

2. 次の(1)～(9)のサービスの現在の利用状況について、A～Cのうち該当するものに○を付けてください。「C.利用希望があるが利用できない」に○を付けた場合は、その理由を当てはまるもの全てについて下の1～8から選択し、該当する番号に○をつけてください。

【注意事項】

- ・各サービス名の下に、それぞれのサービスの簡単な説明を★マークで記載しています。
- ・年齢の記述がある場合には、令和3年12月1日時点での年齢を基準に回答してください。

利用希望があるが利用できない理由

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| 1 本人が入院・入所中のため | 5 利用希望の施設が医療的ケアに対応していないため |
| 2 本人が望まないため | 6 子どもの体調・症状等により預けることが不安なため |
| 3 利用希望の施設の定員に空きがないため | 7 施設～自宅間に送迎サービスが無い・送迎が難しいため |
| 4 利用希望の施設が無いため | 8 その他 |

サービス名	利用状況
(1)～(5)の項目は全ての方がお答えください。	
(1) 短期入所(ショートステイ) ★自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間施設に入所し、入浴、排泄、食事の介護等の提供を受けるもの	A. 利用している(施設名:) B. 必要が無いので利用していない C. 利用希望があるが利用できない その理由 1 2 3 4 5 6 7 8 その他()
(2) 施設入所 ★自宅ではなく施設に入所して生活をするもの	A. 利用している(施設名:) B. 必要が無いので利用していない C. 利用希望があるが利用できない その理由 1 2 3 4 5 6 7 8 その他()
(3) 訪問看護サービス ★自宅に看護師が訪問し、看護を受けるもの	A. 利用している(施設名:) B. 必要が無いので利用していない C. 利用希望があるが利用できない その理由 1 2 3 4 5 6 8 その他()
(4) 訪問診療 ★自宅に医師が訪問し、診療を受けるもの	A. 利用している(施設名:) B. 必要が無いので利用していない C. 利用希望があるが利用できない その理由 1 2 3 4 5 6 8 その他()
(5) 訪問介護(ヘルパー) ★自宅に介護者(ヘルパー)が訪問して入浴、排泄、食事などの介助を行うもの	A. 利用している(施設名:) B. 必要が無いので利用していない C. 利用希望があるが利用できない その理由 1 2 3 4 5 6 8 その他()

(6)～(9)の項目は該当する質問に対してお答えください。	
(6) 児童発達支援 ★施設に通所し、動作訓練や集団生活への適応訓練を受けるもの	※ご本人が未就学児の場合にご回答ください A. 利用している(施設名:) B. 必要が無いので利用していない C. 利用希望があるが利用できない その理由 1 2 3 4 5 6 7 8 その他()
(7) 居宅訪問型児童発達支援 ★自宅に支援者が訪問し、動作訓練や集団生活への適応訓練などを受けるもの	※ご本人が未就学児の場合にご回答ください A. 利用している(施設名:) B. 必要が無いので利用していない C. 利用希望があるが利用できない その理由 1 2 3 4 5 6 8 その他()
(8) 放課後等デイサービス ★授業の終了後や休校日などに、施設に通所して動作訓練や集団生活への適応訓練などを受けるもの	※ご本人が学齢期(6歳～18歳)の場合にご回答ください A. 利用している(施設名:) B. 必要が無いので利用していない C. 利用希望があるが利用できない その理由 1 2 3 4 5 6 7 8 その他()
(9) 生活介護 ★日中に施設へ通所して介護及び日常生活の世話を受けるもの	※ご本人が18歳以上の場合にご回答ください A. 利用している(施設名:) B. 必要が無いので利用していない C. 利用希望があるが利用できない その理由 1 2 3 4 5 6 7 8 その他()

3. 今困っていること、あるいは将来不安に思っていることを自由にお書きください。

<ul style="list-style-type: none"> ・家族のこと ・障害福祉サービスや医療のこと ・経済的なこと ・その他
--

図表 184 北九州市令和2年度調査 調査票

医療的ケアに係る調査票（基本情報） 保護者が記入

※ 本調査で記載していただいた情報や利用されているサービスの状況などを行政上の基礎資料（災害時の支援や就学援助など）とすることに賛同いただける方は次の同意欄にサインをお願いします。

