

「医療的ケア児者及び重症心身障害児者とその御家族」  
を対象とする実態調査への御協力のお願い

拝啓 初春の候、皆様におかれましては、ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、令和3年9月に施行された「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」は、医療的ケア児の健やかな成長を図るとともに、その家族の離職の防止に資し、もって安心して子どもを生み、育てることができる社会の実現に寄与することを目的としています。

そこで県では、在宅の医療的ケアが必要な方や重症心身障害のある方及びその御家族の生活の実態等を把握するための調査を行うこととしました。

皆様から頂いた御回答は、相談体制の整備などの医療的ケア児等及びその御家族に対する支援に係る施策を検討していく上で、重要な基礎資料となるものです。

是非とも御協力くださいますようお願い申し上げます。

敬具

令和4年1月

埼玉県福祉部長 山崎 達也

**この調査は、埼玉県電子申請システムにより実施します。  
パソコン又はスマートフォンにて、以下のリンク先から御回答  
をお願い致します。**

※ なお、電子申請の最初の画面では、  
「利用登録せずに申し込む方はこちら」  
を選択してください。



[https://s-kantan.jp/pref-saitama-u/offer/offerList\\_detail.action?tempSeq=30565](https://s-kantan.jp/pref-saitama-u/offer/offerList_detail.action?tempSeq=30565)

様式管理

プレビュー 埼玉県医療的ケア児者等実態調査

埼玉県医療的ケア児者等実態調査

## 基礎情報

医療的ケアを必要とする児童の氏名を入力してください。 必須

氏:  名:

氏名（フリガナ）を入力してください。

フリガナを入力してください

氏  名

性別を選択してください。

男性

女性

生年月日を入力してください。

郵便番号を入力してください。

郵便番号

住所を入力してください。

住所

電話番号を入力してください。

電話番号

1. 医療的ケアの有無を選択してください。

該当するものを選択してください

重症心身障害児者

医療的ケア児者

両方に該当

選択解除

## 2. 障害や病気の発症年齢をお答えください

例) 出生時、3歳、○歳○ヶ月  
(わかる範囲で御回答ください。)

## 3. 診断名を入力してください。

## 4. 運動機能の障害を選択してください。

該当するものを選択してください

1.寝返り不可

2.座位保持不可

3.室内移動不可

## 5. 知能指数 (判明している場合) I Q (D Q)をお答えください

例) I Q ○○、D Q ○○

## 6. 発達段階について

該当するものを選択してください。

1.発語がある

2.日常生活に関する簡単な言語理解がある

3.色や数が少しはわかる

4.文字や数字が少しはわかる

5.おつりの計算ができる

## 7. 手帳の取得状況についてお答えください

取得している場合、等級もお答えください

身体

療育

精神

なし

## 8. 日常的に必要な医療的ケアを選択してください

- 人工呼吸器（排痰補助装置等を含む）の管理
- 吸引（口鼻腔・気管内吸引）
- 気管切開の管理
- 鼻咽頭エアウェイの管理
- 酸素療法
- ネブライザーの管理
- 経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻経管等）
- 中心静脈カテーテルの管理
- 皮下注射（インスリン注射等）
- 血糖測定
- 継続的な透析
- 導尿（尿道留置カテーテル、尿路ストーマ等含む）
- 排便管理（消化管ストーマ、摘便、洗腸等含む）
- 痙攣時の座薬挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置

