

医療的ケアを必要とする方に関する実態調査（春日井市） 調査票

- ・この調査は任意で回答していただくものです。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。

問1 回答者について 医療的ケアを必要とする方（以下「対象となる方」とします。）との関係、氏名など	
(1) 続柄	1 父 2 母 3 その他（ ）
(2) ふりがな 氏名	
(3) 電話番号	
(3) 繋がりやすい時間帯	1 午前 2 午後 3 その他（ ）
※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。 追加でお聞きしたいことがあるときに、お問い合わせさせていただくことがあります。	

問2 対象となる方の状況について	
(1) ふりがな 氏名	
(2) 性別	1 男 2 女
(3) 年齢	（ ） 歳 ※平成31年4月1日時点
(4) 居住地	（ ） 町・台
(5) きょうだい	1 いる ⇒ （合計 人）兄・姉・弟・妹 2 いない
(6) 病名 ※複数回答可	<p>【主な病名】に○、【関係する病名】に△をつけてください。</p> <p>1 新生児仮死による低酸素脳症 2 事故等による低酸素脳症（左以外） 3 脳出血・脳梗塞後遺症 4 脳炎脳症後遺症 5 外傷後遺症 6 先天性異常症候群（染色体異常症を含む） 7 先天性骨疾患（先天性骨・軟骨異形成症） 8 神経・筋疾患 9 慢性呼吸器疾患 10 慢性心疾患 11 先天性代謝異常症 12 血液疾患（血友病、白血病等）・悪性腫瘍 13 慢性消化器疾患 14 慢性腎尿路疾患 15 その他（ ）</p>
(7) 障がい者手帳の交付状況	
① 身体障がい者手帳	<p>1 交付あり 2 交付なし</p> <p>【種別】 1 肢体不自由 2 内部機能障がい 3 その他</p> <p>【等級】 1・2 種 1・2・3・4・5・6 級</p>
② 療育手帳	<p>1 交付あり 2 交付なし</p> <p>【等級】 A・B・C 判定</p>

③ 精神障がい者 保健福祉手帳	1 交付あり 【等級】 1 ・ 2 ・ 3 級	2 交付なし	
(8) 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	
(9) 日常生活の状態等 ※ 下記の①～⑨は、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 運動機能 (大島分類)	1 寝たきり 4 歩ける	2 座れる 5 走れる	3 立てるが歩けない
② 姿勢	1 一人で座ることができない 3 つかまり立ちができる	2 一人で座ることができる 4 一人で立つことができる	
③ 移動	1 全く移動できない 3 背ばい、腹ばいができる 5 伝え歩きができる	2 寝返りができる 4 よつんばいができる 6 一人歩きができる	
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 3 きざみ食 5 普通食	2 ミキサー食 4 柔らかく調理したもの 6 経管栄養剤	
⑥ 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	
⑦ 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	
⑧ 言語等の理解	1 言語の理解ができない 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	2 簡単な言語を理解できる 5 文章を理解できる	
⑨ 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	2 声や身振りで表現できる 5 会話ができる	

問3 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・時間】 1日合計	2 実施していない 2 体調不良のとき 回 1日合計 分
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・時間】 1日合計	2 実施していない 2 体調不良のとき 回 1日合計 分
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・時間】 1日合計	2 実施していない 2 腸ろう 3 経鼻 4 その他 回 1日合計 分

④ 中心静脈栄養	1 実施している 【回数・時間】 1日合計	2 実施していない 回 1日合計	分
⑤ 導尿	1 実施している 【回数・時間】 1日合計	2 実施していない 回 1日合計	分
⑥ 酸素補充療法 (酸素吸入)	1 実施している 【回数・時間】 1日合計	2 実施していない 回 1日合計	分
⑦ (経鼻) 咽頭エアウェイ	1 実施している 【回数・時間】 1日合計	2 実施していない 回 1日合計	分
⑧ 気管切開部の管理	1 実施している 【回数・時間】 1日合計	2 実施していない 回 1日合計	分
⑨ 人工呼吸器の使用・管理	1 実施している 【回数・時間】 1日合計	2 実施していない 回 1日合計	分
⑩ インスリン注射	1 実施している 【回数・時間】 1日合計	2 実施していない 回 1日合計	分
⑪ 腹膜透析	1 実施している 【回数・時間】 1日合計	2 実施していない 回 1日合計	分
⑫ 人工肛門 (ストマ)	1 実施している	2 実施していない	
⑬ その他	内容 () 【回数・時間】 1日合計 回 1日合計 分		

