

岐阜県 地域でくらす **かけはし** ノート

～医療・福祉などを安心して利用するために～



編集 岐阜県健康福祉部医療福祉連携推進課

協力 岐阜県医師会

独立行政法人国立病院機構長良医療センター
重症心身障がい在宅支援センターみらい

【目次】

1. 地域でくらすかけはしノートについて	… 1
2. 本人の情報	… 3
■本人の情報	… 3
■持っている手帳	… 3
■本人の住所・連絡先	… 3
■家族の連絡先	… 4
■家族以外の緊急連絡先	… 4
■家族構成図	… 5
■家族構成	… 5
■かかりつけの病院	… 5
■その他	… 6
3. 成育歴	… 7
■出生時の状況	… 7
■発達の記録	… 7
■身長・体重の記録	… 7
■通所施設・保育所・学校等の状況	… 8
■予防接種	… 8
4. 家での様子	… 9
■現在の状況	… 9
■コミュニケーション手段	… 12
■一日の流れ	… 13
■家庭での過ごし方・介助にあたり配慮してほしいこと	… 14
5. 医療的ケア等の状況	… 15
■医療的ケアの状況	… 15
■その他必要な医療的ケア	… 17
■病歴	… 18

6. 福祉サービス利用の記録	… 19
■障害支援区分	… 19
■事業所、相談・支援機関利用の記録	… 19
■支援機関ネットワーク図	… 21
■短期入所持ち物リスト	… 22
7. 相談窓口等	… 23
■市町村の福祉相談窓口	… 23
■市町村の保健相談窓口	… 23
■身体障害者更生相談所	… 23
■知的障害者更生相談所	… 23
■子ども相談センター	… 24
■保健所等	… 24
■特別支援学校	… 25
■関係団体	… 28
8. 受けられるサービス	… 29
■身体障害者手帳の交付	… 29
■療育手帳の交付	… 29
■自立支援給付で受けられるサービス	… 29
■重症心身障がい者の医療費助成	… 30
■特別児童扶養手当	… 30
■障害児福祉手当	… 30
■障害基礎年金	… 30
■特別障害者手当	… 30
9. 医療的ケア児等医療情報共有システム	… 31
10. 保護者の願い	… 32
11. 医療連携カード	… 33
12. 福祉サービス利用カード	… 35
13. 緊急時情報提供カード	… 37

1. 地域でくらすかけはしノートについて

■地域でくらすかけはしノートとは？

このノートは、心身に障がいや医療的ケアのある方が安心して社会生活を送れるようにするためのものです。医療機関や福祉施設などで家庭と同じ支援を受けやすくするために、本人の支援に役立つ情報を保護者の方や関係機関が記入し、情報共有します。

(1) 保護者の方へ

○最初に「本人の情報」「成育歴」「家での様子」を記載してみましょう。

○使う目的に合わせて、少しずつ手帳の内容を記載してみましょう。

ノートは、医療機関への受診、福祉サービスの利用や相談など、さまざまな場面でお使いいただけます。

～目的別 地域でくらすかけはしノートの使い方～

●レスパイトサービスを受けるとき

⇒「現在の状況」「医療的ケア等の状況」「短期入所持ち物リスト」へ
家庭で行っているのと同じような支援を受けやすくします。

●各支援機関と情報共有したい

⇒「福祉サービス利用の記録」「福祉サービス利用カード」へ
各支援機関がサービス等利用時の本人の状態を記録することで、保護者や各支援機関と情報共有することができます。

●医療機関と情報共有したい

⇒「医療連携カード」へ
かかりつけ医や医療機関、訪問看護ステーションと情報共有することができます。

●災害時、緊急時に

⇒「本人の情報」「緊急時情報提供カード」へ
周りに知っている人がいなくても、本人の情報や緊急連絡先がわかります。

- いざという時にもすぐ活用できるよう、普段から家族等で「地域でくらすかけはしノート」の保管場所を伝えあいましょう。
- 本人の成長やライフステージに合わせて、ページを追加したり差し替えたりできます。
- ページが足りなくなったときは…
岐阜県のホームページから印刷していただくことができます。
右のQRコードからアクセスください。



(2) 支援者の方へ

- 本人の支援に役立つ情報が記載されています。サービス等利用時にお役立てください。(個人情報につき、取扱いにご配慮をお願いします。)
- サービス等利用時の本人の状態を「福祉サービス利用カード」に記載することで、保護者や各支援機関と情報共有することができます。
- ノートが支援のサポートツールとして定着するよう、サービス等利用時に保護者の方にノートをお持ちかどうかお声かけをお願いします。

●医療機関の方へ

医療的ケアの状況や病歴、服薬の情報が記載されていますので、医療サービスの提供の際にご活用ください。「医療連携カード」に、訪問看護師からの相談・確認したいことが記載されていた場合、ご記入をお願いします。

