

# 支援ニーズ調査票

(宛名のお子様についてお答えください)

## 1. 医療的ケアを必要とするご本人について

①診断名（わかる範囲で）

診断名	
-----	--

②必要とされる医療的ケア（あてはまるもの全てに○）

1. 人工呼吸器	2. 気管内挿管・気管切開	3. 鼻咽頭エアウェイ
4. 酸素吸入	5. 6回/日以上の高頻回吸引	6. ネブライザー (6回/日以上又は継続使用)
7. 中心静脈栄養 (IVH)	8. 胃ろう・経管栄養 (胃まで)	9. 腸ろう・経管栄養 (腸まで)
10. 継続する透析	11. 定期導尿 (3回/日以上)	12. 人工肛門

③障害者手帳所持の有無（あてはまるものいずれかに○）

1. 持っている	2. 持っていない (⇒④にお進みください)
----------	------------------------



「持っている」と答えた方

所持している手帳等（あてはまるものすべてに○）

1. 身体障害者手帳	( 1 級    2 級    3 級    4 級    5 級    6 級 )
※総合等級で選択して下さい	
2. 愛の手帳	( 1 度   2 度   3 度   4 度 )
3. 精神障害者福祉手帳	( 1 級    2 級    3 級 )
4. 小児慢性特定疾患受給者証	
5. 特定医療費（指定難病）受給者証	

④日中の活動場所（あてはまるもの全てに○）

1. 訪問療育	2. 保育園	3. 幼稚園	4. 児童発達支援事業所
5. 小学校（通常学級・特別支援学級）			
6. 中学校（通常学級・特別支援学級）		7. 高校	
8. 特別支援学校（幼稚部・小学部・中学部・高等部・訪問籍）			
9. 放課後等デイサービス事業所 10. なし			
11. その他（ ）			

⑤かかっている医療機関についてお答えください。

医療機関名	科目	頻度	通院・往診	通院の場合 通院方法は？
例： くるりん病院	消化器科	半年毎	通院	自家用車

⑥心身状態（それぞれあてはまるものに○）

1. 姿勢（寝たきり・自分で座れる・つかまり立ちができる・一人立ちができる）
2. 移動（寝返りができない・寝返りができる・這って移動できる・ 伝い歩きができる・ひとり歩きができる・走ることができる）
3. 食事（全介助・一部介助・自立）／（経管・経口・併用）
4. 排泄（全介助・一部介助・自立）
5. 入浴（全介助・一部介助・自立）
6. 言語理解（不可・簡単な言語理解可・日常の言語理解可・簡単な色数の理解可・ 特に問題ない）
7. コミュニケーション（ほとんどできない・声や身振りで表現できる・ 手話、点字が必要・要約筆記が必要・ひらがな表記が必要・配慮は必要なし）
8. 内臓の障害（心臓・腎臓・消化管・その他（ ））

## 2. 家族について

①同居している家族構成について（あてはまるもの全てに○）

- |          |       |          |           |          |
|----------|-------|----------|-----------|----------|
| 1. 母     | 2. 父  | 3. 兄（ 人） | 4. 弟（ 人）  | 5. 姉（ 人） |
| 6. 妹（ 人） | 7. 祖母 | 8. 祖父    | 9. その他（ ） |          |

②自宅で医療的ケアを行う方（あてはまるもの全てに○）

- |   |      |         |       |       |
|---|------|---------|-------|-------|
| 1. 母  | 2. 父 | 3. 兄弟姉妹 | 4. 祖母 | 5. 祖父 |
| 6. 上記以外の同居の家族（関係： ）                                 |      |         |       |       |
| 7. その他（ ）   |      |         |       |       |
| ⇒上記のうち「主たる介護者」である方 <input type="text"/> （番号を1つ記入）   |      |         |       |       |
| ⇒上記のうち「従たる介護者」である方 <input type="text"/> （番号を記入/複数可） |      |         |       |       |

③「主たる介護者」の年齢（あてはまるものいずれかに○）

- |          |        |        |        |        |
|----------|--------|--------|--------|--------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代 | 4. 40代 | 5. 50代 |
| 6. 60代   |        |        |        |        |
| 7. 70歳以上 |        |        |        |        |

④「主たる介護者」の現在の健康状態（あてはまるものいずれかに○）

- |  |         |       |            |         |
|--|---------|-------|------------|---------|
| 1. 良い                                    | 2. まあ良い | 3. 普通 | 4. あまり良くない | 5. 良くない |
| ⇒理由 <input type="text"/>                 |         |       |            |         |
| ＊平均睡眠時間：1. 3時間未満 2. 3時間以上～6時間未満 3. 6時間以上 |         |       |            |         |

⑤「主たる介護者」の就労状況（あてはまるものいずれかに○）

- |              |                 |           |
|--------------|-----------------|-----------|
| 1. 就労している    | 2. 預け先があれば就労したい | 3. 就労希望なし |
| 4. 今後就労を再開予定 |                 |           |
| 5. その他（ ）    |                 |           |