問4 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	
(1) 在宅で医療的ケアを実施されている方について	1 父 2 母 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 本人 10 その他 () ※当てはまるもの全てに○をつけてください。
(2) 上記(1)で○をつけた方の中で、主に実施されている方の番号を記載してください。	
(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方はいますか。	1 いる ⇒ 協力者 () 2 いない 3 分からない
(4) 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 (パートタイマー・派遣社員等)
② 1週間当たりの勤務日数	() 日
③ 1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

問5 対象となる方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 ※複数ある場合は、 複数ご記入ください。	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
	【医療機関名】 【通院、受診の頻度】 年 回、月 回 程度
② 訪問看護	1 利用している 2 利用していない
	【事業所名】 【利用の頻度】 年 回、月 回 程度
③ その他（訪問リハ ビリ、訪問歯科な ど）	1 利用している 2 利用していない
	【利用の内容】（ ） 【事業所名】 【利用の頻度】 年 回、月 回 程度

問6 対象となる方の障がい福祉サービス等の利用状況等について（直近3年程度）	
(1) 相談支援の利用状況	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) 障がい児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】
	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】
	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 【サービス名】 【事業所名】
③ その他	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 【サービス名】 【事業所名】
	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 【サービス名】 【事業所名】

(3) 障がい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 【サービス名】 【事業所名】

問7 対象となる方の通園・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（2）小学校就学前の場合へ	
① 年代	1 小学生年齢 ⇒ ②、③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（子どもの家など）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 ⇒ ⑤、⑥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○を付けてください。
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○を付けてください。 ⇒ 問8へ
(2) 小学校就学前（6歳未満）の場合 ※6歳以上の方は（1）小学校就学後の場合へ	
① 保育園、幼稚園等の利用状況	1 定期利用している ⇒ ②、③、④へ 2 不定期（一時預かり保育など）で利用している ⇒ ②、③、④へ 3 利用していない ⇒ ⑦へ
② 利用している施設の種別	1 認定子ども園 2 幼稚園 3 保育園 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 ⇒ ⑤、⑥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○を付けてください。

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 3 中心静脈栄養 6 咽頭エアウェイ 8 人工呼吸器の使用 10 その他 ()	2 経管栄養(経鼻、胃ろう、腸ろう) 4 導尿 5 酸素補充療法 7 気管切開部の管理 (ガーゼ交換等) 9 インスリン注射
⑦ 保育園の利用希望	1 希望している ⇒ ⑧、⑨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 保育園を利用できない理由	1 利用可能な園が見つからず利用申請できていない 2 その他 () ⇒ 問9へ	

問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

※問7で、学校又は保育園・幼稚園等への通園・通学していると回答した方のみ

(1) 通園・通学のための送迎体制	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 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 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) ⇒ 問9へ 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 5 その他 ()
(2) 送迎中の医療的ケアの実施状況	1 送迎中に医療的ケアを実施している ⇒ (3)へ 2 送迎中に医療的ケアを実施していない ⇒ 問9へ ※当てはまるものに○を付けてください。
(3) 医療的ケアの実施者	1 看護師 2 教職員 3 保育士 4 家族 5 その他 () ※当てはまるものに○を付けてください。

問9 退院時(在宅移行時)について

(1) 退院時(在宅移行時)に相談した方(又は支援を求めた方)	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 市の保健師 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 10 その他 () ※当てはまるもの全てに○を付けてください。
---------------------------------	---

問15 その他（自由記載）

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方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、任意の用紙を追加していただいても構いません。

担当：春日井市健康福祉部障がい福祉課 TEL：0568-85-6181