

## 東京共同電子申請・届出サービス

サービストップへ

文字 大 中 小 色 標準 黒 青 黄

回答内容入力



回答内容確認



回答完了

## 世田谷区医療的ケア児を育てる保護者の通所ニーズ等に関するアンケート

[ヘルプ](#)

## 回答内容の入力

## 操作方法のご説明

下記の入力フォームに必要な事項を入力した後、「回答内容確認」ボタンを押してください。

必須 マークがある項目は、必ず入力してください。

また、機種依存文字は使用しないでください。機種依存文字が入力されている場合はエラーになります。

途中まで入力した内容を一時保存したい場合、「回答一時保存確認」ボタンを押してください。

ただし、選択した添付ファイルに関しては一時保存されません。

このアンケートは、世田谷区にお住いの医療的ケア児を育てる保護者の通所ニーズ及び災害への備え等について把握することを目的としており、アンケート結果は障害児通所施設の整備や医療的ケア児等支援事業の今後に向けた検討資料とさせていただきます。

ご回答しづらい質問もあるかと思いますが、今後の支援策の充実のために、ぜひご協力いただきますよう、よろしくお願いいたします。

回答日

令和 3年 5月 8日

今回配らせていただいた「依頼状」の右下に記載してある整理番号を入力してください。

必須

## 1 医療的ケアが必要なお子様についてお伺いします。

Q1 お子さんの年齢をお書きください。

必須 歳

Q2 お子様は障害者手帳等をお持ちですか。（該当するものすべてに印をつけてください）

- 1 身体障害者手帳を持っている
- 2 愛の手帳を持っている
- 3 精神障害者福祉手帳を持っている
- 4 小児慢性特定疾病医療受給者証を持っている
- 5 特定医療費（指定難病）受給者証をもっている
- 6 上記記載のものはいずれも持っていない。

Q2で「1 身体障害者手帳を持っている」を選択した方

1. 肢体不自由
2. 内部機能障害
3. その他

※「内部機能障害」は心臓、肝臓、呼吸器、膀胱または直腸、小腸、免疫機能、肝臓の機能障害を指します。

Q2の1の障害者手帳の級数

※複数の認定がある場合は、最も重い等級をお書きください。

 級

Q2で「2 愛の手帳を持っている」を選択した方

愛の手帳の度を入力してください。

 度

Q3 お子様は医療的ケア

先天性の病気

が必要になった理由はなんですか。(いずれか一つに印をつけてください)

- 後天性の病気  
 事故  
 その他

「その他」を選択された場合にご記入ください。

Q4 お子様が必要とする医療的ケアは何ですか。(該当するものすべてに印をつけてください)

- 1 人工呼吸器管理  
 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 吸引（気管内、口腔・鼻腔内）  
 6 ネブライザー  
 7 IVH（中心静脈栄養）  
 8 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）  
 9 持続注入ポンプ使用  
 10 継続する透析（腹膜灌流含む）  
 11 定期導尿  
 12 人工肛門  
 13 その他

Q4で「13 その他」を選択した方

内容を入力してください。

Q5 お子様の座位の状況について、該当する選択肢を選択してください。(いずれか一つに印をつけてください)

- 1 座ることが難しい  
 2 支えがあれば座ることができる  
 3 一人で座ることができる

※お子様一人での移動の状況（補助具や装具は使用可）についてお答えください。

Q6 お子様の移動について、該当する選択肢すべてを選択してください。(該当するものすべてに印をつけてください)

- 1 移動は難しい  
 2 背ばい・腹ばい・四つんばいができる  
 3 伝い歩きができる  
 4 歩くことができる  
 5 車いす等での自走ができる  
 6 走ることができる

Q7 お子様のコミュニケーションについて、該当する選択肢を選択してください。(いずれか一つに印をつけてください)

日常生活に支障がない程度のもの

- 1 取れる  
 2 難しい

Q8 医療的ケアを必要とするお子様の日常の活動場所はどちらですか。(該当するものすべてに印をつけてください)

- 1 自宅  
 2 保育園  
 3 幼稚園  
 4 児童発達支援  
 5 放課後等デイサービス

- 6 小学校（通常の学級・特別支援学級）
- 7 中学校（通常の学級・特別支援学級）
- 8 新BOP
- 9 学童クラブ
- 10 民間の学童クラブ
- 11 特別支援学校（幼稚部）
- 12 特別支援学校（小学部）
- 13 特別支援学校（中学部）
- 14 高等学校
- 15 特別支援学校（高等部）

## 2 ご家族についてお伺いします。

※医療的ケアが必要なお子様本人は除きます。

Q9 医療的ケアが必要な  
お子様と同居しているご家  
族に○をつけ、その人数を  
ご記入ください。（該当す  
るかた、すべてに印をつけて  
ください）

