

## 神奈川県 医療的ケア児 実態把握調査

神奈川県では、医療的ケアが必要なお子さま（18歳未満）に関して、現状を把握し、県や市町村で今後必要な支援の検討を進めるため、実態把握調査を実施いたします。

質問項目以外にも、日々の暮らしの中で感じられている医療的ケアに係るお困りごとや、ご要望なども併せてご記入ください。（※複数の機関から当調査票を受け取った場合、提出は1回限りで結構です。）

### 個人情報の提供に関する同意書 署名欄

神奈川県及び市町村が行う医療的ケア児に必要な支援に係る検討のため、私は、このシートに記載する私の個人情報（お困りごと・ご要望を含む）を、県が保管・集約し、県及び居住する市町村の関係部署が情報共有することに同意します。

令和 年 月 日

お子さまの氏名 \_\_\_\_\_

代諾者の氏名 \_\_\_\_\_

※ご記入いただいた内容は、医療的ケア児に必要な支援を検討するため、お住まいの市町村の関係機関と情報共有いたします。併せて、神奈川県庁内の関係所属にも情報提供を行います。なお、収集した個人情報は本目的以外に利用することはありません。

### 【調査の対象者】

県内市町村（横浜市・川崎市・相模原市を除く）に在宅で生活している、日常的に人工呼吸器や経管栄養などの医療的ケア（※）を要する18歳未満のお子さま及びその保護者（※2ページの「問5. 日常的に必要なとする医療的ケア」の項目を参照）

### 【基本情報】 太枠は必ずご記入ください

ふりがな		性 別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> ( )
お子さまの氏名		生年月日	平成 年 月 日	( 歳)	
ふりがな		続 柄	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母		
保護者氏名			その他 ( )		
住 所	〒 -				
	神奈川県				
電話（自宅）	( )				
電話（携帯）	( )				
Email	@				
希望する連絡方法 (○を付けてください)	郵送 ・ 電話（自宅） ・ 電話（携帯） ・ Email				
医療的ケア児と同居する 家族の構成 右のうち、お子さまと同居 している家族に○を付け、 主たる介護者には◎をそ れぞれ付けてください。	父 母 祖父 ( 人) 祖母 ( 人) 兄 ( 人) 、 姉 ( 人) 、 弟 ( 人) 、 妹 ( 人) その他 ( )				
主たる介護者の就労状況 ※該当するものに○を付 けてください。	1. 就労している                      3. 預け先があれば就労したい 2. 就労希望なし                    4. 今後就労を再開予定				

問12. (就学中の方) 現在の通学の状況について、あてはまるものに○を付けてください

(1) 通 学 手 段 : 1. 徒歩・自転車 2. 自家用車 3. 福祉タクシー 4. 移動支援サービス  
5. 公共交通機関 6. スクールバス 7. その他 ( )

(2) 付き添いの有無 : 1. 登下校のみ付き添う (平均 週 日)  
2. 学校生活のみ付き添う (平均 週 日)  
3. 登下校と学校生活どちらも付き添う (平均 週 日)  
4. 登下校と学校生活どちらも付き添わない  
5. 通学ではない

1週間のうちの平均日数も記入してください。

■お困りごと、行政や関係機関等へのご要望など (※県及びお住まいの市町村の各所管部署と共有します)