なお、個人情報を含む情報を行政以外の機関と共有する必要がある場合には、別途ご相談します。

【同意欄】

調査対象児の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先、障害の状況（障害種別や医療的ケアの内容等）、障害者総合支援法及び児童福祉法に基づくサービスの利用状況を行政上の基礎資料としていただいて構いません。

令和_____年_____月_____日

署名 _____（調査対象児との続柄：_____）

（行政からの情報提供を送付することがあります。）

連絡先 電話：_____

メール：_____

下記調査項目において、保護者が不明な場合は医療関係者に確認することへの同意
同意する 同意しない

① 医療的ケアが必要なお子さん（以下「調査対象児」という。）について

(1) 氏名 _____

(2) 生年月日 平成・令和_____年_____月_____日

(3) 居住地 北九州市_____区_____

(4) 主たる疾患名 _____

② 医療的ケアに係る要望等があれば自由に記載してください。

例) 就学（園）先、災害時の支援、利用したい支援やサービスなど

-1-

③ 今後、災害時の支援や就学援助等に伴う追加調査にご協力いただけますか。

はい いいえ

④ 医療的ケアが必要なお子さん（以下「調査対象児」という。）について

※医療機関の主治医や事業所の担当者等もご記入いただければ助かります

(1) かかりつけの医療機関等

かかりつけ医療機関名： _____

担当医： _____ 月_____回通院 / 訪問_____回

上記以外の医療機関名： _____

担当医： _____ 月_____回通院 / 訪問_____回

上記以外の医療機関名： _____

担当医： _____ 月_____回通院 / 訪問_____回

訪問診療（医療機関名： _____）

訪問看護（事業所名： _____）

（ _____ ）

訪問歯科（医療機関名： _____）

入浴サービス（事業所名： _____）

薬局による薬の宅配（事業所名： _____）

(2) 調査対象児の障害の状態（保護者のわかる範囲内で○をつけてください。）

ア. 姿勢・動作・移動

(a) 寝返りできない (b) 寝返りできる (c) 座位を保てる

(d) 這って移動できる (e) 歩いて移動できる（膝立ちを含む。）

(f) その他（ _____ ）

-2-

イ、コミュニケーション

- (a) 自分の意思表示が難しい
- (b) 目や表情で意思表示できる
- (c) 簡単な身振りや発声で表現可能
- (d) 簡単な会話ができる（手話等を含む。）
- (e) 会話ができる（手話等を含む。）

(3) 必要な医療的ケアに○をつけ、回数等を記入してください。
(保護者のわかる範囲内で記入してください。)

ア. 気管切開と人工呼吸管理 (_____ 時間程度/日)・夜間のみ

イ. マスクによる人工呼吸管理 (_____ 時間程度/日)・夜間のみ

ウ. 在宅酸素療法 (_____ 時間程度/日)・夜間のみ

エ. 気管切開のみ

オ. 気管内や口腔内の吸引 (_____ 回/日)

カ. 経管栄養(種類: 経鼻 胃ろう 腸ろう)

(_____ 回/日)

(持続注入ポンプ使用: 有 無)

キ. 中心静脈栄養

ク. 定期導尿 (回数: 1日3回未満 1日3回以上)

ケ. 体位変換 (回数: 1日6回未満 1日6回以上)

コ. 食事摂取の全介助 (_____ 回/日、 _____ 時間程度)

サ. その他 (_____)

調査項目は以上です。ご協力いただきまして、誠にありがとうございました。

図表 185 札幌市平成 30 年度調査 調査票

医療的ケアを必要とする子どもに関する調査（札幌市） 調査票

- ・この調査は任意で回答いただくものですので、差し支えない範囲でお答えください。
- ・選択肢（1、2 など）のある設問については、当てはまる番号に○をつけてください。
- ・複数の調査票を入手した場合でも、回答はお子様1人につき、1回のみとしてください。

1 回答者の調査対象となるお子様との関係、氏名など	
1 父	2 母
3 きょうだい	4 祖父母
5 その他（ ）	
氏名（ ）	
電話番号など（ ） 繋がりがやすい時間帯（ ）	
※ 差し支えなければ記載いただけますようお願いいたします。	
追加でお聞きしたいことがあったときに、お問合せさせていただくことがあります。	