- 1 父
- 2 母
- 3 父母以外の保護者
- 4 兄弟姉妹
- 5 祖父母
- 6 その他

Q9で「4 兄弟姉妹」を選  
択した方

人数を入力してください。

人

Q9で「5 祖父母」を選  
択した方

人数を入力してください。

人

Q9で「6 その他」を選  
択した方

人数を入力してください。

人

Q10 主に医療的ケアを担  
う方はどなたですか。（い  
ずれか一つに印をつけてくだ  
さい）

- 1 父
- 2 母
- 3 父母以外の保護者
- 4 兄弟姉妹
- 5 祖父
- 6 祖母
- 7 その他

Q11 主に医療的ケアを担  
っている方はお仕事をし  
ていますか。（いずれか一つに  
印をつけてください）

- 1 していない
- 2 パートタイム・アルバイトをしている
- 3 内職をしている
- 4 フルタイム就労をしている
- 5 自営業
- 6 フリーランス就労をしている
- その他

「その他」を選択された場合にご記入ください。

Q12 ご家族のなかで、主に医療的ケアを担う方以外の方で、医療的ケアを担う方はどなたですか。（該当するかた、すべてに印をつけてください）

- 1 父  
 2 母  
 3 父母以外の保護者  
 4 兄弟姉妹  
 5 祖父  
 6 祖母  
 7 その他

Q13 ご家族以外で主な介護者の代わりになる方はどなたですか。（該当するかた、すべてに印をつけてください）

- 1 親族  
 2 主な介護者の知人・友人  
 3 主な介護者以外のご家族の知人・友人  
 4 訪問看護師  
 5 ヘルパー  
 6 その他  
 7 いない

Q13で「6 その他」を選択した方

内容を入力してください。

Q14 日常生活圏での主な移動手段は何ですか。（該当するも一つに印をつけてください）

- 1 自家用車  
 2 公共交通機関  
 3 タクシー  
 その他

「その他」を選択された場合にご記入ください。

### 3 サービスの利用について伺います。

Q15 お子様が必要になってから在宅での生活を始めるにあたり、相談した機関を記入してください。（該当するものすべてに印をつけてください）

- 1 総合支所健康づくり課保健師  
 2 総合支所保健福祉課障害支援担当  
 3 医療機関の医師・看護師・ソーシャルワーカー等の専門職  
 4 相談支援専門員  
 5 当時通っていた保育所・幼稚園の教職員  
 6 当時通っていた学校の教員  
 7 当時利用していた施設・事業所の職員  
 8 家族・親族  
 9 友人・知人  
 10 インターネット（SNS、掲示板等）  
 11 相談したいが誰にも相談できなかった  
 12 相談する必要はないので誰にも相談しなかった

- 13 その他  
 14 覚えていない・分からない

Q15で「1 3 その他」を選択した方

内容を入力してください。

Q16 医療的ケアについて相談できる家族以外の相手について記入してください。（該当するものすべてに印をつけてください）

- 1 親族  
 2 友人・知人  
 3 相談支援専門員  
 4 通学先の教員  
 5 かかりつけ医療機関の医師・看護師・相談員  
 6 訪問看護師  
 7 総合支所健康づくり課保健師  
 8 総合支所保健福祉課障害支援担当  
 9 ヘルパー  
 10 通所施設の職員  
 11 その他  
 12 相談相手がない

Q16で「1 1 その他」を選択した方

内容を入力してください。

Q17 相談にあたり困ったことについて記入してください。（該当するものすべてに印をつけてください）

- 1 どこに相談してよいかわからなかった  
 2 相談機関は分かったが、そのような機関が身近になかった  
 3 相談の内容によって相談先が違い、煩雑だった  
 4 相談したが、必要な情報が得られなかった  
 5 継続的に関わってくれる人がいない  
 6 その他  
 7 特にない

Q17で「6 その他」を選択した方

内容を入力してください。

Q18 現在利用しているサービスについて伺います。利用している項目にすべて印をつけてください。

<障害福祉サービス>

- 1 居宅介護（ホームヘルプ）  
 2 重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業  
 3 移動支援（社会参加支援・通学等支援）  
 4 短期入所（ショートステイ）

Q18 現在利用しているサービスについて伺います。利用している項目にすべて印をつけてください。

<相談支援サービス>

- 5 計画相談支援  
 6 障害児相談支援

Q18 現在利用しているサービスについて伺います。利用している項目にすべて印をつけてください。

<在宅医療サービス>

- 7 訪問診療  
 8 訪問看護  
 9 訪問リハビリ  
 10 特にない  
 11 わからない

Q19 身近にあったら利用したい、もっと利用したいサービスについて該当する項目すべてに印をつけて、その理由も記載してください。

<障害福祉サービス>

- 1 居宅介護（ホームヘルプ）
- 2 重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業
- 3 移動支援（社会参加支援・通学等支援）
- 4 短期入所（ショートステイ）

