

令和5年度滋賀県重症心身障害児者及び  
医療的ケア児等実態調査

調査票および同意書



QRコードからインターネットによる回答も  
できます！

記入方法

- ・ わからない点や答えたくない点があればその設問は回答不要です。
- ・ □欄には✓点を記入してください。
- ・ (△△・○○) 欄には当てはまるものに丸を付けてください。
- ・ ( ) 欄には各設問の理由や事業所名などを記入してください。

1 基本となる情報

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> その他 ( )
ご本人 氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳) 令和		
ふりがな		ご本人と の続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹		
保護者・代 理人氏名			<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
住所	(〒 - ) 滋賀県				
電話番号 (自宅・携帯電話)	( ) -				
Eメールアドレス	@				
お持ちの障害者手帳や受給 者証について	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (障害名: / 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( A1・A2・B1・B2 ) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証 <input type="checkbox"/> 障害児支援受給者証 <input type="checkbox"/> 特定医療費 (指定難病) 受給者証 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療受給者証				
重症心身障害の判定有無	<input type="checkbox"/> あり ( ) 歳時 <input type="checkbox"/> なし				

2 ご本人の状況

① 病気や障害の発生時期	<input type="checkbox"/> 出生時 <input type="checkbox"/> ( ) 歳の時	
② 診断を受けている障害・病名等		
③ 日常生活に必要な医療的ケアの有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
④ 日常生活に必要な医 療的ケアの内容 (複 数選択)	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 自己腹膜灌流 (自分の腹膜で人工透析する療法) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着 <input type="checkbox"/> 導尿 (尿バルーン留置カテーテル含む) <input type="checkbox"/> 酸素補充療法 <input type="checkbox"/> 口腔・鼻腔内などの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

⑤ 医療的ケアの判定スコア	<input type="checkbox"/> あり ( ) 点 <input type="checkbox"/> なし
⑥ 生活の様子 (姿勢移動)	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝返りができる <input type="checkbox"/> 座位が保持できる (支えなし・支えあり) <input type="checkbox"/> 這って移動できる <input type="checkbox"/> 歩いて移動できる (介助なし・介助あり) <input type="checkbox"/> 走ることができる
⑦ 生活の様子 (食事)	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立
⑧ 生活の様子 (排泄)	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立
⑨ 生活の様子 (入浴)	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立
⑩ コミュニケーションの方法	<input type="checkbox"/> 表情の変化 <input type="checkbox"/> 呼びかけに手を握る等意思表示する (意思伝達装置の使用含む) <input type="checkbox"/> 呼びかけに返事をする <input type="checkbox"/> 普通の会話を理解する <input type="checkbox"/> 会話をする

### 3 ケアを担う方の情報について

① ご本人の介護や支援を行う方 (すべて選択してください)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 兄弟 (18歳未満・18歳以上・両方) <input type="checkbox"/> 姉妹 (18歳未満・18歳以上・両方) <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ( )
② 主に介護や支援を行う方 (1つ選択してください)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 兄弟 (18歳未満・18歳以上・両方) <input type="checkbox"/> 姉妹 (18歳未満・18歳以上・両方) <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ( )
③ 主に介護や支援を行う方の就労 (通学) 状況	<input type="checkbox"/> 就労 (通学) している <input type="checkbox"/> 就労希望なし <input type="checkbox"/> 預け先があれば就労したい <input type="checkbox"/> 今後就労を予定している <input type="checkbox"/> 通学希望だが通学できていない