2 調査対象となるお子様の状況	
(1) 氏名	フリガナ（ ） ※ 差し支えなければ記載いただきますようお願いいたします。
(2) 性別	1 男 2 女
(3) 年齢	（ ） 歳
(4) 居住区	（ ） 区
(5) 病名	（ ）
(6) 障害者手帳の交付状況	
①身体障害者手帳	1 交付あり 2 交付なし 【種別】1 肢体不自由 2 内部機能障害 3 その他 【程度】（ ） 級
②療育手帳	1 交付あり 2 交付なし 【程度】（ ）
③精神障害者 保健福祉手帳	1 交付あり 2 交付なし 【程度】（ ） 級
(7) 小児慢性特定疾病の医療費助成の受給状況	
1 小児慢性特定疾病医療費助成を受けている 2 受けていない	
(8) 日常生活の状態等	
※ 当てはまる番号1つに○をつけてください。複数当てはまる場合には、番号の大きい方に○をつけてください。（例：2と3に当てはまる場合には3のみに○）	
①姿勢	1 一人で座ることができない 2 一人で座ることができる 3 つかまり立ちができる 4 一人で立つことができる
②移動	1 全く移動できない 2 寝返りができる 3 背ばい、腹ばいができる 4 よつんばいができる 5 伝い歩きができる 6 一人歩きができる

③食事	1 全面的な介助が必要 2 一部介助が必要 3 介助不要 4 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）
④食形態	1 流動食 2 ミキサー食 3 きざみ食 4 軟らかく調理したもの 5 普通食 6 経管栄養剤
⑤排泄時の介助	1 全面的な介助が必要 2 一部介助が必要 3 時々介助が必要 4 介助不要
⑥入浴時の介助	1 全面的な介助が必要 2 一部介助が必要 3 時々介助が必要 4 介助不要
⑦言語等の理解	1 言語が理解できない 2 簡単な言語を理解できる 3 簡単な色や数を理解できる 4 簡単な文字や数を理解できる 5 文章を理解できる
⑧意思表示	1 ほとんどない 2 声や身振りで表現できる 3 意味のある単語を話すことができる 4 簡単な文章で話すことができる 5 会話ができる

3 調査対象となるお子様が日常生活で必要とする医療的ケアについて	
①吸引	1 実施している 2 実施していない 【回数・時間】1日合計（ ）回 1日合計（ ）分
②経管栄養 （経鼻、胃ろう、腸ろう）	1 実施している 2 実施していない 【種別】1 経鼻 2 胃ろう 3 腸ろう 4 その他 【回数・時間】1日合計（ ）回 1日合計（ ）分
③中心静脈栄養	1 実施している 2 実施していない 【回数・時間】1日合計（ ）回 1日合計（ ）分
④導尿	1 実施している 2 実施していない 【回数・時間】1日合計（ ）回 1日合計（ ）分
⑤酸素補充療法	1 実施している 2 実施していない 【回数・時間】1日合計（ ）回 1日合計（ ）分
⑥咽頭エアウェイ	1 実施している 2 実施していない 【回数・時間】1日合計（ ）回 1日合計（ ）分
⑦気管切開部の管理 （ガーゼ交換等）	1 実施している 2 実施していない 【回数・時間】1日合計（ ）回 1日合計（ ）分
⑧人工呼吸器の使用	1 実施している 2 実施していない 【回数・時間】1日合計（ ）回 1日合計（ ）分
⑨インスリン注射	1 実施している 2 実施していない 【回数・時間】1日合計（ ）回 1日合計（ ）分
⑩その他	【内容】（ ） 【回数・時間】1日合計（ ）回 1日合計（ ）分

4 調査対象となるお子様の医療的ケアを実施されている方について	
(1) 在宅で医療的ケアを実施されている方について、当てはまるものを全てに○をつけてください。 1 母 2 父 3 きょうだい 4 祖父母 5 ホームヘルパー 6 訪問看護ステーションの看護師 7 福祉サービス事業所の看護師 8 福祉サービス事業所の職員（看護師以外） 9 お子様本人 10 その他（ ）	
(2) 上記(1)で○をつけた方について、主に実施されている方の番号を記載してください。 （ ）（例：1）	
(3) 上記(2)で記載いただいた主に医療的ケアを実施されている方が、病気・外出等により医療的ケアが実施できない場合に、代わりに医療的ケアを依頼できる相手はいますか。 1 いる 2 いない 3 分からない	
(4) 上記(2)で記載いただいた上に医療的ケアを実施されている方は、現在、仕事をされていますか。 1 している ⇒(5)へ 2 していない ⇒(6)へ	
(5) 上記(4)で「1 している」と回答した方について、雇用形態・勤務日数・労働時間を記載してください。	
①雇用形態	1 正社員 2 非正社員（パート・派遣社員等）
②1週間当たりの勤務日数	（ ）日
③1週間当たりの労働時間	（ ）時間
(6) 上記(4)で「2 していない」と回答した方について、就労の希望について記載してください。 1 就労を希望している 2 就労は特に希望していない	

