

医療的ケア児者及び重症心身障がい児者の基礎調査

鳥取県及び県内市町村では、医療的ケアが必要な児者及び重症心身障がい児者に関して現状を把握し、今後必要な支援及び施策の検討を行うとともに、災害時等の対応の実効性を高めるために実名による調査を実施しますので、御協力をお願いします。

【調査者】鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局 子ども発達支援課（担当：中森、内藤）
電話：0857-26-7865 ファクシミリ：0857-26-8136

個人情報の提供に関する同意書 署名欄

私は、この「医療的ケア児者及び重症心身障がい児者の基礎調査」に記載する私の個人情報を、在住する市町村が管理し、支援及び施策の検討並びに災害時等における支援に必要な範囲で使用することに同意します。

令和3年 月 日

本人の氏名 _____

代諾者の氏名 _____（続柄： _____）

※御記入いただいた内容は、県（担当課：子ども発達支援課）にて集計作業を行います。
県では、個人を特定できない形で回答をデータ化して施策の検討に活用します（県では個人情報の保管は行いません）。また、個人情報に関する項目については、県からお住まいの市町村に御回答内容を渡し、市町村において管理します。
今後、市町村において支援の検討及び災害対策など個々の支援につなげる取組に活用します。
なお、収集した個人情報は本調査目的以外に利用することはありません。

【基本情報】

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日（ 歳） 3. 令和
病名/ 発症年齢	① / 歳 ② / 歳 ③ / 歳		
住所	（〒 - ）鳥取県		
同居家族	1. なし 2. あり（同居者： _____）		
電話 （自宅）	（ _____ ）	連絡先氏名：	
電話 （携帯）	（ _____ ）	連絡先氏名：	（続柄： _____）
緊急 連絡先	※上記と異なる場合のみ記載してください 氏名 _____（続柄： _____） / 電話番号 _____（ _____） 住所 _____（〒 - _____）		
学校名 （所属名）			

◆以下の設問にお答えください。あてはまるものに○をつけ、() に必要事項を記入してください

問1 現在ご利用の制度を教えてください

1. 身体障害者手帳 (等級: 級、障がいの種類:)	
2. 療育手帳 (障がいの程度: A ・ B)	
※療育手帳がない方で、重度の知的障害 (IQ35 未満) のある方はチェックをしてください。→	<input type="checkbox"/>
3. 精神障害者保健福祉手帳 (等級: 級)	
4. 小児慢性特定疾病受給者証	
5. 特定医療費 (指定難病) 医療受給者証	

問2 過去1か月間に必要とした医療的ケアについて教えてください

1. 人工呼吸器 (気管切開を介する呼吸器)	10. 気管切開
2. 非侵襲的人工呼吸器 (マスク式呼吸器)	11. 咽頭エアウェイ
3. 鼻口腔吸引	12. 酸素吸入
4. 気管内吸引	13. 吸入・ネブライザー
5. 排痰補助装置	14. 腹膜透析
6. 中心静脈栄養	15. 膀胱ろう
7. 血液透析	16. 人工肛門
8. 導尿	17. その他 ()
9. 経管栄養 (経鼻チューブ、胃ろう、腸ろう)	18. 医療的ケアはない

問3 てんかんの有無について教えてください

1. 診断はない	
2. 診断がある ⇒ア. 内服中 (薬剤名: 病院名:) イ. 脳波検査のみ	

問4 普段の様子 (移動、運動、コミュニケーション、介助の程度) について教えてください

(1) 移動、運動の程度について、あてはまるもの一つに○をつけてください

1. 自分で歩くことができる	
2. 介助があれば歩くことができる	
3. 移動用の器具があれば自力で移動できる	
4. 移動用の器具を用い、移動には介助が必要	
⇒上記の回答が3、4の方におたずねします。	
①必要な器具を教えてください ⇒ア. 電動車いす イ. 手動車いす ウ. その他 ()	
②運動機能を教えてください ⇒ア. 寝たきり イ. 床移動できる ウ. 座位が保持できる	

