



**在宅で暮らす**

**子どもと家族の支援手帳**



## 〇もくじ〇

・ 支援手帳『こばと』について	2
・ 『こばと』の使い方	2
・ プロフィール	3
・ 連絡表	4
・ 支援機関連絡先	5
・ 使用している医療機器名	8
・ 災害時援護者支援制度	8
・ 内服しているお薬	9
・ 日常生活について	10
・ 生活リズム	14
・ プロブレムリスト	16
・ 記録	17
・ 経過記録（各関係機関用）	21
・ 保護者の記録	27

\*\*\*\*\*

発行：埼玉県保健医療部医療整備課

編集：埼玉県小児在宅医療支援研究会

代表世話人

埼玉医科大学総合医療センター小児科教授 田村正徳

デザイン：山崎和子・當麻未奈世

問い合わせ先：埼玉医科大学総合医療センター小児科医局

〒350-8550 埼玉県川越市鴨田1981

☎ 049 (228) 3550

この手帳は 2014 年度埼玉県小児等在宅医療連携事業で作成しています。

\*\*\*\*\*



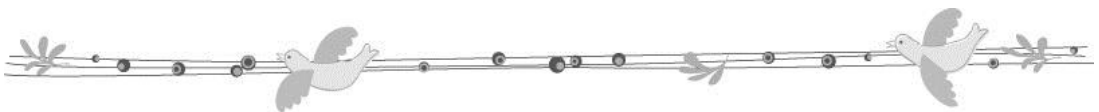
## ○支援手帳『こばと』について○

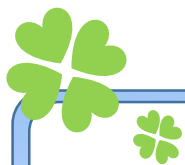
日本には母子手帳という素晴らしいものがあり、お子さんの出生、成長発達、予防接種の記録などこどもが健全に育つ為の記録が刻まれています。

『こばと』は、在宅で暮らすこどもの第2の母子手帳です。お子さんを支援する関係者が横につながりを持ち、現在の情報を共有することと、過去から現在という時間軸で縦にお子さんの成長、発達の記録を共有することを目的としています。障害の有無にかかわらず、〇〇家の〇〇ちゃんとしてその子らしく幸せに育っていくことを支援できるように願い、伝書鳩のような役割ができるようにこの手帳を作成しました。その時々に関わる支援者が、お子さんのことを理解し、連携しやすいように成長発達の記録として母子手帳と一緒に持ち歩いてご活用下さい。

## ○『こばと』の使い方○

1. 『こばと』はお子さんと支援者の基本情報、日常生活や医療の記録、経過記録（診察結果、状態変化、支援内容）、保護者が支援者に伝えたいことからなります。
2. プロフィール、支援関係者一覧、内服薬、日常生活の記録、\_\_\_\_ちゃんの記録（手術、入院歴、治療内容、医療機器の変更）は保護者が記録して下さい。これにより各関係機関ではお子さんの様子や他機関の支援状況が把握しやすくなり、円滑な支援の連携ができるようになります。
3. プロブレムリストは、主治医やかかりつけの医師に記載してもらって下さい。
4. 診察、訪問、通所などの際には『こばと』を持参し、経過の記録（診察結果、状態変化、支援内容など）のページに必要な事項を記入してもらって下さい。
5. 保護者の記録には、各支援関係者に伝えておきたいことなどをメモしておいて下さい。
6. 記録用紙が不足した場合は <http://www.happy-at-home.org/>よりダウンロードし、印刷してお使い下さい。





\_\_\_\_\_ちゃんのプロフィール



ふりがな			男・女
氏名			
生年月日	年	月	日
住所	〒 _____		
TEL		FAX	
保護者 氏名			
他の 同居家族 (続柄)	( )	( )	
	( )	( )	
	( )	( )	

訪問看護ステーション

① \_\_\_\_\_

担当 Ns: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

担当 Ns: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

主治医

\_\_\_\_\_ 病院

\_\_\_\_\_ 先生

TEL: \_\_\_\_\_

地域のかかりつけ医

\_\_\_\_\_ 病院

\_\_\_\_\_ 先生

TEL: \_\_\_\_\_

相談支援専門員

事業所名 \_\_\_\_\_

担当 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

保健所  
センター

担当 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

ちゃん  
くん

\_\_\_\_\_ 年 月現在

\_\_\_\_\_ 歳

医療機器

① \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

通園: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

学校: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

リハビリ: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

その他

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 支援機関連絡先 1

主治医			
病院名		診療科	科
TEL			
住 所			
緊急時の連絡方法			

家庭医		医師名	
TEL			
住 所			
緊急時の連絡方法			

他の利用機関 1			
診療科	科	医師名	
TEL			

他の利用機関 2			
診療科	科	医師名	
TEL			

訪問看護 ステーション 1			
TEL		担当者名	
住 所			

訪問看護 ステーション 2			
TEL		担当者名	
住 所			

## 支援機関連絡先 2

市町村担当課			
TEL		担当者名	
住所			

保 健 所			
TEL		担当者名	
住所			

相 談 支 援			
TEL		担当者名	
住所			

介 護 事 業 所			
TEL		担当者名	
住所			

通所サービス			
TEL		担当者名	
住所			



## その他

(移動支援サービス・訪問リハビリ・訪問歯科・薬局など)

名称			
TEL		担当者名	
住所			

名称			
TEL		担当者名	
住所			

名称			
TEL		担当者名	
住所			

名称			
TEL		担当者名	
住所			

-MEMO-

.....

.....

.....

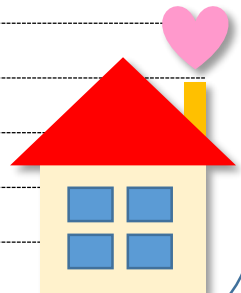
.....