5 調査対象となるお子様の医療機関等の利用状況について（直近2年程度）	
①医療機関	1 定期的に通院している 2 必要な時に受診している 3 訪問診療を受けている 4 通院・受診等はしていない 【通院・受診の頻度】 年（ ）回程度・月（ ）回程度 【医療機関名】（ ）
②訪問看護	1 利用している 2 利用していない 【利用の頻度】 年（ ）回程度・月（ ）回程度 【事業所名】（ ）
③その他	1 利用している 2 利用していない 【利用の内容】（ ） 【利用の頻度】 年（ ）回程度・月（ ）回程度 【事業所名】（ ）

6 調査対象となるお子様の障害福祉サービスの利用状況等について（直近3か月程度）	
(1) 相談支援	
1 利用している 2 利用していない（希望していない） 3 利用を希望しているが利用できない （理由： ） 【事業所名】（ ）	
(2) 通所支援事業所の利用状況	
①児童発達支援事業所、児童発達支援センター	1 利用している 2 利用していない（希望していない） 3 利用を希望しているが利用できない （理由： ） 【利用の頻度】 月（ ）回程度・週（ ）回程度 【事業所名】（ ）
②放課後等デイサービス事業所	1 利用している 2 利用していない（希望していない） 3 利用を希望しているが利用できない （理由： ） 【利用の頻度】 月（ ）回程度・週（ ）回程度 【事業所名】（ ）
③その他	1 利用している 2 利用を希望しているが利用できない （理由： ） 【利用の内容】（ ） 【利用の頻度】 月（ ）回程度・週（ ）回程度 【事業所名】（ ）
(3) 障害福祉サービス等の利用状況	
①居宅介護（ホームヘルプ）	1 利用している 2 利用していない（希望していない） 3 利用を希望しているが利用できない （理由： ） 【利用の頻度】 月（ ）回程度・週（ ）回程度 【事業所名】（ ）
②同行援護	1 利用している 2 利用していない（希望していない） 3 利用を希望しているが利用できない （理由： ） 【利用の頻度】 月（ ）回程度・週（ ）回程度 【事業所名】（ ）
③行動援護	1 利用している 2 利用していない（希望していない） 3 利用を希望しているが利用できない （理由： ） 【利用の頻度】 月（ ）回程度・週（ ）回程度 【事業所名】（ ）

④短期入所 (ショートステイ) (福祉型・医療型)	1 利用している 2 利用していない(希望していない) 3 利用を希望しているが利用できない (理由:) 【利用の頻度】 月() 回程度・週() 回程度 【事業所名】()
⑤移動支援	1 利用している 2 利用していない(希望していない) 3 利用を希望しているが利用できない (理由:) 【利用の頻度】 月() 回程度・週() 回程度 【事業所名】()
⑥日中一時支援	1 利用している 2 利用していない(希望していない) 3 利用を希望しているが利用できない (理由:) 【利用の頻度】 月() 回程度・週() 回程度 【事業所名】()
⑦その他	1 利用している 2 利用を希望しているが利用できない (理由:) 【利用の内容】() 【利用の頻度】 月() 回程度・週() 回程度 【事業所名】()

7 調査対象となるお子様の通園・通学状況等について

(1) 小学校就学後(6歳以上)の場合(6歳未満の方は次ページの(2)をお答えください)

①年代	1 小学生年齢(⇒②③へ) 2 中学生年齢(⇒③へ) 3 高校生年齢(⇒③へ)
②放課後児童クラブの利用 希望と医療的ケアの希望	1 希望している(放課後児童クラブでの医療的ケアも必要) 2 希望している(放課後児童クラブでの医療的ケアは不要) 3 希望していない
③通学先	1 地域の小・中・高等学校 2 特別支援学校 3 通学していない(⇒問9へ) 4 その他()
④通学先での医療的ケア	1 実施している(⇒⑤⑥へ) 2 実施していない(⇒問8へ)
⑤通学先で医療的ケアを 実施されている方	1 保護者 2 教職員 3 学校の看護師 4 訪問看護ステーションの看護師 5 その他() ※ 当てはまるもの全てに○をつけてください。