⑥医療的ケアの継続年数（あてはまるものいずれかに○）

- |          |         |          |           |
|----------|---------|----------|-----------|
| 1. 1年未満  | 2. 1～5年 | 3. 6～10年 | 4. 11～15年 |
| 5. 16年以上 |         |          |           |

⑦医療的ケアの代わりに依頼したいと感じるとき（あてはまるもの全てに○）

- |                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| 1. 介護者が休息を取りたいとき | 2. 学校行事等、兄弟姉妹の用事があるとき |
| 3. 冠婚葬祭のとき       | 4. 家族が病気の時            |
| 5. 主たる介護者が病気の時   |                       |
| 6. その他（ ）        |                       |



⑫医療的ケアが必要なことによる家族の仕事の形態（常勤・非常勤、フルタイム・短時間労働等）への影響（あてはまるものに○、変更があった場合は内容を記述）

[illegible]

### 3. 医療的ケアに伴う家族の不安等について

①医療について（あてはまるもの全てに○）

1. 体調の変化にいつも気を使っている
2. 緊急時の対応に不安ある
3. 日常的なケアや症状への対応が難しい
4. 医療者の対応に不安がある
5. 医療用物品の調達が難しい
6. その他（ ）

②一緒に暮らす家族について（あてはまるもの全てに○）

1. 主たる介護者が、医療的ケア児と家族の両方の面倒をみることの負担が大きい
2. 主たる介護者が、医療的ケアにより自分の時間が持てない
3. ほかの兄弟姉妹の育児に手が回らない
4. ほかの兄弟姉妹が「親に十分甘えられない」「一緒に時間が持てない」というような不満足な気持ちを抱えてしまっている
5. ほかの兄弟姉妹の園や学校、地域の行事に参加しづらい
6. 主たる介護者のほかの家族にも負担がかかってしまう
7. その他（ ）

③経済的不安について（あてはまるもの全てに○）

1. 経済的な負担が大きい
2. 働きたくても働くことができない
3. 経済的な問題によりサービス利用が制限されている
4. その他（ ）

1. 医療的ケアが必要な子どもを持つ家族同士のつながりがない。または、つながりの作り方がわからない
2. 何かあったときの相談相手が身近な地域にいない
3. 地域の行事等に参加しにくく、コミュニティのつながりが作りにくい
4. その他（ ）

1. 支援制度などの社会資源にこういったものがあるかわからない
2. 支援制度などの社会資源について、誰に聞けばいいかわからない
3. 各種社会資源が、どのような役割を担っているのか、何ができるものなのかかわからない
4. 自治体の窓口が多すぎて色々なところへ行かなければならな
5. 子供を連れて窓口に行くことは大変
6. その他（ ）

1. いた ⇒ (相手: )      2. いなかった

1. 利用している

⇒医療的ケアを理由に利用を断られたことが（ ある ・ ない ）

2. 利用していない

a 制度があることを知らなかった      b 医療的ケアを理由に利用を断られた  
（断られた理由⇒）

c その他（）

③施設サービスの利用（あてはまるもの全てに○）

1. 利用している

- a 児童発達支援※      b 放課後等デイサービス※      c 短期入所  
d 病院でのリハビリ（PT・OT・ST・心理）  
e その他（ ）

⇒医療的ケアを理由に利用を断られたことが（ ある ・ ない ）

⇒施設への送迎ができず利用をあきらめたことが（ ある ・ ない ）

## 2. 利用していない

- a 制度があることを知らなかった      b 医療的ケアを理由に利用を断られた
- c 施設への送迎ができず利用をあきらめた
- d その他（ ）

【※用語解説】

<p>児童発達支援</p>	<p>児童福祉法に基づき、集団療育や個別療育が必要な未就学の障害児を対象に日常生活の基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練等を行う。利用するには、①主治医や市の発達相談等で利用の適否について相談する（障害手帳か意見書が必要）。②事業所に空き情報等を問い合わせで見学を行う。③事業所の利用が決まったら、障害福祉課へ申請する。④障害児支援利用計画案（相談支援事業者が作成）を提出し、受給者証を取得して利用する。令和元年10月より無償化対象。</p>
<p>放課後等デイサービス</p>	<p>児童福祉法に基づき、学校（幼稚園、大学を除く）に通学中の障害児を対象に、放課後等において生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流の促進等の支援を行う。また、学校教育と相まって障害児の自立を推進するとともに、放課後等の居場所づくりを行う。利用するには、①主治医等に利用の適否について相談する（障害手帳か診断書が必要）。②事業所に空き情報等を問い合わせで見学を行う。③事業所の利用が決まったら、障害福祉課へ申請する。④障害児支援利用計画案（相談支援事業者が作成）を提出し、受給者証を取得して利用する。所得に応じて利用料（自己負担）がかかる。</p>