.....

.....

.....

.....



## 使用している医療機器名

名 称		レンタル 事業所	
連絡先 (担当者)	( )	使用開始 年月日	年 月 日

名 称		レンタル 事業所	
連絡先 (担当者)	( )	使用開始 年月日	年 月 日

名 称		レンタル 事業所	
連絡先 (担当者)	( )	使用開始 年月日	年 月 日

名 称		レンタル 事業所	
連絡先 (担当者)	( )	使用開始 年月日	年 月 日

## 災害時援護者支援制度

( )市・町 災害時援護者支援制度  
登録 ( 済 ・ 未 )

連絡先：( )市役所・町村役場 ( )課  
TEL ( )-( )-( )

## 内服しているお薬の一覧

薬局でもらうお薬シールのコピーやお薬手帳の内容を記録して下さい。  
お薬手帳の内容も確認していますので『こばと』と一緒に使用して下さい。



## 日常生活についての記入例

(お子さんの介助にあたり知ってほしいことについてこの記入内容例を参考に次のページにご家族が記入して下さい。)

### 栄養について

- \* 食事介助 不要・必要
- \* 1回の食事にかかる時間 ( ) 分
- \* 食事の時の姿勢
- \* 食事の形態：ミキサー食、柔らかく煮る、刻み食など調理方法を記入
- \* 1回の食事量  
朝, 昼, 晩 茶碗( ) 杯程度 (内容 )
- \* 食事の時の状況：丸飲みする、飲み込みが悪い (食事の内容)、むせの頻度など
- \* 水分摂取量：1回 ( ) cc 程度、 1日 ( ) cc 程度
- \* 水分摂取の状況：スプーンで一口ずつ、とろみをつけて、ストロー使用等、具体的に記入

#### <経管栄養の場合>

- \* 注入経路：経鼻チューブまたはEDチューブ ( ) Fr、( ) cm 固定、  
胃瘻または腸瘻 ( ) Fr、( ) cm、固定水量 ( ) cc
- \* 注入方法：ポンプ使用、自然落下、手押しなど記入
- \* 注入内容：栄養剤の種類と量+白湯の量、注入時間1日 ( ) 回(何時)、  
1回の注入時間
- \* 注入時の体位と注意
- \* アレルギーの有無
- \* その他食事、注入の介助にあたり注意してほしいこと

<p style="text-align: center;"><b>呼吸</b> について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 呼吸の様子</li> <li>* 吸引 不要・必要 吸引の頻度 吸引チューブの太さ □鼻腔内または気管内 ( ) Fr 吸引チューブの挿入長さ ( ) cm</li> <li>* 酸素吸入：なし・あり 常時、( ) 時～( ) 時、体調の変化により吸入 酸素量：( ) L/分、SpO2 の目安 ( ) %</li> <li>* 人工呼吸器：機種、呼吸器の条件</li> <li>* 吸入の有無、内容</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>排泄</b> について</p>	<p>&lt;排便&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 頻度：毎日、( ) 日に 1 回</li> <li>* 便の硬さ</li> <li>* 浣腸や下剤などの使用について：薬剤名、( ) 日に 1 回浣腸など</li> </ul> <p>&lt;排尿&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 排尿の方法：おむつ、尿器、トイレで可能など</li> <li>* 排尿の回数、間隔（平均的なおむつ替えの回数、間隔）</li> <li>* 導尿の回数</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>睡眠</b> について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 就寝時間、睡眠時間、睡眠リズム、くせ（お気に入りのタオル、ゆびしゃぶり）</li> <li>* 入眠時の注意（入眠前の内服、経鼻エアウェイ使用、体位など）</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>覚醒時</b> について (遊びなど)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 好きな遊び、好きなもの、こだわり、くせなど</li> <li>* 好きな体位、嫌いな体位と注意点</li> <li>* 日中におこなっている体位と注意点 (座位 ( ) 分、うつぶせ ( ) 分など)</li> <li>* 筋緊張が強いときの対処方法など</li> <li>* 移動時の方法と注意点</li> <li>* 入浴時の方法と注意点</li> </ul>

## 日常生活について

(お子さんの介助のコツなど知ってほしいことを、記入内容例を参考に記入してください。)

### 栄養について

呼吸 について	
排泄 について	
睡眠 について	
覚醒時 にいて (遊びなど)	

## 生活リズム (1日の過ごし方)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
月													
火													
水													
木													
金													
土													
日													

時



	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	時
月													
火													
水													
木													
金													
土													
日													

# チャンプロblemリスト



このページは主治医の先生に記載してもらいましょう

		年月日	記入者
1			
2			
3			
4			
5			
6			

## \_\_\_\_\_ ちゃんの記録



手術暦・入院歴・治療内容の変更・医療機器の変更などを  
記入しておきましょう。

年月日	記 録



年月日	記 録



年月日	記 録



年月日	記 録

# 経過記録



( \_\_\_\_\_ ちゃんを支援する各関係機関用)

年月日	診察結果・状態変化・支援内容・コメント等	支援機関名 (署名)
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )



年月日	診察結果・状態変化・支援内容・コメント等	機関名 (署名)
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )





年月日	診察結果・状態変化・支援内容・コメント等	機関名 (署名)
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )



年月日	診察結果・状態変化・支援内容・コメント等	機関名 (署名)
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )



年月日	診察結果・状態変化・支援内容・コメント等	機関名 (署名)
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )



年月日	診察結果・状態変化・支援内容・コメント等	機関名 (署名)
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )

## 保護者の記録



ご家族の方が、お子さんの変化など関係者に伝えたいことを  
記入するページです

年月日	



年月日	



年月日	



年月日	