⑥通学先で実施している 医療的ケアの内容	1 吸引 2 経管栄養(経鼻、胃ろう、腸ろう) 3 中心静脈栄養 4 導尿 5 酸素補充療法 6 咽頭エアウェイ 7 気管切開部の管理(ガーゼ交換等) 8 人工呼吸器の使用 9 インスリン注射 10 その他() ※ 当てはまるもの全てに○をつけてください。(⇒問8へ)
(2) 小学校就学前(6歳未満)の場合(6歳以上の方は前ページの(1)をお答えください)	
①保育所、幼稚園等の 利用状況	1 定期利用している(⇒②③④へ) 2 不定期(一時預かり保育など)利用している(⇒②③④へ) 3 利用していない(⇒⑦へ)
②利用している施設の 種別	1 認定こども園 2 幼稚園 3 認可保育所 4 小規模保育事業所 5 認可外保育施設 6 その他() 【事業所名】()
③利用頻度	1 ほぼ毎日 2 週に2~3回程度 3 週に1回程度 4 その他()
④利用している施設での 医療的ケア	1 実施している(⇒⑤⑥へ) 2 実施していない(⇒問8へ)
⑤利用している施設で医 療的ケアを実施されて いる方	1 保護者 2 看護師 3 看護師以外の施設職員 4 訪問看護ステーションの看護師 5 その他() ※ 当てはまるもの全てに○をつけてください。
⑥利用している施設で実 施している医療的ケア の内容	1 吸引 2 経管栄養(経鼻、胃ろう、腸ろう) 3 中心静脈栄養 4 導尿 5 酸素補充療法 6 咽頭エアウェイ 7 気管切開部の管理(ガーゼ交換等)、 8 人工呼吸器の使用 9 インスリン注射 10 その他() ※ 当てはまるもの全てに○をつけてください。(⇒問8へ)
⑦保育所の利用希望	1 希望している(⇒⑧⑨へ) 2 希望していない(⇒問9へ)
⑧希望の利用頻度	週() 日程度・1日当たり() 時間程度
⑨保育所を利用できてい ない理由	1 利用申請を行っているが待機中 2 他に保育者がいるなど、保育の支給認定が受けられない 3 利用可能な園が見つからず利用申請できていない 4 その他() (⇒問9へ)

<p>8 調査対象となるお子様の通園・通学のための送迎について</p> <p>※ 上記7で、学校又は保育所・幼稚園等へ通園・通学していると回答した方のみ</p> <p>(1) 通園・通学のための送迎体制について、当てはまるもの一つに○をつけてください。</p> <p>1 自力（保護者等の送迎含む）で通園・通学が可能であり、送迎の必要がない（⇒問9へ）</p> <p>2 通園・通学バスなどの送迎体制があり、利用している（1の場合を除く）（⇒(2)へ）</p> <p>3 通園・通学バスなどの送迎体制があるが、利用していない（1の場合を除く）</p> <p>4 通園・通学バスなどの送迎体制がない（1の場合を除く）（⇒問9へ） ←</p> <p>5 その他（ ）</p> <p>(2) 送迎中の医療的ケアの実施状況について、当てはまるものに○をつけてください。</p> <p>1 送迎中に医療的ケアを実施している（⇒(3)へ）</p> <p>2 送迎中は医療的ケアを実施していない（⇒問9へ）</p> <p>(3) 医療的ケアの実施者について、当てはまるもの<u>全て</u>に○をつけてください。</p> <p>1 看護師 2 教職員 3 保育士 4 家族 5 その他（ ）</p>

<p>9 退院時（在宅移行時）について</p> <p>(1) 退院時（在宅移行時）に相談した方（又は支援してもらった方）について、当てはまるもの<u>全て</u>に○をつけてください。</p> <p>1 親戚・友人 2 医師 3 看護師 4 医療ソーシャルワーカー 5 区の保健師</p> <p>6 相談支援事業所 7 訪問診療を行う医療機関 8 訪問看護ステーション 9 なし</p> <p>10 その他（ ）</p> <p>11 相談相手はいない</p> <p>(2) 退院時（在宅移行時）に困ったこと、支援が必要だったこと（自由記載）</p>

