

# 豊島区医療的ケア児等実態調査 ～ご協力のお願い～

資料3-2

日頃より保健福祉行政にご理解、ご協力をいただきありがとうございます。

この度、豊島区における医療的ケアが必要なお子様やご家族様が任み慣れた地域で安心して生活ができるよう生活状況や支援ニーズを把握し、必要な支援をしていくため、実態調査を実施することとしました。

なお、医療的ケアが必要なお子様がライフステージに応じた支援を切れ目なく受けられるよう、関係各課が情報共有できる体制の構築を図っています。そこで、実態調査票の末尾に個人情報の取り扱いについて署名欄を設けました。区役所内の関係部署から取得した個人情報は、医療的ケア児等支援に必要な場合のみ使用し、それ以外の場合には使用することはありません。

調査の趣旨をご理解いただき、ご協力のほどお願い申し上げます。

豊島区保健福祉部

## 《ご回答にあたってのお願い》

1. 濃い鉛筆または黒のボールペンでご記入してください。
2. 回答の際チェックは、濃くつけてください。（例  ）
3. 「その他」を選択された場合は（ ）内に具体的な内容をご記入してください。
4. 令和5年6月1日（木）現在の状況についてご回答ください。
5. ご記入いただいた調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です）に封入し、  
**令和5年7月17日（月）**までに、郵便ポストにご投函ください。

※ご記入上の不明な点、調査についてのお問い合わせは下記までお願いします。

調査は主に以下の内容について伺います。ご協力お願いいたします。

1. 医療的ケアを必要とするお子様について（全8問）
  2. ご家族について（全8問）
  3. 利用している障害サービスについて（全2問）
  4. 相談先について（全2問）
  5. 災害時について（全5問）
- その他（自由意見）

## 《問い合わせ先》

豊島区保健福祉部障害福祉課 児童・障害児支援グループ（平日8：30～17：00）

【電話】 03-4566-2451

【FAX】 03-3981-4303

●対象者確認

本調査は、医療的ケアが必要なお子様とご家族の生活状況や支援ニーズを伺い、今後の医療的ケア児等の支援の参考とするため実施いたします。本調査の対象者は、以下の2項目すべてに該当する方になります。

該当しない項目がある方は次の質問以降は回答不要です。回答不要の場合も調査票を返信用封筒に封入しご返送ください。

(1) 0歳以上18歳以下の方

(2) 問1-3に記載されている医療的ケアのうち、いずれかを日常的に行っている方

<input type="checkbox"/> 2項目すべてに該当する	<input type="checkbox"/> 該当しない項目がある⇒回答不要です。
--------------------------------------	---

1. 医療的ケアを必要とするお子様について

1-1. 医療的ケアを必要とするお子様の生年月日を教えてください。\*西暦でご回答ください。

年	月	日
---	---	---

1-2. 医療的ケアを必要とするお子様の性別を教えてください。

<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
-----------------------------	-----------------------------

1-3. 現在、日常的に行っている医療的ケアを教えてください。当てはまるものを全て☑してください。

<input type="checkbox"/> 人工呼吸器の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテルの管理
<input type="checkbox"/> 気管切開の管理	<input type="checkbox"/> 皮下注射
<input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイの管理	<input type="checkbox"/> 血糖管理測定、埋め込み式血糖測定器による血糖測定
<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 継続的な透析
<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 導尿
<input type="checkbox"/> ネブライザーの管理	<input type="checkbox"/> 排便管理
<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 痙攣時における座薬挿入、吸引、 酸素投与又は迷走神経刺激装置の作動等の処置

1-4. 障害者手帳所持の有無を教えてください。当てはまるものに☑してください。

<input type="checkbox"/> 持っている（以下お答えください）	<input type="checkbox"/> 持っていない
---	---------------------------------



「持っている」と答えた方

所持している手帳等について教えてください。当てはまるものに☑してください。

身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 5級	<input type="checkbox"/> 6級
*総合等級で選択してください。						
愛の手帳（療育手帳）	<input type="checkbox"/> 1度	<input type="checkbox"/> 2度	<input type="checkbox"/> 3度	<input type="checkbox"/> 4度		
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級			
小児慢性特定疾病医療受給者証	<input type="checkbox"/> 所持					