●福祉サービス事業所の方へ

障害支援区分や手帳の所持状況、これまで受けてきた福祉サービスや医療的ケアの状況のほか、本人の家庭での様子や留意点などが記載されていますので、本人の状態に合った福祉サービスの提供にご活用ください。

●相談機関の方へ

成育歴や家族構成、学校等これまで利用してきた支援機関が記載されていますので、相談を受けられる際や関係機関との連携にご活用ください。

●行政機関の方へ

手帳の所持状況や障害支援区分、福祉サービス利用の記録が記載されていますので、行政手続きなどの際の参考としてください。

2. 本人の情報

さんの情報 (年 月現在)

(ふりがな)		写 真 を 貼 り ま し ょ う
氏 名		
普段の呼び名		
性 別	男 ・ 女 (記載は任意です)	
生 年 月 日	年 月 日	
血 液 型	(R h + ・ R h -)	
主たる障がい名		
福祉医療の受給	<input type="checkbox"/> 重度心身障がい者 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 母子家庭等 <input type="checkbox"/> 父子家庭 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 受給なし	

■持っている手帳

身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり (種 級) <input type="checkbox"/> なし
	【障がい名】
療 育 手 帳	<input type="checkbox"/> あり (A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2) <input type="checkbox"/> なし
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> あり 級 <input type="checkbox"/> なし

■本人の住所・連絡先

本人住所：〒 -
TEL： 携帯 TEL：

■家族の連絡先

①家族氏名		続柄	
携帯 TEL			
携帯メールアドレス			
勤務先		勤務先 TEL	

②家族氏名		続柄	
携帯 TEL			
携帯メールアドレス			
勤務先		勤務先 TEL	

■家族以外の緊急連絡先（上記以外の親戚や関係者など）

①緊急連絡先 <氏名： 続柄： >

携帯 TEL			
携帯メールアドレス			
勤務先		勤務先 TEL	

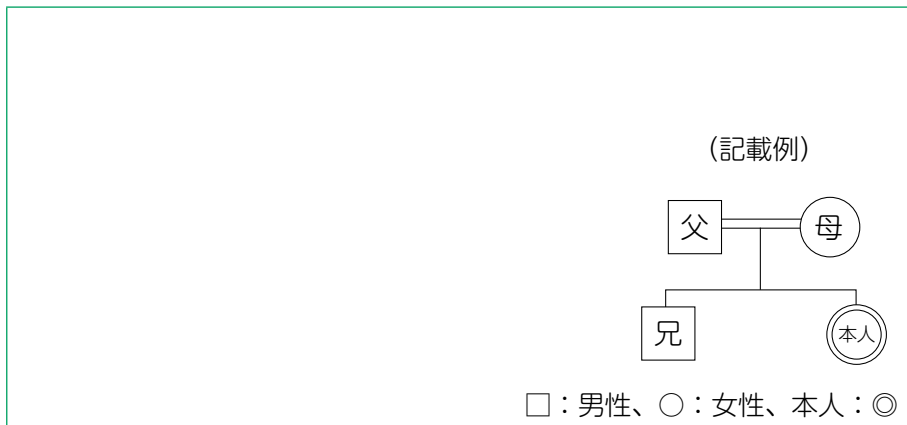
②緊急連絡先 <氏名： 続柄： >

携帯 TEL			
携帯メールアドレス			
勤務先		勤務先 TEL	

③緊急連絡先 <氏名： 続柄： >

携帯 TEL			
携帯メールアドレス			
勤務先		勤務先 TEL	

■ 家族構成図



■ 家族構成

続柄	氏名	生年月日	同別居
		年 月 日	同・別
		年 月 日	同・別
		年 月 日	同・別
		年 月 日	同・別
		年 月 日	同・別
		年 月 日	同・別
		年 月 日	同・別

■ かかりつけの病院

病院名：	主治医（ ）
初診日： 年 月 日	電話番号：
病院名：	主治医（ ）
初診日： 年 月 日	電話番号：
病院名：	主治医（ ）
初診日： 年 月 日	電話番号：

■その他

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. 成育歴

■出生時の状況

出生病院・医院			
在胎週数	週	日	
出生体重	g	頭囲	mm
アプガースコア(1分)/(5分)	/		
出生時の特記事項			

■発達の記録

首のすわり	か月	寝返り	歳 か月
お座り	歳 か月	四つ這い	歳 か月
つたい歩き	歳 か月	歩行	歳 か月
初語	歳 か月	二語文	歳 か月

■身長・体重の記録

年 月 日 (歳 か月)	身長:	cm	・	体重:	kg
年 月 日 (歳 か月)	身長:	cm	・	体重:	kg
年 月 日 (歳 か月)	身長:	cm	・	体重:	kg
年 月 日 (歳 か月)	身長:	cm	・	体重:	kg
年 月 日 (歳 か月)	身長:	cm	・	体重:	kg
年 月 日 (歳 か月)	身長:	cm	・	体重:	kg
年 月 日 (歳 か月)	身長:	cm	・	体重:	kg
年 月 日 (歳 か月)	身長:	cm	・	体重:	kg
年 月 日 (歳 か月)	身長:	cm	・	体重:	kg
年 月 日 (歳 か月)	身長:	cm	・	体重:	kg