※お困りごとやご要望などありましたら、ご自由にお書きください。

【妊娠中、出産直後、入院中、在宅生活で、あるとよい支援、よかった支援】

【施設入所・就園・就学や、施設・保育園・幼稚園・学校での生活について】

【医療、母子保健サービス等の利用について】

【障害福祉サービス等の利用について】

【介護者・保護者の健康、就労、経済的負担について】

【欲しい情報・情報入手について】

【これまで役に立った情報、あるとよい情報について】

【災害時の支援等について】

【その他】

※お困りごとの内容により、こちらからご連絡をさせていただく場合があります。

このシートに関するお問合せは、  
神奈川県福祉子どもみらい局福祉部障害福祉課地域生活支援グループ TEL 045-210-4720

※事務局使用欄

ID		受付年月日		連携：市町村・医・子・次・障・教・( )
----	--	-------	--	----------------------

■お子さまの状態

問1. 診断を受けた病名						
問2. 障害者手帳 ※該当するもの全てにレ点チェックを付けて、等級を記入してください	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（等級：      級）					
	<input type="checkbox"/> 療育手帳（等級：      ）					
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（等級：      級）					
	<input type="checkbox"/> 該当なし					
問3. 障害支援区分 ※該当するものに○を付けてください	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	
	区分6	該当なし（認定を受けていない）				
問4. 小児慢性特定疾病の受給者証の有無	あり ・ なし					
問5. 日常的に必要なとする医療的ケア ※該当するもの全てにレ点チェックを付けてください	<input type="checkbox"/> 吸引			<input type="checkbox"/> 人工呼吸器の管理		
	<input type="checkbox"/> 吸入・ネブライザー			<input type="checkbox"/> 腹膜透析		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻、胃ろう、腸ろう）			<input type="checkbox"/> 血液透析		
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養			<input type="checkbox"/> 膀胱瘻		
	<input type="checkbox"/> 定期導尿			<input type="checkbox"/> 人工肛門		
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法			<input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 咽頭エアウェイ					
	<input type="checkbox"/> 気管切開部の管理（バンド交換等）					
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                 上記の医療的ケアに加えて、下記の生活援助行為を実施されている場合、該当するものにレ点チェックをつけてください。  <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター      <input type="checkbox"/> 体位交換      <input type="checkbox"/> 服薬管理             </div>						
問6. ご本人の状態 右の各項目(1)～(7)のうち、あてはまるものを1つ、それぞれ○を付けてください。	(1) 姿勢	1. 寝たきり	2. 自分で座れる			
		3. つかまり立ちができる	4. 一人立ちできる			
	(2) 移動	1. 寝返りができない	2. 寝返りができる			
		3. 這って移動できる	4. 伝い歩きができる			
		5. ひとり歩きができる	6. 走ることができる			
	(3) 食事	1. 全介助	2. 一部介助	3. 自立		
	(4) 排泄	1. 全介助	2. 一部介助	3. 自立		
(5) 入浴	1. 全介助	2. 一部介助	3. 自立			
(6) 言語理解	1. 言語理解不可	2. 簡単な言語理解可				
	3. 日常の言語理解可	4. 簡単な色・数の理解可				
	5. 簡単な文字・数字の理解可	6. 特に問題ない				
(7) コミュニケーション	1. ほとんどできない	2. 声や身振りで表現できる				
	3. 手話・点字が必要	4. 要約筆記が必要				
	5. ひらがな表記が必要	6. 配慮は必要ない				

※お子さまが3歳未満の場合は回答不要です。

問7. 現在かかっている医療機関（病院・診療所）についてご記入ください（複数回答可）

1. 主たる医療機関名	{
2. 上記以外の医療機関名①	{
3. 上記以外の医療機関名②	{
4. その他（リハビリテーションや訪問看護など）	{

問8. 上記の「主たる医療機関」への移動距離と移動方法について、○を付けてください  
 (1) 移動距離： 1. 10km未満      2. 10～30km未満      3. 30km以上  
 (2) 移動方法： 1. 徒歩・自転車      2. 自家用車      3. 福祉タクシー      4. 移動支援サービス  
 5. 公共交通機関      6. その他（      ）

問9. 現在利用しているサービスについて、○を付けてください（複数回答可）

1. 居宅介護	7. 行動援護	13. 訪問診療
2. 短期入所（福祉型）	8. 同行援護	14. レスパイト入院
3. 短期入所（医療型）	9. 日中一時支援	15. 訪問リハビリ
4. 生活介護	10. 放課後等デイサービス	16. 相談支援
5. 療養介護	11. 児童発達支援	17. その他
6. 移動支援	12. 訪問看護	

問10. “現在” 平日の日中に過ごしているところ全てに○を付けてください。（複数回答可）  
 また、“今後” 利用を希望される場所やサービス等があれば、○を付けてください。（複数回答可）

現在	今後	過ごしているところ／希望される場所
		1. 自宅
		2. 学校（小学校、中学校、高等学校、特別支援学校など）※通学
		3. 保育所・認定こども園
		4. 幼稚園
		5. 児童発達支援事業所
		6. 児童発達支援事業所（医療型）
		7. 放課後等デイサービス事業所
		8. 日中一時支援施設
		9. 短期入所（福祉型）
		10. 短期入所（医療型）
		11. 通所事業所（生活介護など）
		12. その他（      ）

問11. （就学中の方）現在利用している学校（学級）の種類に○を付けてください

1. 公立小学校（通常の学級）	7. 公立高等学校
2. 公立小学校（特別支援学級）	8. 私立高等学校
3. 私立小学校	9. 特別支援学校（通学）
4. 公立中学校（通常の学級）	10. 特別支援学校（訪問教育）
5. 公立中学校（特別支援学級）	11. その他 {
6. 私立中学校	}