(2) コミュニケーションの状態について教えてください

1. 支障なくコミュニケーションがとれる	
2. 特定の者であればコミュニケーションがとれる ⇒ それは誰ですか ()	
3. 支援や道具があればコミュニケーションがとれる ⇒ 何が必要ですか ()	
4. ほとんどコミュニケーションがとれない	

事務局使用欄:

(3) 介助の要否について教えてください

食事	1. 介助不要 2. 介助が必要 ⇒ア. 経口摂取 イ. 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう)
排泄	2. 介助不要 2. 介助が必要
その他/追記	()

問5 現在かかっている医療機関等について教えてください

1. 主たる医療機関/服薬の有無 〔医療機関名： / 服薬： あり・なし 〕
2. 従たる医療機関①/服薬の有無 〔医療機関名： / 服薬： あり・なし 〕
3. 従たる医療機関②/服薬の有無 〔医療機関名： / 服薬： あり・なし 〕
4. 訪問看護、訪問リハビリ等 〔事業所名： 〕
5. かかっている医療機関はない

問6 災害時の避難に関する質問にお答えください

(1) 災害時の避難計画を立てているか教えてください

1. 立てている	2. 立てていない	3. わからない
----------	-----------	----------

(2) 避難場所として想定している場所はどこですか(複数回答可)

1. 地域の避難所	5. 友人の家	9. その他〔 〕
2. 福祉避難所	6. ホテルなどの宿泊施設	10. どこに避難するべきか分からない
3. 自宅	7. 医療機関	
4. 親戚の家	8. 自家用車の車内	

(3) 緊急時、医療機器用の電源の必要性について教えてください

1. 電源が必要な医療機器はない。
2. 電源が必要な医療機器がある。 ⇒ 種類()、バッテリー持続時間() コンセント数()口、()ボルト

(4) 災害時に避難するにあたり不安なことは何か教えてください(複数回答可)

1. 移動手段がないこと
2. 災害発生時に手伝ってもらえる人手が不足していること(不足人数： 人)
3. 避難所に行くとき他の人に迷惑をかけること
4. 何を準備したらよいか分からないこと
5. 避難所に電源が確保されているか分からないこと
6. 福祉避難所の情報がないこと
7. 本人の体調が悪くなること
8. 避難のタイミングが分からないこと
9. その他〔 〕

問7 将来、希望する生活の場について教えてください

(1) 現在の主な生活の場所について教えてください

1. 自宅	2. アパート・マンション等	3. グループホーム	4. 施設	5. 病院
-------	----------------	------------	-------	-------

(2) 将来希望する生活の場所について教えてください

※児童の方は成人以降の生活の場について、成人の方は10年後程度を想定して回答してください

1. 自宅	2. アパート・マンション等	3. グループホーム	4. 施設
-------	----------------	------------	-------

問8 障害福祉サービスについておたずねします

(1) 現在、障害福祉サービスを利用しているか教えてください

1. 利用している	2. 利用していない	3. わからない
-----------	------------	----------

⇒ (上記で1の方におたずねします。) 担当の相談支援事業所名を教えてください
ア. 事業所名 () イ. 相談支援事業所はない ウ. わからない

(2) 今後、希望する生活の場で暮らす上で利用を見込むものを教えてください (複数回答可)

1. 居宅介護 (ヘルパー) など、自宅に入ってもらう支援
2. 短期入所、日中一時支援など、一時的な預かり支援
3. 生活介護、放課後等デイサービス、児童発達支援など、日中に通所する支援
4. 施設入所・療養介護など施設での生活の場
5. グループホームなど地域での生活の場
6. 福祉車両などでの移動の支援
7. 通院や旅行などに同行する支援
8. その他 []
9. 特にない

問9 本調査についてのお考え、または災害時等の対応で御要望がありましたら、下記にお書きください

質問は以上です。御協力ありがとうございました。

事務局使用欄：