■通所施設・保育所・学校等の状況

就学前の 通所施設	施設名：
	支援期間： 歳 か月 ～ 歳 か月
	支援内容：
	施設名：
	支援期間： 歳 か月 ～ 歳 か月
	支援内容：
保育所など	
小学校	(通常 / 特学 / 特支・通学 / 訪問)
中学校	(通常 / 特学 / 特支・通学 / 訪問)
高等部	(通常 / 特学 / 特支・通学 / 訪問)
その他	

■予防接種（母子手帳参照）

お子さんは病気にかかりやすく、かかると重症化することがあります。

予防接種で防げる病気もありますので、主治医と相談してスケジュールを立て、母子手帳に接種日を記載して管理しておきましょう。

定期的な予防接種は市町村が実施します。日程など詳しくは、お住まいの市町村にお尋ねください。

4. 家での様子【 年 月 日 (歳 か月) 現在】

■現在の状況

詳細については余白に記入

姿 勢	<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"/> 支えがあれば座っている <input type="checkbox"/> 支えなしで座っている <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 ()
麻 痺	<input type="checkbox"/> あり (具体的な状況:) <input type="checkbox"/> なし

移 動	<input type="checkbox"/> バギーで移動する <input type="checkbox"/> 車イスで移動する <input type="checkbox"/> 車イスを自走する <input type="checkbox"/> 支えられて歩く <input type="checkbox"/> 一人で歩く <input type="checkbox"/> その他 ()
	<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"/> 四つ這いで移動する <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 ()

食 事	<input type="checkbox"/> 食べさせている <input type="checkbox"/> 介助は必要だが自分で食べようとする <input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> その他 ()
所 要 時 間	分
食事の姿勢	
食 事 形 態	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ⇒ P11 へ <input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 哺乳瓶使用 <input type="checkbox"/> ミキサーにする <input type="checkbox"/> 柔らかく調理して食べる <input type="checkbox"/> 家族と同じものを刻む <input type="checkbox"/> おかずは家族と一緒にものを食べる <input type="checkbox"/> 主食はご飯・お粥 <input type="checkbox"/> その他 ()
食 事 用 具	<input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> その他 (自助具等) ()
1回の食事量	茶碗 () 杯
食 事 摂 取	<input type="checkbox"/> 飲み込めない <input type="checkbox"/> かまずに飲み込む <input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 普通に食べる <input type="checkbox"/> その他 ()
食 欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変動する <input type="checkbox"/> 好きな食べ物 () <input type="checkbox"/> 嫌いな食べ物 ()
補 食	

経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻チューブ（鼻元 cm） チューブが抜けたときの対処方法 医師が挿入・X線撮影（要・不要） その他（ ） <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
栄養の中身	
注入の時間帯	
注入時の姿勢	
所要時間	
注意事項	

水分摂取	<input type="checkbox"/> 水分は飲めない <input type="checkbox"/> 哺乳瓶で飲む <input type="checkbox"/> スプーンで一口ずつ飲ませる <input type="checkbox"/> ストローで飲む・飲ませる <input type="checkbox"/> ピジョンで飲む・飲ませる <input type="checkbox"/> コップで飲める・飲ませる <input type="checkbox"/> その他（トロミ剤使用の有無など ）
摂取量	<input type="checkbox"/> 一回量（約 cc） <input type="checkbox"/> 一日量（約 cc）

排 泄	<input type="checkbox"/> 自然に便ができる（毎日・日毎） <input type="checkbox"/> 便の状態（ ） <input type="checkbox"/> オムツを使用 <input type="checkbox"/> トイレでできる <input type="checkbox"/> 定時にさせる（ 時・時・時・時） <input type="checkbox"/> 排便を知らせる <input type="checkbox"/> 便意を教える <input type="checkbox"/> 浣腸・下剤を使用している （下剤名： ） （頻度： ） <input type="checkbox"/> その他 （ ）
排尿の状況	<input type="checkbox"/> オムツを使用 （おむつ替えの頻度・間隔） <input type="checkbox"/> パンツを使用 <input type="checkbox"/> 尿器を使用 <input type="checkbox"/> 定時にさせる（ 時・時・時・時） <input type="checkbox"/> 排尿を知らせる <input type="checkbox"/> 尿意を知らせる <input type="checkbox"/> その他（癖など）