## 9. 同居家族の状況（医療的ケア児等から見た続柄）

### 9-1. 主として介護（ケア）を行っている方を一人選択してください

その他を選択した場合はどなたが介護（ケア）をしているか入力してください。

- 母
- 父
- 祖母
- 祖父
- 兄/姉
- 弟/妹
- その他



### 9-2. その他の同居家族をお答えください

兄/姉、弟/妹を選択した場合は、何人いるか入力してください。  
 その他を選択した場合はどなたがいるか入力してください。

- 母
- 父
- 祖母

祖父 兄/姉 弟/妹 その他

## 10. かかりつけの医療機関をお答えください

例) ○○クリニック、○○小児科 等

## 11. 利用可能な往診医を入力してください。

利用可能な往診医がいる場合、往診医の名称を記載してください。

例) ○○クリニック、○○小児科 等

いない場合は、いないとお答えください。

## 12. 利用している訪問看護ステーションを入力してください。

利用していない場合は利用していないと入力してください

## 13. 利用している計画相談支援事業所を入力してください

利用していない場合は、利用していないと入力してください

## 14. 利用中の障害福祉サービス事業所を入力してください。

利用していない場合は利用していないとお答えください

## 15. 現在の生活拠点をお答えください

 在宅 病院 その他

## 16. 平日の日中に過ごしている場所と利用状況について

選択した項目については、週何日利用しているかお答えください。  
 その他については、具体的な場所と、週何日利用しているかお答えください。

1.自宅

2.幼稚園、保育所等

3.児童発達支援事業所

4.通常学級

5.特別支援学級

6.特別支援学校

7.訪問教育

8.院内学級

9.放課後等デイサービス事業所

10.生活介護、就労継続支援事業所等

11.その他

### 17-1. 災害時に同居家族以外で手助けしてくれる身近な方はいますか？

- いる  
 いない

選択解除

### 17-2. いる場合、その方はどのような方ですか？

- 1.同居以外の家族、親族  
 2.友人・知人  
 3.地域住民（民生委員、自主防災組織等）  
 4.その他

### 18. 災害時の本人の状況の連絡先

- 病院主治医
- 地域のかかりつけ医
- 市役所、町役場
- 保健所
- 保健センター
- 相談支援専門員
- 訪問看護ステーション
- その他

- 決まっていない

### 19. 災害時の避難先

決まっていない場合、希望する避難先があれば入力してください

- 主治医のいる医療機関
- その他医療機関
- 福祉避難所
- その他避難所
- 障害福祉施設
- その他

- 決まっていない

### 20. お住いの市町村の避難行動要支援者名簿に登録されていますか？

※避難行動要支援者名簿とは、災害が発生した際に自力で非難することが困難な方をあらかじめ把握して名簿を作成し、災害時の支援に役立てる制度です。

- はい
- いいえ
- わからない

選択解除

**人工呼吸器や在宅酸素、吸引器等の医療機器を使用している方はお答えください**

### 21. 各機器の予備動力の有無等についてお答えください。

**人工呼吸器に使用する予備電源（バッテリー）**

ある場合は、使用可能時間とメーカー名を入力してください

例) 10時間/〇〇電機

あり

なし

選択解除

### 吸引器に使用する予備電源（バッテリー）

ある場合は、使用可能時間とメーカー名を入力してください

例) 10時間/〇〇電機

あり

なし

選択解除

### 在宅酸素療法に使用する予備の酸素ポンプ

ある場合は、使用可能時間とメーカー名を入力してください

例) 10時間/〇〇電機

あり

なし

選択解除

### 自家発電の燃料

ある場合は、使用可能時間とメーカー名を入力してください

例) 10時間/〇〇電機

あり

なし

選択解除

### その他

ある場合は、何を保有しているかと使用可能時間とメーカー名を入力してください

例) 〇〇/10時間/〇〇電機

あり

なし



## 個人情報の提供に関する同意について

### 個人情報の提供に同意しますか

個人情報の提供に同意して頂いた場合、今回お答えいただいた「基礎情報」の内容を、医療的ケア児に必要な支援を検討するため、お住いの市町村及び県の関係機関と情報共有いたします。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。

個人情報の提供に同意していただける場合は「はい」を、同意しない場合は「いいえ」を選択してください。

また、「はい」を選択した場合は、本人の氏名と、代諾者（代わりに同意する人）の氏名を入力してください。

- はい
- いいえ

### （はいを選択した場合のみ）本人氏名を入力してください。

氏  名

### （はいを選択した場合のみ）代諾者氏名を入力してください。

氏  名

## ここからは日常生活に関するアンケートとなります

### 1. 利用希望があるが利用できないサービスについて

次のサービスのうち、「利用希望があるが利用できない」サービスを選択してください。また、選択したサービスを利用できない理由を「以下の1～7」から選択し、入力してください。理由が複数ある場合は、複数入力してください。例 1と2が当てはまる場合、入力欄に「1、2」と入力してください。

- 1 入院・入所中のため
- 2 本人が望まないため
- 3 施設等がない、定員に空きがないため
- 4 医療的ケアに対応していないため
- 5 体調・症状等により預けるのが不安なため
- 6 希望するサービスの利用条件に当てはまらない
- 7 その他（理由を入力してください）

