

## 重症心身障害児者及び医療的ケア児者の実態調査の概要

重症心身障害児者及び医療的ケア児者の地域別の実数や当事者ニーズを把握し、支援体制の充実を図るため、実態調査を実施する。

### ○調査の概要

県内の重症心身障害児者及び医療的ケア児者の年代別・地域別人数や当事者ニーズ等を把握し、障害福祉施策の検討及び支援体制構築の基礎資料とする。

### ○センター再整備との関係

調査結果を踏まえ、医療型障害児入所施設「愛育園」及び児童発達支援センター(通所)の定員等を検討する上での参考資料とする。

### ○調査実施者

千葉県身体障害者福祉事業団に委託し実施。

### ○委託期間

平成30年7月～平成31年3月

### ○調査内容

別添「調査カード」のとおり

※医療、福祉、教育、行政の各機関に対し調査協力を要請し調査カードを配付。

# 調査カード

該当する調査に○を付けて下さい ⇒ 1 重症心身障害児者 2 医療的ケア児者

氏名(フリガナ)	( )	性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日	障害や病気の発症年齢 a. 出生時 b. 歳	
住所	〒 -		
運動機能障害の段階 (該当番号に○を付けてください) ① 寝返りもできない(寝返り不可) ② 寝返りはできる(寝返り可) ③ 座位保持はできる(座位保持可) ④ 室内をつたい歩きなどで移動できる (室内移動可) ⑤ 歩行が限定的に可能(室内歩行可) ⑥ 戸外でも介助なく歩ける(戸外歩行可能)		発達指数(判明している場合のみ記入) DQ: 発達段階 (該当アルファベットに○を付けてください) A 日常生活に関する簡単な言語理解がない B 日常生活に関する簡単な言語理解はある C 色や数が少しはわかる D 文字・数字が少しはわかる E おつりの計算ができる	
かかりつけ医療機関/ 利用している訪問看護ステーション 		手帳の取得状況 [身体・療育・精神・なし]	
		相談支援事業所 	
		利用中の福祉サービス事業所 	
現在の生活拠点 [在宅・施設・病院]	就学状況 [通常学級・特別支援学級・特別支援学校・訪問教育・院内学級]		
日常的に必要な医療的ケアがあれば記入してください (該当アルファベットに○を付けてください) a. 人工呼吸器(気管切開を介する呼吸器) b. 非侵襲型人工呼吸器(マスク式呼吸器) c. 気管切開 d. 酸素吸入 e. 鼻口腔吸引 f. 気管内吸引 g. 中心静脈栄養 h. 経管栄養(経鼻、胃瘻、腸瘻など) i. 腹膜透析 j. 血液透析 k. 定期的な導尿 l. 膀胱瘻 m. 人工肛門			

裏面のアンケート調査にもご記入をお願いします。

千葉県健康福祉部障害福祉事業課長 様

千葉県による重症心身障害児者及び医療的ケア児者の実態調査に協力し、個人情報を提供することに同意します。

平成 年 月 日

本人氏名

代諾者住所

代諾者氏名

※ 調査カードを提出した後に、同意を撤回することも可能です。

同意を撤回したい場合は、同封の「同意撤回書」を記入し、郵送してください。

1. 次のサービスのうち、「利用希望があるが利用できない」サービスに○をつけて下さい。

また、そのサービスごとに利用できない理由を下から選択し、該当する番号に○をつけてください。

サービス名	理由（複数回答可）
A：在宅訪問医療（診療所）	1 2 3 4 5 6 その他( )
B：入院可能な専門医療機関（病院）	1 2 3 4 5 6 その他( )
C：成人期になっても入院可能な医療機関（病院）	1 2 3 4 5 6 その他( )
D：歯科診療	1 2 3 4 5 6 その他( )
E：訪問歯科	1 2 3 4 5 6 その他( )
F：病院でのリハビリ	1 2 3 4 5 6 その他( )
G：訪問看護	1 2 3 4 5 6 その他( )
H：訪問リハビリ	1 2 3 4 5 6 その他( )
I：訪問薬局	1 2 3 4 5 6 その他( )
J：医療施設でのレスパイト入院	1 2 3 4 5 6 その他( )
K：居宅介護（ヘルパー）	1 2 3 4 5 6 その他( )
L：移動支援（ヘルパー）	1 2 3 4 5 6 その他( )
M：訪問入浴	1 2 3 4 5 6 その他( )
N：単独通園(預かり)療育施設（児童発達支援等）	1 2 3 4 5 6 その他( )
O：親子通園療育施設（児童発達支援等）	1 2 3 4 5 6 その他( )
P：保育所や幼稚園での障害児保育	1 2 3 4 5 6 その他( )
Q：放課後デイサービス	1 2 3 4 5 6 その他( )
R：特別支援学校での医療的ケア対応	1 2 3 4 5 6 その他( )
S：学校卒業後の通所（生活介護・就労継続B等）	1 2 3 4 5 6 その他( )
T：入所施設（医療型障害児入所施設・療養介護）	1 2 3 4 5 6 その他( )
U：施設での短期入所	1 2 3 4 5 6 その他( )
V：グループホーム	1 2 3 4 5 6 その他( )
W：計画相談・障害児相談支援（相談支援専門員）	1 2 3 4 5 6 その他( )
X：福祉タクシー	1 2 3 4 5 6 その他( )

理由

- 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 子どもの体調・症状等により預けることが不安なため  
 6 希望するサービスの利用可能条件でないため

2. あなたが今困っていること、あるいは将来不安に思っていることを自由にお書き下さい。