■コミュニケーション手段

視覚障がい	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
聴覚障がい	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
<p>コミュニケーションの手段</p> <p>コミュニケーション機器の使用 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p><具体的な状況></p>		

■一日の流れ（食事や水分補給、入浴、排泄など）

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			

■家庭での過ごし方・介助にあたり配慮してほしいこと

遊 び	○お気に入りのこと（もの）など
食 事	
口腔ケア	
排 泄	
入 浴	
着脱衣	
就 寝	
不安時 の様子	
その他	

5. 医療的ケア等の状況【 年 月 日 (歳 か月) 現在】

■医療的ケアの状況

詳細については余白に記入

<p>人工呼吸器</p> <p><input type="checkbox"/>あり 自発呼吸 装着時間 機種 設定モード 酸素 呼吸回数 一回換気量</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p>	<p>あり ・ なし 常時 ・ 夜間 ・ その他 () () () () % () () 回 / 分 () ml / 回</p>
<p>吸引</p> <p><input type="checkbox"/>あり <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"/>その他 <input type="checkbox"/>吸引の頻度</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p>	<p>日常的な SpO₂ (酸素飽和度) () % () () 時間に () 回 ・ ()</p>
<p>気管切開</p> <p><input type="checkbox"/>あり カニューレの種類 // サイズ 喉頭気管分離</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p>	<p>(カフ付 ・ カフ無) (Fr) (あり ・ なし)</p>
<p>在宅酸素</p> <p><input type="checkbox"/>あり 使用頻度 使用方法 接続方法 <input type="checkbox"/>酸素濃縮器 <input type="checkbox"/>酸素ポンペ</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p>	<p>O₂ () l/min SpO₂ () % 目安 常時 ・ 夜間のみ ・ その他 () マスク ・ カニューレ ・ その他 () 呼吸器 ・ 人工鼻 ・ その他 () (機種名 :) あり (サイズ :) L) ・ なし</p>

吸入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 常時吸入 <input type="checkbox"/> 体調の変化により吸入 <input type="checkbox"/> なし	(薬剤名：) (量：) (実施の目安)
経管栄養 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 経鼻チューブ () cm <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 注入方法 () <input type="checkbox"/> 注入時間 () <input type="checkbox"/> 注入量 (cc) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養法 <input type="checkbox"/> 間欠的経口経管栄養法
<input type="checkbox"/> 栄養剤	栄養剤名 () () ()
導尿 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	() 時間毎 1回の尿量 約 (ml) カテーテルサイズ (Fr) ()
アレルギー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	アレルギー () 症状 ()
てんかん発作 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	予兆 () 発作時の対応 () <input type="checkbox"/> 坐薬挿入 () <input type="checkbox"/> 注意すべきポイント ()
発熱時の対応 <input type="checkbox"/> 薬剤名 <input type="checkbox"/> 量 <input type="checkbox"/> 実施の目安	(平熱： ~ °C) () () ()

<p>定期薬</p> <p><input type="checkbox"/>あり（薬剤名）</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/>処方病院</p> <p><input type="checkbox"/>お薬手帳等参照</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p>	<p>用量</p> <p>服薬の方法</p> <p>() ()</p> <p>() ()</p> <p>() ()</p> <p>() ()</p> <p>() ()</p> <p>() ()</p> <p>() ()</p> <p>() ()</p> <p>() ()</p> <p>() ()</p> <p>() ()</p>
<p>臨時薬①</p> <p><input type="checkbox"/>薬剤名</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/>処方病院</p>	<p>服薬の方法 ()</p> <p>用量 ()</p> <p>()</p>
<p>臨時薬②</p> <p><input type="checkbox"/>薬剤名</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/>処方病院</p>	<p>服薬の方法 ()</p> <p>用量 ()</p> <p>()</p>
<p>便秘時の対応</p> <p><input type="checkbox"/>薬剤名</p> <p><input type="checkbox"/>量</p> <p><input type="checkbox"/>実施の目安</p>	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>

■その他必要な医療的ケア（具体的に記入してください）

.....

.....

.....

.....

.....

.....

■病歴（入院・手術・治療歴等）

年 月 日～	年 月 日（ 歳 か月）
病院名：	主治医（ ）
病 名：	
内 容：	治療中・完治
年 月 日～	年 月 日（ 歳 か月）
病院名：	主治医（ ）
病 名：	
内 容：	治療中・完治
年 月 日～	年 月 日（ 歳 か月）
病院名：	主治医（ ）
病 名：	
内 容：	治療中・完治
年 月 日～	年 月 日（ 歳 か月）
病院名：	主治医（ ）
病 名：	
内 容：	治療中・完治
年 月 日～	年 月 日（ 歳 か月）
病院名：	主治医（ ）
病 名：	
内 容：	治療中・完治
年 月 日～	年 月 日（ 歳 か月）
病院名：	主治医（ ）
病 名：	
内 容：	治療中・完治