<p>10 身近な相談相手について</p> <p>身近な相談相手がいる場合は、上記9(1)の選択肢（1～11）から番号を記載してください</p> <p>(1) 相談相手（複数可）（ ） (2) うち、主な相談相手（ ）</p>
--

<p>11 お子様がお家で生活する上で、困っていること、大変だと感じていることについて（自由記載）</p>
--

<p>12 お子様ご家族のために、今後必要なサービスや支援内容（自由記載）</p>
--

<p>13 お子様を育てていて、嬉しかったこと、楽しかったこと（自由記載）</p>
--

<p>14 北海道胆振東部地震の際に困ったこと、今後行政に支援をお願いしたいこと（自由記載）</p> <p>(例：人工呼吸器やたん吸引器などの非常用電源の確保等)</p>
--

<p>15 その他（自由記載）</p>

設問は以上になります。ご協力いただきまして、誠にありがとうございます。

ご回答いただいた内容は、医療的ケアを必要とする子どもの支援に関する目的以外には使用しません。また、書ききれない場合は、別紙（様式任意）を添付いただいても構いませんが重量と料金にご注意ください（25グラムを超えると82円を超えてしまいます。）。

担当：札幌市保健福祉局障がい保健福祉部障がい福祉課（211-2936）

調査対象の設定（「医療的ケア児」の定義）に関しては、医療的ケア児判定スコアや診療報酬を基準としたり、具体的な「医療的ケア」の範囲を指定したりして調査している場合が多かった。

調査結果は多くの自治体でその後の支援施策の検討に役立てられており、調査から把握された医療的ケア児家族の支援ニーズの内容に応じて、その後の施設整備方針や支援ツールの開発等に進めた事例が複数あった。他方、統計処理を目的とした調査であることや、部署や自治体を越えた情報共有の限界等から、結果の活用についてはどこまでの範囲であれば可能か判断の難しさを感じているとする事例が複数あった。

イ. テーマⅡ 地域の特性に応じた医療的ケア児等コーディネーターの配置のあり方

医療的ケア児等コーディネーター（以下「コーディネーター」と表記）の配置に関しては、医療的ケア児支援センター（以下「センター」と表記）の設置にあたりコーディネーターを新たに選任・配置したり、コーディネーターを配置した組織・機関が結果的に医療的ケア児支援センターの機能（の一部）を果たすことになったりするなど、「コーディネーターの配置」は「センターの設置」と密接に関わっていた。

特に都道府県事例に特徴的なのは、都道府県の配置するコーディネーターが間接支援（医療的ケア児を支援する「支援者」の支援）に力を入れている場合が多いことである。地域のコーディネーターや医療機関、事業所等をバックアップして助言や情報提供をする、職種間・関係機関間の連携を促す、地域のコーディネーターの派遣調整を行うといった役割を果たしている事例があった。ただし直接支援（医療的ケア児家族に対する支援）と間接支援のどちらに比重を置いているかは事例によって様々である。

コーディネーターとして配置されている人材の属性は相談支援専門員である場合が多いが、患者家族と医師（長野県）、看護師と福祉職（奈良県）、保健師とリハビリ専門職（つくば市）など、専門性ある人材を複数名組み合わせて配置することで多様な支援ニーズに応えている事例があった。

図表 186 奈良県「重症心身障害児者支援センター」広報資料

奈良県 重症心身障害児者支援センター

奈良県重症心身障害児者支援センターは、在宅の重症心身障害児者、医療的ケア児等とそのご家族が、身近な地域で安心して暮らせるように医療・福祉・保健その他の関係機関と連携・調整し支援体制の充実を目指します。本センターは、奈良県の委託事業として2021年1月に開所しました。

主な事業内容

<相談支援>
重症心身障害児者、医療的ケア児等に関わる主に医療・福祉関係者の専門的な相談に応じます（ご家族からの相談にも応じ、適切な支援へつなげます）

<人材育成>
重症心身障害児者、医療的ケア児等の支援に関わる人材の育成に取り組みます

<関係機関の連絡・調整>

- ・福祉サービス等の支援関係機関の連絡会議を開催します
- ・短期入所利用に関する事業所間の調整を行います
- ・退院し、在宅に移行する際のサービス調整等の支援を行います

コーディネーター2名（看護職・福祉職 各1名）が相談に応じます

電話 080-7042-9539

メール nara.jushin.c@gmail.com

相談・受付時間 9:00~17:00
月曜~金曜（祝日、年末年始は除く）
※来所相談は要予約

住所 〒636-0393
奈良県磯城郡田原本町多722番地
奈良県障害者総合支援センター内



奈良県
(運営: 社会福祉法人 東大寺福祉事業団)