Q19 身近にあったら利用したい、もっと利用したいサービスについて該当する項目すべてに印をつけて、その理由も記載してください。

<相談支援サービス>

- 5 計画相談支援
- 6 障害児相談支援

Q19 身近にあったら利用したい、もっと利用したいサービスについて該当する項目すべてに印をつけて、その理由も記載してください。

<在宅医療サービス>

- 7 訪問診療
- 8 訪問看護
- 9 訪問リハビリ
- 10 特にない
- 11 わからない

Q19の理由

#### 4 障害児通所施設についてお伺いします。

Q20 お子様障害児通所施設を利用するための受給者証をお持ちですか。（該当するもの一つに印をつけてください）

- 1 持っている
- 2 持っていない

Q21 お子様障害児通所施設を利用するための受給者証に、区から「（重心）重症心身障害」の記載がありますか。（該当するもの一つに印をつけてください）

- 1 「（重心）重症心身障害」と記載がある
- 2 「（重心）重症心身障害」と記載がない
- 3 わからない

Q22 現在利用している障害児通所支援サービスについて伺います。該当する項目にすべて印をつけてください。

- 1 児童発達支援
- 2 居宅訪問型児童発達支援
- 3 医療型児童発達支援
- 4 放課後等デイサービス
- 5 保育所等訪問支援
- 6 利用していない

Q23 Q22で1「児童発達支援」4「放課後等デイサービス」を選択した方、利用（療育）時間は十分ですか。（該当するもの一つに印をつけてください）

- 1 十分である
- 2 十分でないときがある
- 3 不十分である
- 4 わからない、どちらとも言えない

Q24 Q22で「児童発達支援」4「放課後等デイサービス」を選択した方、「児童発達支援」「放課後等

- 1 十分である
- 2 あるが十分でない
- 3 あるが利用できない

デイサービス」による送迎は十分ですか。(該当するもの一つに印をつけてください)

- 4 ない  
 5 わからない

Q25 Q22で1「児童発達支援」4「放課後等デイサービス」を選択しなかった方に伺います。「児童発達支援」「放課後等デイサービス」を利用したいと思いませんか(該当するもの一つに印をつけてください)

- 1 利用したい  
 2 利用予定がある  
 3 利用したい施設が近くにない  
 4 利用するつもりがない  
 5 わからない

Q26 障害児通所施設の利用について、ご意見があれば入力してください。

### 5 災害の備えについて伺います。

Q27 医療機器の電源はどのくらい備えていますか。選択枝のうち、最も近いものを一つ選択してください。

- 1 5～6時間分  
 2 半日分(12時間分)  
 3 1日分(24時間分)  
 4 2～4日分  
 5 1週間分  
 6 その他  
 7 わからない  
 8 備えていない

Q27で6「その他」を選択された方

Q27で医療機器の電源を備えているかたに伺います。お持ちの電源機器を教えてください。記載はメーカー純正品の外部バッテリーなど具体的に記載してください。

Q28 自宅に損害がない場合の「在宅避難」の考え方をご存じですか。(該当するもの一つに印をつけてください)

- 1 知っている  
 2 知らない

Q29 実際に「在宅避難」は可能だと思いますか。(該当するもの一つに印をつけてください)

- 1 可能だと思う  
 2 可能だと思わない  
 3 わからない

Q30 災害時個別支援計画を知っていますか。(該当するもの一つに印をつけてください。)

- 1 知っている  
 2 知らない

Q31 災害時個別支援計画を立てていますか。(該

- 1 立てている  
 2 立てていない

当するもの一つに印をつけてください)

- Q32 災害時個別支援計画をもとに避難訓練をしたことがありますか。
- 1 したことがある
- 2 したことがない

Q33 電源確保について、ご意見があればお願いします。

100文字以下で入力してください。

記入していただく箇所は以上となります。ご協力ありがとうございました。

### お問い合わせ

<アンケート内容のお問い合わせ先>

〒154-8504 世田谷区世田谷4-21-27 世田谷区役所障害福祉部障害保健福祉課  
TEL : 03-5432-2242 FAX : 03-5432-3021

<操作のお問い合わせ先>

電子申請サービスヘルプデスク 0120-03-0664  
受付時間：8時30分から18時00分（土日祝日、年末年始を除きます）

[回答内容確認](#)

[回答一時保存確認](#)

### ご利用にあたり

[サイトマップ](#)

[↑  
ページの  
先頭へ](#)

Copyright © 2020 東京電子自治体共同運営協議会. All Rights Reserved.