6. 福祉サービス利用の記録（居宅介護・短期入所など）

■障害支援区分

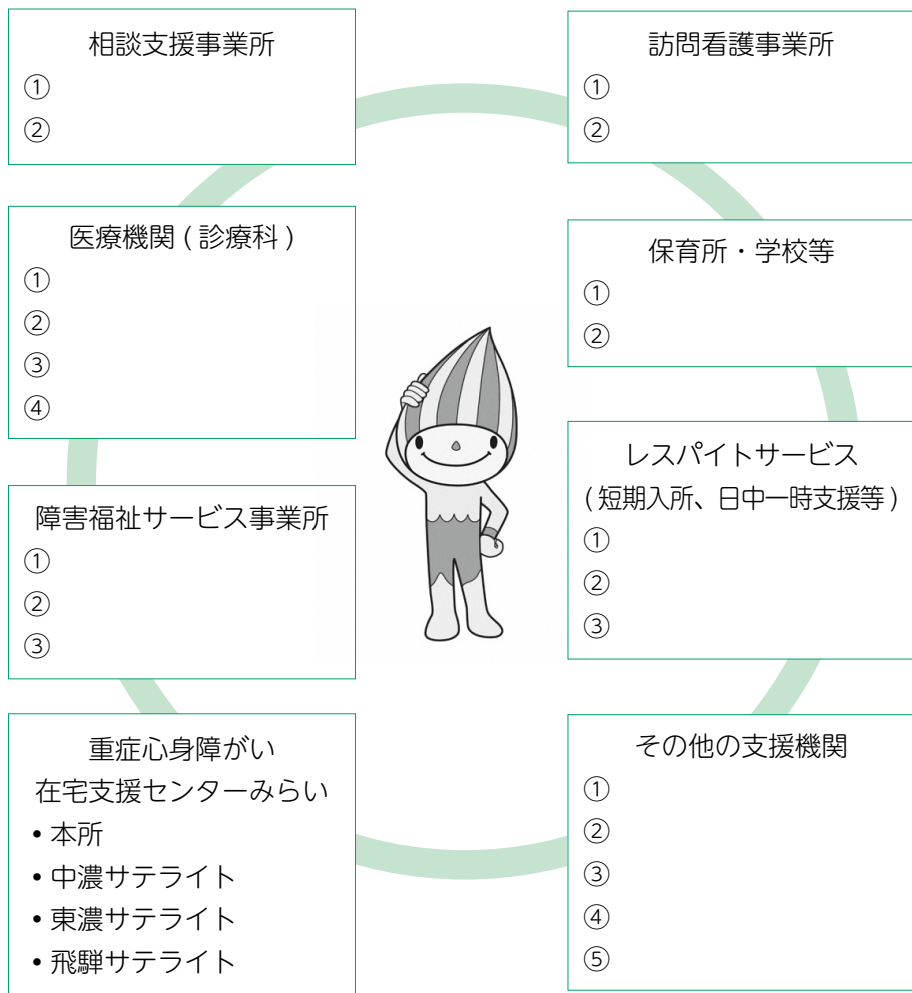
1・2・3・4・5・6	年	月	日～	年	月	日
1・2・3・4・5・6	年	月	日～	年	月	日
1・2・3・4・5・6	年	月	日～	年	月	日
1・2・3・4・5・6	年	月	日～	年	月	日
1・2・3・4・5・6	年	月	日～	年	月	日

■事業所、相談・支援機関利用の記録

事業所名						
連絡先						
担当者氏名・職種						
支援内容						
支援期間	歳	か月	～	歳	か月	(年 月 日)
事業所名						
連絡先						
担当者氏名・職種						
支援内容						
支援期間	歳	か月	～	歳	か月	(年 月 日)
事業所名						
連絡先						
担当者氏名・職種						
支援内容						
支援期間	歳	か月	～	歳	か月	(年 月 日)

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	歳 か月 ～ 歳 か月 (年 月 日)
事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	歳 か月 ～ 歳 か月 (年 月 日)
事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	歳 か月 ～ 歳 か月 (年 月 日)
事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	歳 か月 ～ 歳 か月 (年 月 日)

■支援機関ネットワーク図（ 年 月現在、 歳）



■短期入所持ち物リスト

■短期入所持ち物リスト		数\利用日					
障害福祉サービス受給者証							
地域でくらすかけはしノート							
診察券 (医療機関)							
日常生活品	スプーン						
	特殊スプーン等自助具						
	コップ						
	歯ブラシ						
衣類	上着						
	ズボン						
	下着						
	靴下						
薬品	薬						
	薬の処方箋						
	使用している坐薬など						
個別の処置物品	補食						
	経管栄養セット						
	胃ろうセット						
	導尿セット						
	気管切開のセット						
	吸引チューブ						
	人工呼吸器						
その他							