④在宅医療サービスの利用（あてはまるもの全てに○）

1. 利用している

a 訪問診療      b 訪問看護      c 留守番看護      d 訪問リハビリ

e 訪問薬剤管理    f その他（ ）

- ## 2. 利用していない

a 制度があることを知らなかった

b 主治医からすすめられなかった（必要なかった）

c その他 ( )

⑤外出時サービスの利用（あてはまるもの全てに○）

1. 利用している

a 移動支援（社会参加支援等）      b 通院等介助

c その他 ( )

⇒医療的ケアを理由に利用を断られたことが（ ある ・ ない ）

- ## 2. 利用していない

a 制度があることを知らなかった

b 医療的ケアを理由に利用を断られた

c その他 ( )

⑥介護者だけでは手が足りず、外出時サービスが必要だと感じる時（あてはまるもの全てに○）

- ## 1. 通学が困難なとき

- ## 2. 通院が困難なとき

- ### 3. レジヤー等で出かけるとき

4. その他 ( )

⑦不足していると感じるサービス、利用したいサービス（あてはまるもの全てに○）

- ## 1. 自宅でのホームヘルパー

- ## 2. 児童発達支援

- ### 3. 居宅訪問型児童発達支援

- #### 4. 放課後等デイサービス

- ## 5. 短期入所

- ## 6. 移動支援（社会参加支援等）

- ## 7. 通院等介助

- ## 8. 訪問診療

- ## 9. 訪問看護

- ## 10. レスパイト（休息入院）

11. その他 ( )

⇒理由 [



## 5. ホームヘルパー等による医療的ケアについて

平成24年4月から、ヘルパー等の介護職員が喀痰吸引や経管栄養等の医療的ケアを行えるようになりました。

- ① 上記のような医療職ではないヘルパー等による医療的ケアの利用(あてはまるもの全てに○)

### 1. 利用している

⇒内容 a 喀痰吸引 b 経管栄養 c その他 ( )

### 2. 利用したい

⇒理由

a 介護者・家族の休息等の時間を確保したい

b 家族の病気等、緊急時に対応したい

c その他 ( )

### 3. 利用を希望しない

⇒理由

a 医療職ではないので心配

b 事業所が少なく、希望時に利用できないため

c その他 ( )

## 6. 短期入所・レスパイト（休息入院）について

### 1. 利用している

### 2. 利用していない

⇒理由

a 利用施設、受入れ病院がない。

b 予約手続きが大変なため

c 移動が大変なため

c その他 ( )

## 7. 医療的ケア児に対する教育・保育支援について

### ①現在の就学等の状況（あてはまるものに○）

1. 就学前 （ 就園前 ・ 児童発達支援 ・ 保育園 ・ 幼稚園 ）⇒8へ
2. 就学中 （ 通学 ・ 訪問教育 ）
3. 卒業生 ⇒直前の就学当時（ 通学 ・ 訪問教育 ）  
⇒直前の学校の卒業年（平成 \_\_\_\_ 年）

### ②現在の就学の形態は、希望通りのものですか（あてはまるものいずれかに○）

1. はい
  2. いいえ
- ⇒「2. いいえ」の場合、希望通りにならなかった理由

### ③学校生活・登下校における保護者等の付き添い（あてはまるものいずれかに○）

1. 登下校のみ付き添う
2. 学校生活のみ付き添う
3. 登下校及び学校生活どちらも付き添う
4. 登下校及び学校生活どちらも付き添わない
5. 通学ではない（訪問籍）

### ④登下校における保護者等の付き添いの平均回数・人数（数字を記入）

平均 週  回 、  人で付き添い

※回数は登校・下校をそれぞれ1回とし、平均回数をご記入下さい。

※訪問籍の場合はスクーリングのみでご記入ください。

⑤登下校における主な交通手段（あてはまるものいずれかに○）

1. 徒歩・自転車      2. 自家用車      3. 公共交通機関（電車・バス等）  
4. スクールバス      5. タクシー      6. 介護タクシー      7. 通学ではない

⇒医療的ケアを理由に利用を断られたことが（ ある ・ ない ）

⇒「ある」場合、断られた交通手段  （番号を記入/複数可）

⑥登下校における自宅から学校までの片道所要時間（あてはまるものいずれかに○）

1. 30分未満      2. 30分以上60分未満      3. 60分以上90分未満  
4. 90分以上      5. 通学ではない

⑦学校生活における保護者等の付き添いの日数・時間（数字を記入）

平均 週  日 、 1日  時間

※看護師等への引継ぎや短縮日課の期間を除き、通常時についてご記入下さい。

⑧学校生活における保護者の付き添いの理由（あてはまるもの全てに○）

1. 学校に看護師がいない      2. 学校に看護師はいるが常駐ではない  
3. 学校に看護師はいるが、保護者が希望  
4. 学校に看護師はいるが、学校側が要望      5. 通学ではない（訪問籍）  
6. その他（  ）

## 8. その他

その他、医療的ケアに関する家族、サービス利用、教育・保育・将来等について感じていること、問題点、ご意見等

【調査は以上となります。ご協力ありがとうございました】