### 4 通学・通園先 (児童の方のみご回答ください)

① 通園 (通所) 先 (複数選択)	<input type="checkbox"/> 幼稚園・こども園1号認定 <input type="checkbox"/> 保育所・こども園2号認定 <input type="checkbox"/> 地域型保育・こども園3号認定 <input type="checkbox"/> 児童発達支援事業所 (療育教室・児童発達支援) <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 通園 (通所) していない
② ①のうちの主たる日中利用サービス	<input type="checkbox"/> 幼稚園・こども園1号認定 <input type="checkbox"/> 保育所・こども園2号認定 <input type="checkbox"/> 地域型保育・こども園3号認定 <input type="checkbox"/> 児童発達支援事業所 (療育教室・児童発達支援) <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 通園 (通所) していない
③ 通学先	<input type="checkbox"/> 地域の小学校 <input type="checkbox"/> 地域の中学校 <input type="checkbox"/> 地域の高等学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 通学していない (理由: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
④ 通学の方法 (複数選択)	<input type="checkbox"/> 家族の送迎 <input type="checkbox"/> 学校の送迎 <input type="checkbox"/> 移動支援サービスの利用 <input type="checkbox"/> その他 ( )

5 サービスの利用状況：医療機関での預かり支援

① レスパイト入院の利用	利用している場合 <input type="checkbox"/> 希望通り利用できている <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望どおりの回数できていない <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望の日時に利用できない
	利用先 <input type="checkbox"/> 小児保健医療センター <input type="checkbox"/> 日赤病院 <input type="checkbox"/> 済生会病院 <input type="checkbox"/> 市民病院 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	利用していない場合 <input type="checkbox"/> 希望しているが利用できていない (理由: ) <input type="checkbox"/> 利用を検討している <input type="checkbox"/> 利用を考えていない

6 サービスの利用状況：在宅支援としての医療

① 訪問看護	利用している場合（利用回数：週 回） <input type="checkbox"/> 希望通り利用できている <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望どおりの回数できていない <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望の日時に利用できない
	利用していない場合 <input type="checkbox"/> 希望しているが利用できていない (理由: ) <input type="checkbox"/> 利用を検討している <input type="checkbox"/> 利用を考えていない
② 訪問診療	利用している場合（利用回数：週 回） <input type="checkbox"/> 希望通り利用できている <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望どおりの回数できていない <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望の日時に利用できない
	利用していない場合 <input type="checkbox"/> 希望しているが利用できていない (理由: ) <input type="checkbox"/> 利用を検討している <input type="checkbox"/> 利用を考えていない

7 サービスの利用状況：相談支援、通所支援、居宅サービス等

① 相談支援事業所	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない
② 放課後等デイサービス (18歳未満の方)	利用している場合 <input type="checkbox"/> 希望通り利用できている <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望どおりの回数できていない <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望の日時に利用できない
	利用していない場合 <input type="checkbox"/> 希望しているが利用できていない (理由: ) <input type="checkbox"/> 利用を検討している <input type="checkbox"/> 利用を考えていない

<p>③ 保育所等訪問支援 (18歳未満の方)</p>	<p>利用している場合  <input type="checkbox"/> 希望通り利用できている  <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望どおりの回数できていない  <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望の日時に利用できない</p> <p>利用していない場合  <input type="checkbox"/> 希望しているが利用できていない  (理由: )  <input type="checkbox"/> 利用を検討している    <input type="checkbox"/> 利用を考えていない</p>
<p>④ 生活介護</p>	<p>利用している場合  <input type="checkbox"/> 希望通り利用できている  <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望どおりの回数できていない  <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望の日時に利用できない</p> <p>利用していない場合  <input type="checkbox"/> 希望しているが利用できていない  (理由: )  <input type="checkbox"/> 利用を検討している    <input type="checkbox"/> 利用を考えていない</p>
<p>⑤ 短期入所</p>	<p>利用している場合  <input type="checkbox"/> 希望通り利用できている  <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望どおりの回数できていない  <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望の日時に利用できない</p> <p><input type="checkbox"/> 宿泊での利用先 (びわこ学園草津・びわこ学園野洲・紫香楽病院・その他: )  <input type="checkbox"/> 日中のみの利用先 ( )</p> <p>利用していない場合  <input type="checkbox"/> 希望しているが利用できていない  (理由: )  <input type="checkbox"/> 利用を検討している    <input type="checkbox"/> 利用を考えていない</p>
<p>⑥ 居宅介護</p>	<p>利用している場合  <input type="checkbox"/> 希望通り利用できている  <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望どおりの回数できていない  <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望の日時に利用できない</p> <p>利用内容 (あてはまるものを全て選択してください。)  <input type="checkbox"/> 身体介護    <input type="checkbox"/> 通院等 (介助あり)    <input type="checkbox"/> 通院等 (介助なし)  <input type="checkbox"/> 家事援助    <input type="checkbox"/> 訪問ヘルパーによる喀痰吸引等の対応  <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>利用していない場合  <input type="checkbox"/> 希望しているが利用できていない (理由: )  <input type="checkbox"/> 利用を検討している    <input type="checkbox"/> 利用を考えていない</p>
<p>⑦ 居宅介護の利用時間帯 利用している時間帯を全て選択してください。</p>	<p>利用時間が一部でもかかっている場合は選択してください。  <input type="checkbox"/> 早朝 (6～8時)    <input type="checkbox"/> 日中① (8～12時)    <input type="checkbox"/> 日中② (12～15時)  <input type="checkbox"/> 日中③ (15～18時30分)    <input type="checkbox"/> 夜間 (18時30分～22時)  <input type="checkbox"/> 深夜 (22時～6時)</p>