図表 187 北九州市 医療的ケア児支援のための「相談窓口」設置に係る広報資料

医療的ケアが必要な子どもとご家族、 その支援者の相談窓口を設置します

関わり方を知りたい！
利用できるサービスを知りたい！
退院後の生活について相談したい
どこの窓口に向いたらいい？

**医療的ケアが必要な子ども
への支援方法を知りたい！**
利用できる制度や社会資源
がないだろうか？

医療的ケアや
関わり方・
助成など



保健・医療・
福祉・教育・
子育て支援な
どの制度

ご家族

支援者

相談は**無料**です。
医療的ケアが必要な子どもの
子育てや制度、支援等に関する
相談は、下記相談窓口へご
連絡下さい。
相談内容に応じて、関係者と
一緒に対応します。

**ライフステージ
に応じた生活の
組み立てを一緒
に考えましょう**

コーディネーター

北九州市立総合療育センター（地域支援室）
 <受付時間> 月曜日~金曜日 / 8:30~17:00（祝日、年末年始を除く）
電話番号093-922-6886 FAX093-383-8202


223

図表 188 「つくば市医療的ケア児等相談窓口」設置に係る広報資料

つくば市医療的ケア児等相談窓口 ご案内


つくば市では「医療的ケア児等コーディネーター」を配置しています。ご自宅で何らかの医療的ケアを行っているお子様とご家族が、生活する上で必要な各種サービスの紹介やご相談に応じています。

市の医療的ケア児等
コーディネーター



「医療的ケア児」とは
医療的ケア児とは、人工呼吸器、胃ろう、痰吸引、気管切開、経管栄養、酸素療法、導尿、ストーマ、IVH（中心静脈栄養）などの医療的ケアが日常的に必要な児のことです。

医療的ケア児等



就園・就学などライフステージの変化の際に、必要な支援をスムーズに受けられるようお手伝いや、災害に備えた医療的ケア用品の保管、「医療的ケアの必要な方と家族のための災害時対応ノート」作成のサポートもいたします。相談等をご希望の方は、下記連絡先へお問い合わせください。



つくば市災害時医療的ケア用品保管事業
医療的ケアを日常的に必要なとしている方を対象に、医療的ケア用品約1日分程度を市役所にてお預かりし、可能な限り、災害時に可能な限り市内避難所等までお届けする事業です。

医療的ケアの必要な方と家族のための
災害時対応ノート

災害時の備えとして、普段必要としている医療的ケアの内容や、災害が起こった際の避難の計画、電源の確保方法等を記入し、いざという時に役立てていただくものです。

災害時対応ガイドブック

災害時に「自助」の力を発揮するためのヒントを掲載しています。災害時対応ノート作成のご参考にしてください

記入の仕方など分からないことがありましたらご相談ください

【問い合わせ先】つくば市 保健福祉部 障害福祉課 福祉連携係 ☎029-883-1111 (代表)

コーディネーターを配置した効果として多くの自治体から指摘されたのは、「専門性の問われる事例にも対応できるようになった」という点である。また、コーディネーターが間接支援の役割を担っている成果として「支援者を支える仕組み」が整ったことを挙げた事例も複数ある。

ウ. テーマⅢ 医療的ケア児支援センターに期待される相談機能のあり方

調査の結果、センター設置の在り方は、既存の組織・機関（自治体の本庁や医療機関等）にコーディネーターを配置してセンター機能を付加する「パターン A」（北九州市、つくば市）とセンターを新たに開設する「パターン B」（岐阜県、香川県、富山県、高知県、奈良県、世田谷区）に大きく分類することができる。なお、パターン B については、重症心身障害児に対する福祉・医療サービスを提供する団体など、医療的ケア児支援の経験や専門性ある組織に事業を委託して開設される場合が多い。

センターの活動内容には、直接支援（医療的ケア児家族に対する支援）のための活動としては相談対応や「家族会」等の開催、災害対策のサポート等があった。また、間接支援（医療的ケア児を支援する「支援者」の支援）のための活動としては、在宅移行支援など個別事例に関する助言、支援者間のコーディネートや情報共有の促進、支援に役立つ社会資源や行政制度の紹介等多様な活動が含まれた。