

## 医療的ケア児・者実態調査 調査票（案）

大田区では、医療的ケアを必要とする障がい児および障がい者の皆様が適切な支援を受け、安心した生活が送れるよう、施設整備や災害対策など、各種施策を推進してまいります。そのための参考資料とするため、今回、実態調査を実施することにいたしました。

つきましては、上記の調査趣旨にご賛同いただける方は、お手数ですが下記の同意確認欄にご署名およびご記入いただいたうえ、設問にご回答くださいますよう、ご協力をお願いいたします。

<p><input type="checkbox"/> 調査趣旨および個人情報の提供に同意します。</p> <p>ご本人署名： _____</p> <p>【代理人の場合】 本人氏名： _____</p> <p>代理人署名： _____ (本人との続き柄： _____)</p> <p>ご本人住所： _____</p>
--

### 【医療的ケア児・者ご本人についてお伺いします。】

設問 1 年齢 （令和 4 年 3 月 31 日時点） をご記入ください。（        ） 歳

設問 2 性別に丸印をつけてください。（男・女）

設問 3 実施している医療的ケアの内容で、該当するものの番号に丸印をつけてください。（複数選択可）

- ① 人工呼吸器管理 ② 気管切開・気管内挿管 ③ 鼻咽頭エアウェイ  
 ④ 酸素 ⑤ 痰吸引 ⑥ 吸入（ネブライザー）  
 ⑦ IVH（中心静脈栄養）⑧ 経管（経鼻・胃ろうを含む）  
 ⑨ 腸ろう・腸管栄養 ⑩ 透析 ⑪ 導尿 ⑫ 人工肛門

設問 4 身体障害者手帳をお持ちですか。該当するものの番号に丸印をつけてください。

- ① なし  
 ② あり（        級）  
 ③ 申請中

次ページに続く

設問5 身体能力等についてお伺いします。( )内の該当する内容に丸印をつけてください。(寝たきりの場合は①に丸印をつけてください。)

- ① 寝たきり
- ② 座位(可能・支えてもらえれば可能・不可)
- ③ 立位(つかまらずに可能・何かにつかまれば可能・不可)
- ④ 歩行(つかまらずに可能・何かにつかまれば可能・不可)

設問6 愛の手帳をお持ちですか。該当するものの番号に丸印をつけてください。

- ① なし
- ② あり( 度)
- ③ 申請中

設問7 知的能力等についてお伺いします。該当するものの番号に丸印を付けてください。

- ① 筆記用具を使えない。数を数えられない。
- ② 名前は言えるが、字はほとんど書けない。10までなら数えられる。
- ③ 間違いはあるが、単語や単文は書ける。簡単な足し算や引き算が限度
- ④ 日記が書ける。簡単な掛け算ができる。

設問8 現在ご利用中のサービスで、該当するものの番号に丸印を付けてください。(複数選択可)

- ① 短期入所 ② 入所施設 ③ 在宅レスパイト
- ④ 放課後等デイサービス ⑤ 移動支援 ⑥ 保育所等訪問支援
- ⑦ 児童発達支援 ⑧ 日中一時支援 ⑨ 緊急一時預かり支援
- ⑩ 居宅介護 ⑪ 訪問看護 ⑫ 訪問診療 ⑬ 訪問リハビリ
- ⑭ 生活介護 ⑮ 重度訪問介護 ⑯ 施設入所支援
- ⑰ 行動援護 ⑱ 療養介護 ⑲ 重度障害者等包括支援
- ⑳ その他( )

設問 9-1 ご本人のご意向についてお伺いします。

ご希望のサービスで該当するものの番号に丸印をつけてください。

(複数選択可)

- ① 入所施設 ② 放課後等デイサービス ③ 移動支援
- ④ 児童発達支援 ⑤ 日中一時支援 ⑥ 居宅介護 ⑦ 訪問看護
- ⑧ 訪問診療 ⑨ 訪問リハビリ ⑩ 生活介護 ⑪ 重度訪問介護
- ⑫ 施設入所支援 ⑬ 行動援護 ⑭ 療養介護
- ⑮ 重度障害者等包括支援
- ⑯ その他 ( )

設問 9-2 ご本人のご意向についてお伺いします。

希望するサービスを利用できていない理由で、該当するものの番号に丸印を付けてください。(複数選択可)

- ① 施設がない・空きがない ② 医療的ケアに対応していない
- ③ 施設の入所要件を満たしていないなど、利用可能な条件を満たしていないため
- ④ その他 ( )

設問 10 設問 9-1、設問 9-2 でご回答いただいた、利用できていないサービスを、普段どのような工夫で補っていますか。

設問 1 1 皆様の安心できる生活につながる支援等がございましたら、下欄に具体的にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。