましい就学先決定に向けての教育支援に関わる相談	平内町役場 学校教育課	017-755-2565
	今別町役場 教育課	0174-35-2157
	外ヶ浜町役場 学務課	0174-31-1235
	蓬田村役場 教育課	0174-31-3111
	受付時間は、平日の8:15～17:00となります。	
○小児慢性特定疾病に関すること ○難病に関する相談について (平内町、今別町、外ヶ浜町、蓬田村にお住いの方)	東青地域県民局地域健康福祉部保健総室（東地方保健所）	電話番号 017-739-5421 ／ 平日8:30～17:15

※ 上記「相談内容」に記載されていない相談については、お住いの市町村の福祉担当課にお問い合わせください。



記入日	記入者
-----	-----

■本人の情報

(ふりがな) 名前			(写真貼付)
生年月日			
性別	血液型		
主たる障害名			
住所・連絡先	Tel 携帯		
緊急連絡先 (家族)	① 氏名 TEL	② 氏名 TEL	
緊急連絡先 (医療機関)	① 名称 TEL	② 名称 TEL	
本人の願い・意向			
家族の願い・意向			
手帳、福祉サービス利用など	<input type="checkbox"/> 療育手帳 A <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（1級） <input type="checkbox"/> 療育手帳 B <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（2級） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1級） <input type="checkbox"/> 福祉サービスの利用 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（2級） <input type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（3級） <input type="checkbox"/> その他		
受給者証の有無	障害福祉サービスの受給者証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 障害児通所給付費・入所給付費の受給者証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
医療費助成の有無	<input type="checkbox"/> 子ども医療費助成 <input type="checkbox"/> 未熟児養育医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費助成 <input type="checkbox"/> 難病の医療費助成 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成 <input type="checkbox"/> 精神通院医療		
小児慢性特定疾病・難病指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 病名：		
避難行動要支援者 避難支援制度	青森市避難行動要支援者同意確認書兼個別計画の提出状況 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」の場合、主たる避難場所（ ）		

■1日の流れ(食事や水分補給、入浴、排せつ、姿勢など)

6:00	18:00
7:00	19:00
8:00	20:00
9:00	21:00
10:00	22:00
11:00	23:00
12:00	24:00
13:00	1:00
14:00	2:00
15:00	3:00
16:00	4:00
17:00	5:00
18:00	6:00

《備考》

相談内容	相談窓口	電話番号／受付時間
○障がい者手帳の取得に関すること ○福祉サービスの利用に関すること	障がい者支援課 浪岡振興部健康福祉課	017-734-5319 017-734-5327 0172-62-1113 ／ 平日8:30～18:00
○保育所や幼稚園、一時預かりの利用 ○障がい児保育をしている園の情報	子育て支援課 浪岡振興部健康福祉課	017-734-5330 0172-62-1113 ／ 平日8:30～18:00
○望ましい就学先決定に向けての教育支援に関わる相談	青森市教育研修センター 教育支援室	017-743-4900 (代表) 017-765-1507 (直通) ／ (月～金) 9:00～16:30
○教育上の悩み、いじめや不登校、就学について (教育相談)	青森市教育研修センター 教育支援室	017-734-3600 電話相談 (毎日) 9:00～24:00 来室相談 (月水金) 9:00～16:30 (火木) 9:00～21:00 メール相談 (24時間終日) friendly_dial@city.aomori.aomori.jp
○難病に関する相談について (青森市にお住まいの方)	感染症対策課	017-765-5282 (平日) 8:30～17:00

◆東青地域 (平内町、今別町、外ヶ浜町、蓬田村) にお住まいの方の相談窓口

相談内容	相談窓口	電話番号／受付時間
○子どもの疾病や障がいに関する不安 ○子育てや子どもの成長発達の相談 ○家族会への参加・交流	平内町役場 健康増進課	017-718-0019
	今別町役場 町民福祉課	0174-35-3004
	外ヶ浜町役場 福祉課	0174-22-2941
	蓬田村役場 健康福祉課	0174-27-2113
※上記相談窓口には、保健師がいます。 受付時間は、平日の8:15～17:00となります。		

○青森圏域における医療的ケア児等に関する主な相談窓口

◆県が委託する医療的ケア児に関する相談機関

青森県小児在宅支援センター（医療的ケア児全般に関する相談）

医療的ケア児等の生活に関すること等について、医療的ケア児等とご家族や関係機関向けの相談窓口を設置しています。相談に対しては可能な限り現地へ直接赴いて問題解決に努めています。

