

医療的ケアを必要とする方に関するアンケート

～ご協力のお願い～

日頃は、障がい福祉事業にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、この度、小牧市障害者自立支援協議会では市内で医療的ケアを必要とするお子様に関係している医療や福祉、教育、行政機関が集まり意見交換会を行い、今後、医療的ケアを必要とするお子様を支援するための取り組みを始めました。

このアンケートは、医療的ケアを必要とする18才未満のお子様の状況を把握することを目的としており、ご回答いただいた個人情報や医療的ケアを必要とするお子様の支援に関する目的以外には使用いたしません。

今回のアンケート調査については、医療的ケアを必要とするお子様の中には身体障害者手帳等の行政サービスの対象になっていない方もいるため、当協議会の構成員である関係機関の皆さんの協力を得て行っているものです。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、アンケートへのご協力をお願いいたします。

令和2年●月●日

小牧市・小牧市障害者自立支援協議会

■ご記入にあたってのお願い

- 1 記入は鉛筆、あるいは黒または青のボールペンでお願いいたします。
- 2 調査票の回答は、ご本人、または保護者の方がご記入ください。
- 3 回答は、あてはまる回答の番号を○で囲んでください。
- 4 その他の()内には、具体的な内容を書いてください。
- 5 書ききれない場合は、任意の用紙を追加していただいても構いません。
- 6 この調査票の記入が終わりましたら、同封の返信用封筒に調査票を入れて、●月●日まで郵便ポストへ投函してください。

回答に際してご不明な点や、この調査に関するお問い合わせは下記にお願いいたします。

担当：小牧市障害者自立支援協議会 伊藤(医療的ケア児等コーディネーター)電話 65-7050

問1 回答者について	
ふりがな 氏名	
続柄	1 父 2 母 3 その他 ()

問2 対象となる方	
ふりがな 氏名	性別 男・女
生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳)
住所	〒
電話番号	()
きょうだい	1 いる ⇒ (合計 人) 兄・姉・弟・妹 2 いない
病名 診断名	※答えられる範囲で結構です。
障害者手帳	身体障害者手帳 あり・なし →ありの方 (種 級)、障害名 () 療育手帳 あり・なり →ありの方 (判定)
医療機関	病院 科 主治医：
通園・通学先	
小児慢性特定疾病の医療費助成の受給状況	1 小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている。 2 受けていない

問3 日常生活の状態等 (複数回答可)	
①姿勢・運動	1 寝た姿勢で生活 2 寝返りをする 3 這う (ずり這い、背這い、四つ這い) 4 座る (自分で座る、座らせると自分で座ってられる、支えが必要) 5 つかまり立ちをする 6 伝い歩きをする 7 自分で立ち上がる 8 一人で歩く
②移動・移乗	1 全面的な介助が必要 (抱く、リフト、車いす) 2 一部介助が必要 3 一人で動くことができる
③所有補助具等	1 バギー 2 車いす 3 歩行器 4 クラッチ 5 プロンボード 6 コルセット 7 アパレート 8 その他 ()

④食事	1 全面的な介助が必要 3 介助不要	2 一部介助が必要 4 経管栄養（経鼻、胃ろう、腸ろう）
⑤食形態	1 流動食 4 柔らかく調理したもの	2 ミキサー食 5 普通食
⑥水分補給	1 普通 2 とろみ付き	3 ゼリー状 4 注入 5 普通
⑦排泄時の介助	1 全面的な介助が必要 3 時々介助が必要	2 一部介助が必要 4 介助不要
⑧入浴時の介助	1 全面的な介助が必要 3 時々介助が必要	2 一部介助が必要 4 介助不要
⑨言語等の理解	1 言語の理解ができない 3 簡単な色を理解できる 5 簡単な文字を理解できる	2 簡単な言語を理解できる 4 簡単な数を理解できる 5 文章を理解できる
⑩意思表示	1 ほとんどない 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 6 その他（	2 声や身振りで表現できる 5 会話ができる ）

問4 対象となる方が日常生活で必要とする医療的ケアについて		
①喀痰吸引 （口腔・鼻腔）	1 実施している 【頻度】 1 毎日 【回数】 1日合計 回	2 実施していない 2 体調不良のとき
②喀痰吸引 （気管カニューレ）	1 実施している 【頻度】 1 毎日 【回数】 1日合計 回	2 実施していない 2 体調不良のとき
③経管栄養 （胃ろう・腸ろう・経鼻）	1 実施している 【種別】 1 胃ろう 【回数】 1日合計 回	2 実施していない 2 腸ろう 3 経鼻 4 その他
④中心静脈栄養	1 実施している（持続的・断続的）	2 実施していない
⑤導尿	1 実施している 【回数】 1日合計 回	2 実施していない
⑥酸素補充療法（酸素吸入）	1 実施している（持続使用・場面的）	2 実施していない
⑦（経鼻）咽頭エアウェイ	1 実施している（常時挿入・場面的）	2 実施していない
⑧気管切開	1 している	2 していない
⑨人工呼吸器の使用	1 使用している（持続的・断続的）	2 使用していない
⑩インスリン注射	1 実施している 【回数】 1日合計 回	2 実施していない
⑪腹膜透析	1 実施している 【回数】 1日合計 回	2 実施していない
⑫人工肛門（ストマー）	1 実施している	2 実施していない

⑬てんかん発作時等の座薬挿入	1 実施している 2 実施していない
⑭その他	内容（ 【頻度】 ）

問5 対象となる方の医療的ケアを実施されている方について

在宅で医療的ケアを実施されている方	※当てはまるもの全てに○をつけてください。 1 父 2 母 3 きょうだい 4 祖父母 5 本人 6 その他（ ）
-------------------	--

問6 対象となる方が在宅生活をする上で、困っていること、大変だと感じていること（自由記載）

--

問7 現在利用しているサービスや支援について（複数回答可）

1 訪問看護（頻度： ）	2 訪問診療（頻度： ）	3 訪問歯科（頻度： ）
4 訪問リハ（頻度： ）	5 訪問入浴（頻度： ）	6 相談支援（頻度： ）
7 居宅介護（頻度： ）	8 短期入所（頻度： ）	9 児童発達（頻度： ）
10 放課後デイ（頻度： ）	11 日中一時（頻度： ）	
12 移動支援（頻度： ）	13 同行援護（頻度： ）	
14 行動援護（頻度： ）	15 その他（ ）	

上記サービスを利用したいができない理由	
---------------------	--

問8 退院時（在宅移行時）の状況について（複数回答可）

退院時における相談者	1 医師 2 看護師 3 医療機関のソーシャルワーカー 4 市の保健師 5 相談支援専門員 6 訪問看護ステーション 7 訪問診療 8 親戚、友人 9 なし 10 その他（ ）
------------	--

退院後に困ったことを具体的に教えてください。	
------------------------	--

問9 ご本人やご家族のために、今後必要なサービスや支援内容（自由記載）

--

設問は以上になります。ご協力いただき誠にありがとうございました。

ご回答いただいた内容は、医療的ケアを必要とする方の支援に関する目的以外には使用しません。