利用する事業所や必要に応じて、書き足してください。

7. 相談窓口等

■市町村の福祉相談窓口

- 障害福祉サービス利用に関する相談
- 身体障害者手帳・療育手帳の申請窓口
- 災害時支援関係（避難行動要支援者名簿・個別避難計画）に関すること

TEL： 担当課・係名：

■市町村の保健相談窓口

- 子どもの発育、発達、育児、予防接種に関する相談

TEL： 担当課・係名：

■身体障害者更生相談所

- 身体障がいに関する相談、判定、指導援助
- 身体障害者手帳取得に関する相談

〒 502-0854
岐阜市鷺山向井 2563-18
(岐阜県障がい者総合相談センター)

電話番号
058-231-9715

■知的障害者更生相談所

- 知的障がいに関する相談、判定、指導援助
- 18歳以上の療育手帳取得に関する相談（相談・判定機関）

〒 502-0854
岐阜市鷺山向井 2563-18
(岐阜県障がい者総合相談センター)

電話番号
058-231-9723

■子ども相談センター

- 18歳未満の子どもに関する相談
- 18歳未満の療育手帳取得に関する相談
- 施設入所に関する相談

機関名	住所	電話番号
中央子ども 相談センター	〒 502-0854 岐阜市鷺山向井 2563-79	058-201-2111
西濃子ども 相談センター	〒 503-0852 大垣市禾森町 5-1458-10	0584-78-4838
中濃子ども 相談センター	〒 505-8508 美濃加茂市古井町下古井 2610-1 (可茂総合庁舎)	0574-25-3111
東濃子ども 相談センター	〒 507-8708 多治見市上野町 5-68-1 (東濃西部総合庁舎)	0572-23-1111
飛騨子ども 相談センター	〒 506-0032 高山市千島町 35-2	0577-32-0594

■保健所等

- 子どもの発達、発育、育児に関する相談

機関名	住所	電話番号
岐阜保健所	〒 504-0838 各務原市那加不動丘 1-1 (岐阜県健康科学センター)	058-380-3002
西濃保健所	〒 503-0838 大垣市江崎町 422-3 (西濃総合庁舎)	0584-73-1111
関保健所	〒 501-3756 美濃市生櫛 1612-2 (中濃総合庁舎)	0575-33-4011

可茂保健所	〒 505-8508 美濃加茂市古井町下古井 2610-1 (可茂総合庁舎)	0574-25-3111
東濃保健所	〒 507-8708 多治見市上野町 5-68-1 (東濃西部総合庁舎)	0572-23-1111
恵那保健所	〒 509-7203 恵那市長島町正家後田 1067-71 (恵那総合庁舎)	0573-26-1111
飛騨保健所	〒 506-8688 高山市上岡本町 7-468 (飛騨総合庁舎)	0577-33-1111
岐阜市保健所	〒 500-8309 岐阜市都通 2-19	058-252-7191

■特別支援学校（就学に関する相談）

<県立>

対象障がい	学校名	設置部等	住所・電話番号
視覚	岐阜盲学校	小 / 中 / 高 / 高専	〒 500-8807 岐阜市北野町 70-1 058-262-1255
聴覚	岐阜聾学校	幼 / 小 / 中 / 高 / 高専	〒 500-8488 岐阜市加納西丸町 1-74 058-271-3700
知的	岐阜清流高等 特別支援学校	高	〒 501-3133 岐阜市芥見南山 3-11-1 058-243-0710
	西濃高等 特別支援学校	高	〒 503-0963 大垣市西大外羽 1-181-1 0584-89-4848

知的	中濃特別支援学校	小 / 中 / 高	〒 501-3938 関市桐ヶ丘 2-3 0575-24-1773
	飛騨特別支援学校	小 / 中 / 高 / 訪問	〒 506-0058 高山市山田町 831-44 0577-34-7122
肢体	岐阜希望が丘 特別支援学校	小 / 中 / 高	〒 502-0931 岐阜市則武 1816-1 058-231-6500
病弱	長良特別支援学校	小 / 中 / 高 / 訪問	〒 502-0071 岐阜市長良 1237-1 058-233-7418
知肢 併置	郡上特別支援学校	小 / 中 / 訪問	〒 501-4603 郡上市大和町栗巢 32-1 0575-88-3020
	郡上特別支援学校 那比較舎	高 / 訪問	〒 501-4237 郡上市八幡町那比 3068 0575-63-0020
肢病 併置	関特別支援学校	小 / 中 / 高 / 訪問	〒 501-3938 関市桐ヶ丘 1-2 0575-22-4238
	飛騨特別支援学校 高山日赤分校	小 / 中 / 高	〒 506-0025 高山市天満町 3-41-1 0577-34-3637
知肢病 併置	岐阜本巣 特別支援学校	小 / 中 / 高 / 訪問	〒 501-1184 岐阜市西秋沢 2-363-1 058-239-9712
	羽島特別支援学校	小 / 中 / 高 / 訪問	〒 501-6224 羽島市正木町大浦 230-1 058-392-8181