⑧ 重度訪問介護 (成人の方のみ)	利用している場合 <input type="checkbox"/> 希望通り利用できている <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望どおりの回数できていない <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望の日時に利用できない
	利用していない場合 <input type="checkbox"/> 希望しているが利用できていない(理由: ) <input type="checkbox"/> 利用を検討している <input type="checkbox"/> 利用を考えていない
⑨ 居宅介護の利用時間帯 利用している時間帯を全て選択してください。	利用時間が一部でもかかっている場合は選択してください。 <input type="checkbox"/> 早朝(6~8時) <input type="checkbox"/> 日中①(8~12時) <input type="checkbox"/> 日中②(12~15時) <input type="checkbox"/> 日中③(15~18時30分) <input type="checkbox"/> 夜間(18時30分~22時) <input type="checkbox"/> 深夜(22時~6時)
⑩ その他利用サービス	自由記載( )

## 8 サービスの利用状況：地域生活支援事業

① 日中一時支援事業の利用	利用している場合 <input type="checkbox"/> 希望通り利用できている <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望どおりの回数できていない <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望の日時に利用できない
	利用していない場合 <input type="checkbox"/> 希望しているが利用できていない (理由: ) <input type="checkbox"/> 利用を検討している <input type="checkbox"/> 利用を考えていない
② 移動支援事業の利用状況	<input type="checkbox"/> 希望通り利用できている <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望通りの回数できていない <input type="checkbox"/> 利用しているけれど希望の曜日、時間に利用できない <input type="checkbox"/> 利用したいが車いす対応できる車両のある事業所が見つからない <input type="checkbox"/> 利用したいが車中で医療的ケアに対応できる支援者がいないため事業所が見つからない <input type="checkbox"/> 利用を検討している <input type="checkbox"/> 利用を考えていない
③ 住宅改修の実施	<input type="checkbox"/> あり(改修内容: ) <input type="checkbox"/> なし
④ 日常生活用具の利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑤ 利用する日常生活用具 (複数選択)	<input type="checkbox"/> 座位保持椅子 <input type="checkbox"/> 特殊寝台・介護用ベッド <input type="checkbox"/> 人工鼻 <input type="checkbox"/> 特殊マット <input type="checkbox"/> 入浴用補助具(ストレッチャー等) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター <input type="checkbox"/> 外部バッテリー <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> その他( )

## 9 サービスの利用状況：介護保険サービス

① 介護保険サービスの利用の有無(複数選択)	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護(介護予防訪問看護) <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(介護予防福祉用具貸与) <input type="checkbox"/> 福祉用具販売(介護予防福祉用具販売) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護(介護予防訪問入浴介護) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)
	上記で利用する場合、週当たりの利用回数(週 回)