1-5. 医療的ケアを必要とするお子様の運動機能について教えてください。当てはまるものを全て☑してください。

<input type="checkbox"/> 臥位	<input type="checkbox"/> 座位保持	<input type="checkbox"/> 車いすで自ら移動	<input type="checkbox"/> 走れる（介助あり）
<input type="checkbox"/> 寝返り	<input type="checkbox"/> つかまり立ち	<input type="checkbox"/> 介助ありの歩行	<input type="checkbox"/> 走れる（介助なし）
<input type="checkbox"/> 四つばい移動（ハイハイ）	<input type="checkbox"/> 伝い歩き	<input type="checkbox"/> 独歩（介助なし）	<input type="checkbox"/> その他（                    ）

※「その他」を選択した場合（ ）内にご記入してください。



1-8. 医療的ケアを必要とするお子様の通園・通学先について教えてください。		
<input type="checkbox"/> 保育所	<input type="checkbox"/> 中学校	<input type="checkbox"/> 利用しておらず今後も利用予定はない
<input type="checkbox"/> 幼稚園	<input type="checkbox"/> 高等学校	<input type="checkbox"/> 利用していないが今後利用したい
<input type="checkbox"/> 小学校	<input type="checkbox"/> 特別支援学校	<input type="checkbox"/> その他 ( )



「利用していないが今後利用したい」と答えた方

利用したい通園・通学先について教えてください。		
<input type="checkbox"/> 保育所	<input type="checkbox"/> 中学校	<input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 幼稚園	<input type="checkbox"/> 高等学校	
<input type="checkbox"/> 小学校	<input type="checkbox"/> 特別支援学校	



「保育所」「幼稚園」と答えた方

受け入れが可能となった場合、希望する頻度を教えてください。			
<input type="checkbox"/> 週1・2回	<input type="checkbox"/> 週3・4回	<input type="checkbox"/> 週5回	<input type="checkbox"/> 週6回

## 2. ご家族について

2-1. 医療的ケアを必要とするお子様の同居家族構成を教えてください。当てはまるものを全て☑してください。	
<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 祖父
<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 祖母
<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> その他 ( )

2-2. 医療的ケアを必要とするお子様の父の就労状況を教えてください。	
<input type="checkbox"/> 就労中：フルタイム（会社員・公務員等）	<input type="checkbox"/> 産休中・育児休暇中
<input type="checkbox"/> 就労中：自営業	<input type="checkbox"/> 介護休暇中
<input type="checkbox"/> 就労中：パート・アルバイト	<input type="checkbox"/> 就労しておらず、就職活動をしていない
<input type="checkbox"/> 就職活動中	<input type="checkbox"/> その他 ( )

2-3. 医療的ケアを必要とするお子様の母の就労状況を教えてください。	
<input type="checkbox"/> 就労中：フルタイム（会社員・公務員等）	<input type="checkbox"/> 産休中・育児休暇中
<input type="checkbox"/> 就労中：自営業	<input type="checkbox"/> 介護休暇中
<input type="checkbox"/> 就労中：パート・アルバイト	<input type="checkbox"/> 就労しておらず、就職活動をしていない
<input type="checkbox"/> 就職活動中	<input type="checkbox"/> その他 ( )

2-4. 医療的ケアを必要とするお子様の育児・介護について、親族（祖父母等）の協力状況について教えてください。	
<input type="checkbox"/> 毎日・ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 随時（お願いした時など）
<input type="checkbox"/> 定期的に週2・3日	<input type="checkbox"/> 協力は困難
<input type="checkbox"/> 定期的に週1回	<input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 定期的に週1回未満	

2-5. 医療的ケアを必要とするお子様の家族の中で主な介護者を一人教えてください。	
<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹
<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 事業所のヘルパーなど
<input type="checkbox"/> 祖父母	<input type="checkbox"/> その他 ( )

2-6. 主な介護者の体の健康状況を教えてください。

<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良のため通院したいが、介護以外の理由により通院できない
<input type="checkbox"/> 不良だが通院するほどではない	<input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 不良のため通院している	
<input type="checkbox"/> 不良のため通院したいが、介護のため通院できない	

2-7. 主な介護者の1日の平均的な合計睡眠時間を教えてください。

<input type="checkbox"/> 4時間未満	<input type="checkbox"/> 6時間以上7時間未満	<input type="checkbox"/> 9時間以上10時間未満
<input type="checkbox"/> 4時間以上5時間未満	<input type="checkbox"/> 7時間以上8時間未満	<input type="checkbox"/> 10時間以上
<input type="checkbox"/> 5時間以上6時間未満	<input type="checkbox"/> 8時間以上9時間未満	<input type="checkbox"/> その他 ( )