在宅訪問医療

入院可能な専門医療機関

成人期になっても入院可能な医療機関

歯科診療

訪問歯科

病院でのリハビリ

訪問看護

医療施設でのレスパイト

居宅介護

移動支援

訪問入浴

児童発達支援

保育所や幼稚園での障害児保育

放課後等デイサービス

特別支援学校での医療的ケア対応

通学の支援（スクールバスの利用）

学校卒業後の通所（生活介護・就労支援）

入所施設

短期入所

日中一次支援

グループホーム

計画相談・障害児相談支援

福祉タクシー

## 2. 主にケアを行っている方以外にケアをお願いできる人の有無を選択してください。

※福祉サービス等は除いて回答してください。

いる

いない

選択解除

## 3. 主にケアを行っている方以外に家事をお願いできる人の有無を選択してください。

※福祉サービス等は除いて回答してください。

いる

いない

選択解除

## 4. 医療的ケア児・者のそばからひと時も離れられない

該当するものを選択してください。

当てはまる

まあ当てはまる

どちらともいえない

あまり当てはまらない

当てはまらない

選択解除

## 5. 家族の課題や困りごとについて

あてはまるものを選択してください（複数選択可）

その他を選択した場合具体的に記入してください（256文字以内）

睡眠不足

日中のあずかり

宿泊でのあずかり

医療的ケア児等を連れての外出

登校や事業所への付き添い

医療的ケアに係る経済的な負担

きょうだい児にあてる幼児（時間）の不足

きょうだい児のストレス（ケアを担っている等）

現状や将来への精神的な不安

その他

ここからは相談に関するアンケートとなります。

## 1. 医療的ケア児のことを理解している身近に相談できる人の有無

ありの場合、相談できる相手を以下から選択し、入力してください。

- ア 同居家族
- イ 別居親族
- ウ 家族会などの他の医療的ケア児等の家族
- エ その他（具体的に）

あり

なし

## 2. これまでに利用したことのある相談窓口など

これまでに利用したことのある相談窓口を選択してください。

利用したことのある相談窓口について、「内容」、「時期」、「方法」について以下からそれぞれ選択してください。

<内容>

- ア 医療的ケアに関すること
- イ 発達・成長に関すること
- ウ 身近で利用できる医療サービスに関すること
- エ 利用できる福祉サービスに関すること
- オ 就園・就学等に関すること
- カ 登校や施設・事業所を利用する際の付き添いなど
- キ 高等学校を卒業した後のこと
- ク 家族のケアに係る負担軽減（レスパイト）
- ケ 家族の就労や経済的なこと
- コ 家族の精神的な不安
- サ きょうだい児が抱えるストレスなど
- シ その他

<時期>

- A 出産のための入院中
- B 退院して在宅生活を始めるとき
- C 乳幼児健診のとき
- D 在宅生活を開始して1年以内
- E 未就学の前期（～3歳頃）
- F 未就学の前期（～6歳頃）
- G 学齢期の前期（～12歳頃）
- H 学齢期の前期（～18歳頃）
- I 18歳以降
- J その他

<方法>

- 1 電話、メール等
- 2 窓口
- 3 訪問
- 4 その他

例) エ、B、2

周産期母子医療センターの医療ソーシャルワーカー

地域の小児在宅医療機関（病院・診療所）

訪問看護ステーションの看護師等

保健所の保健師等 医療的ケア児コーディネーター 県の障害児等療育支援事業の相談員 市町村の委託相談支援事業所の相談員 期間相談支援センターの相談員 障害児支援利用計画作成の相談員 障害児通所支援事業所の支援員等 市町村の障害福祉担当課 市町村の子育て担当課 市町村の教育委員会 県の教育委員会 その他

### 3. どこに相談したらよいかわからない事案について

どこに相談したらよいかわからない事案がありましたら、入力してください。

入力文字数： 0/ 2000

閉じる

【操作に関するお問合せ先（コールセンター）】

固定電話コールセンター

TEL : 0120-464-119

(平日 9:00~17:00 土日及び年末年始除く)

携帯電話コールセンター

TEL : 0570-041-001 (有料) 90円/3分

(平日 9:00~17:00 土日及び年末年始除く)

FAX : 06-6455-3268

電子メール: help-shinsei-saitama@s-kantan.com

【各手続き等の内容に関するお問い合わせ先】

直接各手続きの担当課にお問い合わせください。