## 10 サービスの利用状況：入浴の状況

① 入浴サービスの利用 (複数選択)	<input type="checkbox"/> 入浴サービスを利用していない <input type="checkbox"/> 居宅介護(ヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴(移動式浴槽) <input type="checkbox"/> 施設入浴事業(施設での入浴) <input type="checkbox"/> 通所施設での入浴 <input type="checkbox"/> 短期入所による入浴 <input type="checkbox"/> その他( ) (週 回)
	上記で利用する場合、週当たりの利用回数(週 回)

## 11 身の回りの医師等

① かかりつけ医	<input type="checkbox"/> かかりつけ医がいる <input type="checkbox"/> かかりつけ医がいない <input type="checkbox"/> 他に相談できる相手がいる 訪問看護・相談支援専門員・その他( )
② 住居の近くで体調の悪いときに相談できる医師がいるか	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
③ 他に相談できる相手がいる	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> その他( )

## 12 災害時の対応

① 災害時の対応についてあてはまるもの(複数選択)	<input type="checkbox"/> ご自宅付近で起こりうる災害について把握している <input type="checkbox"/> 災害時に家族以外に頼ることができる人がいる <input type="checkbox"/> 予備電源を準備している <input type="checkbox"/> 予備薬を準備している <input type="checkbox"/> 備蓄(注入食、おむつ等)の準備をしている <input type="checkbox"/> 対応について検討できていない
② 個別避難計画(※)の策定 ※自ら避難することが困難な「避難行動要支援者」が災害時にどのような避難行動をとればよいのかについて、市町単位で事前に一人一人の生活状況に合わせて作成する個別の避難行動計画のこと	<input type="checkbox"/> 策定している <input type="checkbox"/> 策定していない <input type="checkbox"/> わからない
③ 避難先について	<input type="checkbox"/> 指定登録している <input type="checkbox"/> 指定登録していない <input type="checkbox"/> わからない

## 13 困りごとや不安に思っていること

① 困りごとや不安に思っていること(複数選択)	<input type="checkbox"/> 一時的に預かってくれるサービス不足(レスパイト入院、短期入所) <input type="checkbox"/> 医療的ケアに対応できる移動や送迎に係るサービスの不足 <input type="checkbox"/> 医療的ケアに対応できる在宅系の障害福祉サービスの不足 <input type="checkbox"/> 医療的ケアに対応できる日中活動系の障害福祉サービスの不足 <input type="checkbox"/> 医療的ケアに対応できる専門医の不足 <input type="checkbox"/> 夜間在宅でケアするサービスの不足 <input type="checkbox"/> 親・きょうだい(介護者)の負担(□心理的 □身体的 □経済的) <input type="checkbox"/> 親・きょうだいや介護者等の就労に制限があること <input type="checkbox"/> 災害時の対応(避難方法や避難先での生活など)について <input type="checkbox"/> チューブの自己抜去等、本人の行動特性について <input type="checkbox"/> 特になし
-------------------------	---

② その他、上記も含めて、何か御意見等ございましたら、御記載下さい	
-----------------------------------	--

#### 14 同意

欄に✓点でチェックをお願いします。

- |  |
|--|
| (1) 調査票に記載した個人情報を滋賀県で集約、保管することに同意します。<br><input type="checkbox"/> ご本人・保護者                      または <input type="checkbox"/> 代理人          |
| (2) 記載内容について、市町および県保健所に個人情報を含む情報提供を行うことに同意します。<br><input type="checkbox"/> ご本人・保護者                      または <input type="checkbox"/> 代理人 |
| (3) 調査の集計結果など、個人を特定しない形で公表することに同意します。<br><input type="checkbox"/> ご本人・保護者                      または <input type="checkbox"/> 代理人          |

令和    年    月    日

ご本人氏名 \_\_\_\_\_

上記同意をされた保護者・代理人氏名 \_\_\_\_\_

※のちに同意を取り消される場合は、滋賀県庁障害福祉課まで連絡してください。



<p>●本調査の問合せ先 〒520-8577 大津市京町四丁目1番1号 滋賀県健康医療福祉部障害福祉課 企画・指導係 電話：077-528-3544 FAX：077-528-4853 ※用紙による回答の際は、返送用封筒をお使いください。</p>
--