2-8. 主な介護者が介護から離れる1日の平均的な合計時間を教えてください。(睡眠時間は除いて回答ください)


<input type="checkbox"/> 1時間未満	<input type="checkbox"/> 3時間以上4時間未満	<input type="checkbox"/> 6時間以上7時間未満	<input type="checkbox"/> 9時間以上10時間未満
<input type="checkbox"/> 1時間以上2時間未満	<input type="checkbox"/> 4時間以上5時間未満	<input type="checkbox"/> 7時間以上8時間未満	<input type="checkbox"/> 10時間以上
<input type="checkbox"/> 2時間以上3時間未満	<input type="checkbox"/> 5時間以上6時間未満	<input type="checkbox"/> 8時間以上9時間未満	<input type="checkbox"/> その他 ( )

### 3. 障害サービス等について

3-1. 利用しているサービスを教えてください。当てはまるものを全て☑してください。

<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 在宅レスパイト	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型保育事業	
<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 東京都在宅重症心身障害児等訪問事業	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
<input type="checkbox"/> 障害児相談支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

「その他」を選択した場合に利用しているサービスをご記入してください。

 「利用しているサービスがある」と答えた方


実際にサービスを利用してみて、良かったと感じている点について教えてください。当てはまるものを全て☑してください。

<input type="checkbox"/> 医療的ケアを必要とするお子様の学ぶ環境ができた	<input type="checkbox"/> 医療や療育に関する専門知識やアドバイスをもらえる
<input type="checkbox"/> 介護から離れる時間が増えた	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 相談相手ができる	

「その他」を選択した場合にどのような点で良かったと感じているかご記入してください。

3-2. 利用の有無にかかわらず、不足を感じているサービスを教えてください。当てはまるものを全て☑してください。

<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	<input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 在宅レスパイト	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型保育事業	
<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 東京都在宅重症心身障害児等訪問事業	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
<input type="checkbox"/> 障害児相談支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

 「不足を感じている」と答えた方

不足を感じている点について教えてください。当てはまるものを全て☑してください。

<input type="checkbox"/> 利用時間が十分ではない	<input type="checkbox"/> 事業所の受入条件が合わず、利用できない
<input type="checkbox"/> 利用回数が十分ではない	<input type="checkbox"/> 事業所が自宅の近隣にないため、利用できない
<input type="checkbox"/> サービスの質が十分ではない	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 事業所の定員が超過しており、利用できない	

「その他」を選択した場合にどのような点で不足を感じているかご記入してください。



「利用時間が十分ではない」と答え方

利用時間が足りないと感じているサービスを1つご記入してください。

利用時間が足りないと感じているサービスについて1回使用時に利用したい時間（日）数を教えてください。

<input type="checkbox"/> 1時間以上2時間未満	<input type="checkbox"/> 3時間以上4時間未満	<input type="checkbox"/> 5時間以上6時間未満	<input type="checkbox"/> 7時間以上8時間未満
<input type="checkbox"/> 2時間以上3時間未満	<input type="checkbox"/> 4時間以上5時間未満	<input type="checkbox"/> 6時間以上7時間未満	<input type="checkbox"/> その他（ ）

#### 4. 相談先について

4-1. ご家族以外で、育児や医療的ケア等について相談する相手を教えてください。当てはまるものを全て☑してください。

<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> ヘルパー	<input type="checkbox"/> 学校の教員	<input type="checkbox"/> 当事者団体の相談窓口
<input type="checkbox"/> 通院先医療機関の看護師	<input type="checkbox"/> 相談支援専門員	<input type="checkbox"/> 学童クラブの職員	<input type="checkbox"/> 当事者のSNS（ブログ等含む）
<input type="checkbox"/> 通院先医療機関のソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業所の職員	<input type="checkbox"/> 保健所の職員（保健師等）	<input type="checkbox"/> 友人
<input type="checkbox"/> 訪問看護師	<input type="checkbox"/> 幼稚園や保育所の教員	<input type="checkbox"/> 区役所の職員	<input type="checkbox"/> その他（ ）