電話番号 017-752-9678（平日）9:30～16:30

◆その他県が委託する相談機関（専門分野別）

青森県難病相談支援センター（難病に関する相談）

専任の相談員が、医療・福祉・就労など、難病患者やご家族の療養上の不安や困りごと等について相談に応じています。

電話番号 0172-62-5514（月～土 9:00～16:00 ※日、祝日・年末年始を除く）

青森県発達障害者支援センター「ステップ」（発達障害に関する相談）

発達障害がある方が安心して生活することができるよう、発達障害がある方とご家族や関係機関向けの相談窓口を設置しています。

電話番号 017-777-8201 相談受付時間（平日）9:00～17:00

◆青森市にお住まいの方の相談窓口

相談内容	相談窓口	電話番号／受付時間
○小児慢性特定疾病に関すること ○子どもの疾病や障がいに関する不安 ○子育てや子どもの成長発達の相談 ○家族会への参加・交流	あおもり親子はぐくみプラザ 浪岡振興部健康福祉課 (保健師がいます)	017-718-2987 0172-62-1114 ／ 平日8:30～18:00
○障がい者手帳の取得に関すること ○福祉サービスの利用に関すること	障がい者支援課 浪岡振興部健康福祉課	017-734-5319 017-734-5327 0172-62-1113 ／ 平日8:30～18:00
○保育所や幼稚園、一時預かりの利用 ○障がい児保育をしている園の情報	子育て支援課 浪岡振興部健康福祉課	017-734-5330 0172-62-1113 ／ 平日8:30～18:00

■生活の様子

食事	経口	
	経管	
水分		
入浴		
歯磨き・洗顔等		
外出		
家事		
金銭管理		
睡眠		
福祉用具・自助具		
コミュニケーション	周囲→本人	
	本人→周囲	
興味関心、遊び、こだわり		
環境の問題 音や温度、感覚の過敏さなど		

■サービス利用状況

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
備考							

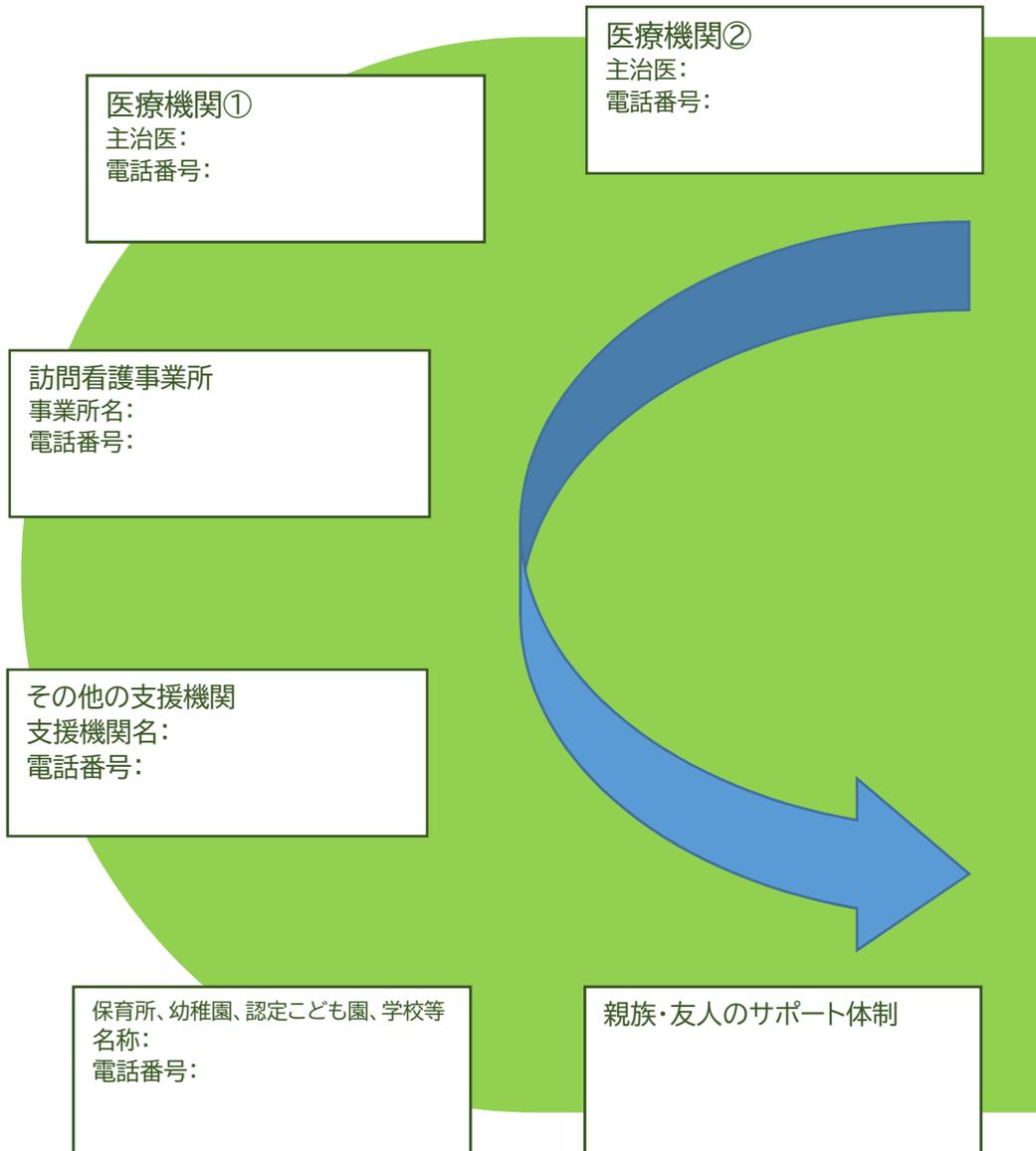
■医療的ケア等の状況 (年 月 日現在)