知肢病 併置	大垣特別支援学校	小 / 中 / 高 / 訪問	〒 503-0963 大垣市西大外羽 1-227-1 0584-89-4816
	海津特別支援学校	小 / 中 / 高 / 訪問	〒 503-0321 海津市平田町今尾 3885-2 0584-66-2888
	揖斐特別支援学校	小 / 中 / 高 / 訪問	〒 501-1313 揖斐郡揖斐川町谷汲深坂 2760 0585-56-0050
	可茂特別支援学校	小 / 中 / 高 / 訪問	〒 505-0016 美濃加茂市牧野 2007-1 0574-28-3150
	東濃特別支援学校	小 / 中 / 高 / 訪問	〒 509-5101 土岐市泉町河合根ノ上 1127-10 0572-55-4821
	恵那特別支援学校	小 / 中 / 高 / 訪問	〒 509-7403 恵那市岩村町 133-3 0573-43-4857
	下呂特別支援学校	小 / 中 / 高 / 訪問	〒 509-2203 下呂市小川 432-1 0576-24-1016
	飛騨吉城 特別支援学校	小 / 中 / 高 / 訪問	〒 509-4222 飛騨市古川町片原町 8-127 0577-73-3600

<市立>

知的	岐阜市立岐阜 特別支援学校	小 / 中 / 高	〒 501-1176 岐阜市小西郷 3-120-2 058-239-2821(事務室) 058-234-5003(高等部)
	各務原市立各務原 特別支援学校	高	〒 504-0836 各務原市那加雲雀町 1 058-383-1268

■関係団体

- ・重症心身障がい在宅支援センターみらい
在宅でくらす障がい児者に関する相談、障がい児者家族間の交流など

機関名	住所	電話番号
本所	〒 500-8384 岐阜市藪田南 5-14-53 (OKB ふれあい会館 1 棟 5 階)	058-275-3234
中濃サテライト	〒 509-0292 可児市広見 1-1 (可児市役所 1 階)	080-8979-7062
東濃サテライト	〒 507-8787 多治見市音羽町 1-233 (多治見市役所駅北庁舎 2 階)	080-8979-7064
飛騨サテライト	〒 509-4221 飛騨市古川町若宮 2-1-60 (ハートピア古川 1 階)	080-8257-7552

- ・岐阜県重症心身障害児（者）を守る会
調査、療育相談、研修、研究会、懇談会など

〒 501-1175 岐阜市下西郷 2 - 255	電話番号 058-239-4892
------------------------------	----------------------

8. 受けられるサービス

障がいのある方が受けることのできる主なサービスについての概略が記載してあります。利用される方の事情やお住まいの市町村によって、受けられるサービスやその内容が異なることがあります。

サービスの利用を希望される場合には、市町村の福祉担当窓口へお問い合わせください。

■身体障害者手帳の交付

身体障がいのある方に対し、手帳が交付されます。市町村の障がい福祉相談窓口へ申請してください。また、申請書に指定医師の診断書・意見書（申請から3ヶ月以内に診断されたもの）を添付してください。

■療育手帳の交付

知的障がいのある方に対し、手帳が交付されます。市町村の障がい福祉相談窓口へ申請してください。申請後、下記機関にて判定を受ける必要があります。

- 18歳未満：お住まいの地域を所管する子ども相談センター
- 18歳以上：知的障害者更生相談所

■自立支援給付で受けられるサービス

障がいのある方の心身の状況に応じて、居宅介護（ホームヘルプ）、短期入所（ショートステイ）、療養介護などのサービスが受けられます。（所得に応じた利用者負担があります。）

サービスを受けるには、市町村の障がい福祉相談窓口へ申請してください。

- 18歳以上の方については申請ののち、聞き取り調査などを経て障害支援区分認定を受ける必要があります。
- 18歳未満の児童は保護者が申請者となり、市町村の聞き取り調査などを経て決定されます。

■重度心身障がい者の医療費助成

1～3級の身体障害者手帳の交付を受けている人、A1、A2、B1の療育手帳の交付を受けている人(市町村によって対象範囲は異なります。)に対し、医療費の助成制度があります。(所得制限があります。)

■特別児童扶養手当

精神(知的障がいを含む)又は身体に法令に定める程度の障がいがある20歳未満の児童を監護又は養育している父母又は養育者に対し、障がい程度に応じた手当が支給されます。