※ 障害福祉サービス事業所…児童発達支援センター・児童発達支援事業所、放課後等デイサービス等

4-2. 育児や医療的ケア等に関する情報はどこから取得しているか教えてください。当てはまるものを全て☑してください。

<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 相談支援専門員	<input type="checkbox"/> 保健所の職員（保健師等）	<input type="checkbox"/> 当事者のSNS（ブログ等含む）
<input type="checkbox"/> 通院先医療機関の看護師	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業所の職員	<input type="checkbox"/> 区役所の職員	<input type="checkbox"/> 友人
<input type="checkbox"/> 通院先医療機関のソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> 幼稚園や保育所の教員	<input type="checkbox"/> 区役所のホームページ	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 訪問看護師	<input type="checkbox"/> 学校の教員	<input type="checkbox"/> 当事者団体の相談窓口	
<input type="checkbox"/> ヘルパー	<input type="checkbox"/> 学童クラブの職員	<input type="checkbox"/> 当事者団体のホームページ	

#### 5. 災害時について

5-1. 災害時の避難について、現在検討されている避難場所を教えてください。当てはまるものを全て☑してください。

<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 地域の避難所（学校等）	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 親族・知人宅	<input type="checkbox"/> 病院	
<input type="checkbox"/> 自家用車	<input type="checkbox"/> ホテル	

5-2. 災害発生に備えて準備を行っているか教えてください。

<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 行っているが十分でない	<input type="checkbox"/> 行っていない
--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------



「行っている」「行っているが十分でない」と答え方

行っている準備について教えてください。当てはまるものを全て☑してください。

<input type="checkbox"/> 避難所の場所・非難ルート・避難方法・人の手配等の検討	<input type="checkbox"/> 手動式の吸引機
<input type="checkbox"/> 避難情報を得る手段の確認（防災無線・防災メールの登録）	<input type="checkbox"/> 予備の経管栄養剤
<input type="checkbox"/> 関係機関・家族の連絡リストの作成	<input type="checkbox"/> 予備薬
<input type="checkbox"/> 災害用伝言サービスのシミュレーション	<input type="checkbox"/> 予備の紙おむつ
<input type="checkbox"/> 避難時の持ち出しセットの用意	<input type="checkbox"/> 予備の衛生用品（紙おむつを除く）
<input type="checkbox"/> 医療機器の予備電源の所持	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 予備酸素ボンベ	

「その他」を選択した場合に行っている準備をご記入してください。

5-3. 避難場所で過ごす際に心配なことを教えてください。当てはまるものを全て☑してください。

<input type="checkbox"/> 感染症のリスク	<input type="checkbox"/> ケア用品等の備蓄	<input type="checkbox"/> 避難場所の整備（バリアフリー化など）	<input type="checkbox"/> 避難場所までの移動手段
<input type="checkbox"/> 医療機器のバッテリー	<input type="checkbox"/> 支援者の確保	<input type="checkbox"/> プライバシーの確保	<input type="checkbox"/> その他

「その他」を選択した場合に心配なことをご記入してください。

5-4. 「災害時個別支援計画」又は「災害時要援護者登録」を行っているか教えてください。

※人工呼吸器を利用している方

<input type="checkbox"/> 両方行っている	<input type="checkbox"/> 災害時個別支援計画のみ行う	<input type="checkbox"/> 災害時要援護者登録のみ行う	<input type="checkbox"/> 両方行っていない
----------------------------------	--	--	-----------------------------------

※人工呼吸器を利用していない方

<input type="checkbox"/> 両方行っている	<input type="checkbox"/> 災害時個別支援計画のみ行う	<input type="checkbox"/> 災害時要援護者登録のみ行う	<input type="checkbox"/> 両方行っていない
----------------------------------	--	--	-----------------------------------

5-5. 人工呼吸器を在宅で利用している方におうかがいします。災害時、人工呼吸器の電源はどのように確保する予定か教えてください。当てはまるものを全て☑してください。

<input type="checkbox"/> 自家発電装置	<input type="checkbox"/> 無停電電源装置	<input type="checkbox"/> 蓄電池	<input type="checkbox"/> その他（ ）
---------------------------------	----------------------------------	------------------------------	---------------------------------

ご意見等あればご記入お願いいたします。

ご協力ありがとうございました。

【重要】豊島区医療的ケア児等支援に関する個人情報の取り扱いについて

(同意の場合は☑してください)  <input type="checkbox"/>	豊島区における医療的ケア児等に係る支援体制を切れ目なく構築するため、必要な範囲において本人及びその家族の個人情報を区役所内の関係部署から取得し、又は共有することに同意します。 ※区役所内の関係部署から取得した個人情報は、医療的ケア児等支援に必要な場合のみ使用し、それ以外の場合に使用することはありません。
---	---

記入日  
令和 年 月 日

住所 〒

本人氏名

保護者氏名

電話番号

担当：障害福祉課 児童・障害児支援グループ