身長()cm	体重()kg
併存症	
既往症・感染症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
アレルギー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	アレルゲン() 症 状() 対 応()
てんかん発作 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	予 兆() 発作時の対応() 対 応()
吸 引 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 口腔内(Fr) <input type="checkbox"/> 鼻腔内(Fr) <input type="checkbox"/> 気管内カニューレ(Fr) <input type="checkbox"/> 吸入時のチューブ挿入の長さ(cm) <input type="checkbox"/> 吸引処置の頻度	呼吸障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 日常の酸素飽和度 () () () () ()
気管切開 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 人口鼻の着脱 <input type="checkbox"/> ガーゼの交換 <input type="checkbox"/> カニューレの種類 <input type="checkbox"/> カニューレの固定方法 <input type="checkbox"/> カニューレの交換時期 <input type="checkbox"/> 喉頭分離	(年 月施行) <input type="checkbox"/> 単管 <input type="checkbox"/> 複管 頻度() (カフ付き・カフ無し) (カフエアール ml) (Fr) () ()
酸素吸入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 常時同条件での吸入 <input type="checkbox"/> 体調の変化により吸入 <input type="checkbox"/> 酸素マスク <input type="checkbox"/> 酸素鼻腔カニューレ	使用開始時期(年 月) O ₂ ()l/min SpO ₂ ()%目安 実施の目安() ()