所得による支給制限があります。または、児童が施設に入所中のとき、法に定める公的年金を受給しているときには支給されません。

■障害児福祉手当

精神(知的障がいを含む)又は身体に法令で定める程度の重度の障がいがあるため日常生活において常時の介護を要する20歳未満の障がい児の方に対し、手当が支給されます。(特別児童扶養手当と同様の支給制限があります。)

■障害基礎年金

20歳以上で、国民年金法に定める程度の障がいを有し、次のいずれかに該当する方に対し、障がい程度に応じた障害基礎年金が支給されます。

- 20歳になる前にけがや病気で障がい者となった方(この場合、本人の所得により支給制限があります。)
- 国民年金に加入中にけがや病気で障がい者となった方(保険料納入に関する条件があります。)

■特別障害者手当

精神(知的障がいを含む)又は身体に法令で定める程度の著しく重度の障がいがあるため日常生活において常時特別の介護を要する20歳以上の障がい者の方に対し、手当が支給されます。(特別児童扶養手当と同様の支給制限があります。)

9. 医療的ケア児等医療情報共有システム

厚生労働省が運用している医療的ケア児などの医療情報を共有するためのシステムです。登録しておくことで、救急時や災害時に、全国の医師・医療機関へ、迅速に医療的ケアの情報を共有することができます。

■ MEIS で管理できる情報

- 基本情報 手帳の所持、緊急連絡先、主治医、常用薬、診察情報、医療的ケアの情報など
- 診察記録 診察日ごとの診察内容の記録
- ケア記録 日々の記録（在宅やサービス事業所での支援内容）
- 救急サマリー 救急時に、救急医などが確認するための情報

■ MEIS の利用方法

- MEIS ホームページにアクセスし、利用申込書をダウンロードする。
- 主治医に利用申込書の主治医情報を書いていただく。
- 利用申込書を MEIS 運営事務局にメール等で提出する。
- MEIS 事務局からのメールにより MEIS にログインし、本人情報、緊急連絡先、障がいの状態、常用薬などの基本情報や、日々のケア記録を入力する。
- 主治医やかかりつけ医と相談し、基本情報や診療から救急サマリーを作成する。

< MEIS に関する問合せ先 >

MEIS ホームページ <https://meis.mhlw.go.jp/user/login>

MEIS ヘルプデスク（委託先：株式会社カスタマーリレーションテレマーケティング）

TEL：0120-523-252

11. 医療連携カード

■訪問看護師等 記入欄（訪問看護等利用日： 年 月 日）

1. 自宅での生活状況

呼吸状態	消化・栄養状態
筋緊張・けいれん	療育・家族・その他

2. 相談したいこと、確認したいこと

直接相談したい場合には、「P 5. かかりつけの病院」にご連絡ください。

■医師 記入欄（受診日： 年 月 日）

■訪問看護師等 記入欄（訪問看護等利用日： 年 月 日）

1. 自宅での生活状況

呼吸状態	消化・栄養状態
筋緊張・けいれん	療育・家族・その他

2. 相談したいこと、確認したいこと

直接相談したい場合には、「P 5. かかりつけの病院」にご連絡ください。

■医師 記入欄（受診日： 年 月 日）

12. 福祉サービス利用カード

利用日	年 月 日 () : ~ :
事業所名	

<事業所への連絡事項>

(家族 記入欄)

<利用時の様子>

(事業所スタッフ 記入欄)

利用日	年 月 日 () : ~ :
事業所名	

<事業所への連絡事項>

(家族 記入欄)

<利用時の様子>

(事業所スタッフ 記入欄)

利用日	年 月 日 () : ~ :
事業所名	

<事業所への連絡事項>

(家族 記入欄)

<利用時の様子>

(事業所スタッフ 記入欄)

利用日	年 月 日 () : ~ :
事業所名	

<事業所への連絡事項>

(家族 記入欄)

<利用時の様子>

(事業所スタッフ 記入欄)

緊急時情報提供カード

(年 月 日現在)

本人の氏名

生年月日 年 月 日

血液型 (Rh + ・ Rh -)

保護者の氏名

住 所 〒

電話番号

第1救急搬送病院：

TEL：

第2救急搬送病院：

TEL：

かかりつけ医：

TEL：

○疾 病 名

○アレルギー あり ・ なし
(アレルゲン：)
(症 状：)

○人工呼吸器 あり (機種：) ・ なし

○気管切開 あり ・ なし

○喉頭気管分離 している ・ していない

○経管栄養 あり ・ なし

○胃ろう・腸ろう あり (胃ろう・腸ろう) ・ なし



2011年11月発行

2014年 3月改訂

2021年 9月改訂

編集：岐阜県 健康福祉部医療福祉連携推進課

TEL：058-272-8279

協力：岐阜県医師会

独立行政法人国立病院機構長良医療センター

重症心身障がい在宅支援センターみらい