※コーディネーター(キーパーソン)に◎をつける

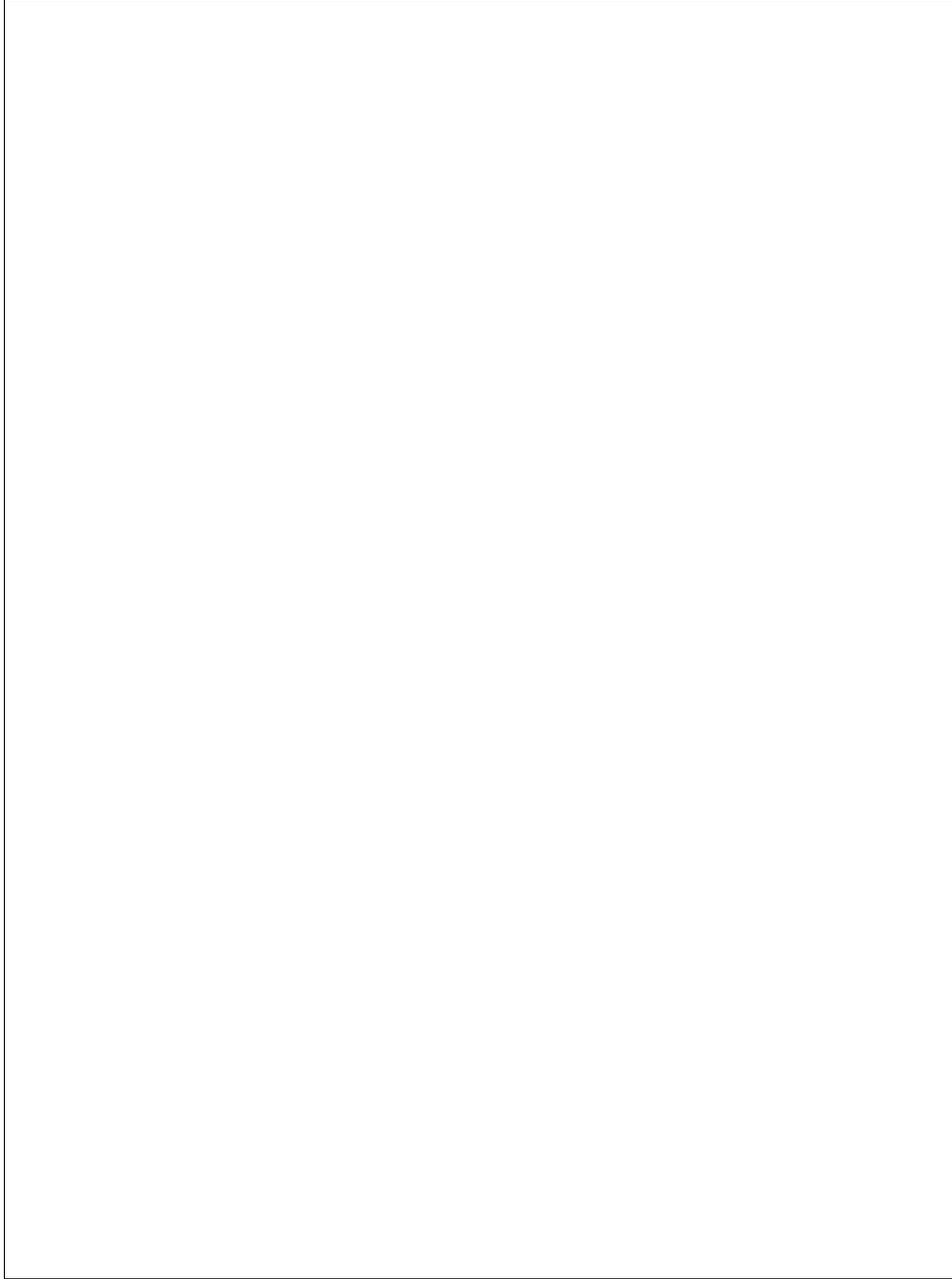
相談支援事業所 事業所名: 担当者名: 電話番号:	障害福祉サービス事業所① 事業所名: 電話番号:
	障害福祉サービス事業所② 事業所名: 電話番号:
	児童発達支援事業所等① 事業所名: 電話番号:
児童発達支援事業所等③ 事業所名: 電話番号:	児童発達支援事業所等② 事業所名: 電話番号:

■関わっている支援者ネットワーク図



薬剤吸入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 常時吸入 <input type="checkbox"/> 適時吸入 <input type="checkbox"/> 噴霧吸入	薬剤名() 時間() 量() 実施の時間()
人工呼吸器 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 機種 条件モード 酸素 呼吸回数 一回換気量	使用開始時期(年 月) () () (%)(l) (回/分) (ml/回)
経管栄養 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経鼻チューブ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	注入方法()注入時間() 注入量(cc) サイズ(cm) 種類()サイズ(Fr) サイズ(Fr)(cm固定)
栄養剤	()
発熱時の対応(°C以上) <input type="checkbox"/> 薬剤名 <input type="checkbox"/> 量 <input type="checkbox"/> 実施の目安	() () ()
排泄 <input type="checkbox"/> 排尿 排尿回数(回/日)方法() <input type="checkbox"/> 排便 排便回数(回/日)方法()	
便秘時の対応 <input type="checkbox"/> 薬剤名 量() () <input type="checkbox"/> 実施の目安 () <input type="checkbox"/> ガス抜き ()	
緊張時の対応 <input type="checkbox"/> 薬剤名 量() () <input type="checkbox"/> 実施の目安 ()	

《お薬情報》 ※お薬手帳の写し等を貼付



《お薬情報》 ※お薬手帳の写し等を貼付

