

## 医療的ケアに関する アンケートにご協力ください

### 在宅で 医療的ケア を必要とする皆さんへ

横須賀市では、在宅（自宅等）で医療的ケアを必要とする方やそのご家族への支援の充実を図ることを目的として、在宅（自宅等）で医療的ケアを必要とする方（40歳未満の方が対象）とそのご家族の皆様の生活の実態や今後の希望を伺う、無記名式のアンケートを実施させていただくことになりました。

ぜひ、このアンケートにご協力いただき、ご意見をお聞かせください。

また、本市では、今後、在宅（自宅等）で医療的ケアを必要とする方（40歳未満の方が対象）の人数の把握及びニーズ調査等や、市からの情報提供を行うことを目的として、情報登録を行いたいと考えています。

情報登録のための同意書を同封していますので、趣旨にご賛同いただける方は、そちらもあわせてご協力いただきますようお願いいたします。

※アンケートの回答内容と同意書の内容を紐づけすることはありません。

※回答期限は、令和5年7月21日（金）といたしますが、期限を過ぎたあとでもご回答いただけますと幸いです。

#### 紙で回答する場合

アンケートをご記入いただき、同封の返信用封筒に入れ、切手を貼らずに、郵便ポストに投函してください。（筆記用具は、ボールペン、鉛筆など、どんなもので構いません。）

#### インターネットで回答する場合

以下のURL または QR コードから入力画面に入り、インターネットでご回答ください。

URL [https://dshinsei.e-kanagawa.lg.jp/142018-u/offer/offerList\\_detail?tempSeq=54589](https://dshinsei.e-kanagawa.lg.jp/142018-u/offer/offerList_detail?tempSeq=54589)

QRコード



## ご回答にあたってのお願い

- ◎在宅（自宅等）には、自宅だけでなく、グループホームでの生活を含みます。入所施設での生活は含みません。
- ◎令和5年4月1日現在の状況について、お答えください。
- ◎ご回答は、各設問の指示に従って、あてはまるものの番号に○印をつけるか、数字等を記入してください。ご意見等を記入していただくものもあります。
- ◎ご回答は、在宅（自宅等）で医療的ケアを必要とする方（ご本人）やそのご家族、介助者の方等をお願いします。可能な範囲で、ご本人の意向に沿うかたちでお答えください。

調査の内容や記入の仕方について、ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

〔問い合わせ先〕 横須賀市 福祉こども部 障害福祉課 計画係

電話 046-822-9398

ご回答いただいた内容は「〇〇に回答した方が△△%（件）」と統計的に処理する等、アンケートの目的以外には一切使用いたしません。

医療的ケアを必要とする方（ご本人）のことについて、おたずねします。

問1 主にこのアンケートに回答する方はどなたですか。（〇は1つ）

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 1. 本人（代筆を含む）                             | 2. 本人の家族                            |
| 3. 家族以外の介助者（具体的に：                      ） | 4. その他（具体的に：                      ） |

問2 医療的ケアを必要とする方（ご本人）は、何歳ですか。

（令和5年（2023年）4月1日現在の年齢をご記入ください。）

歳

問3 医療的ケアを必要とする方（ご本人）の住んでいる地域（本庁・行政センター所管区域）は、次のうちどれですか。

- |         |         |          |                      |         |
|---------|---------|----------|----------------------|---------|
| 1. 追浜地域 | 2. 田浦地域 | 3. 逸見地域  | 4. 本庁地域<br>（横須賀中央周辺） | 5. 衣笠地域 |
| 6. 大津地域 | 7. 浦賀地域 | 8. 久里浜地域 | 9. 北下浦地域             | 10. 西地域 |

問4 医療的ケアを必要とする方（ご本人）は、障害者手帳を持っていますか。

持っている場合、障害者手帳の種類とその障害程度は、次のうちどれですか。（〇はいくつでも）

- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| 1. 身体障害者手帳（1級）      | 2. 身体障害者手帳（2級）      |
| 3. 身体障害者手帳（3級）      | 4. 身体障害者手帳（4級）      |
| 5. 身体障害者手帳（5級）      | 6. 身体障害者手帳（6級）      |
| 7. 療育手帳（A1）         | 8. 療育手帳（A2）         |
| 9. 療育手帳（B1）         | 10. 療育手帳（B2）        |
| 11. 精神障害者保健福祉手帳（1級） | 12. 精神障害者保健福祉手帳（2級） |
| 13. 精神障害者保健福祉手帳（3級） | 14. 持っていない          |

問5 身体障害者手帳をお持ちの場合、主たる障害をお答えください。（〇は1つ）

- |                |                   |
|----------------|-------------------|
| 1. 肢体不自由（上肢）   | 2. 肢体不自由（下肢）      |
| 3. 肢体不自由（体幹）   | 4. 聴覚・平衡機能障害      |
| 5. 視覚障害        | 6. 音声・言語・そしゃく機能障害 |
| 7. 内部障害（1～6以外） |                   |

問6 医療的ケアを必要とする方（ご本人）は、小児慢性特定疾病医療受給者証を持っていますか。

持っている場合は、対象となる疾病名をご記入ください。

1. 持っている （疾病名： ） 2. 持っていない

問7 医療的ケアを必要とする方（ご本人）は、特定医療費（指定難病）医療受給者証を持っていますか。

持っている場合は、対象となる疾病名をご記入ください。

1. 持っている （疾病名： ） 2. 持っていない

問8 医療的ケアを必要とする方（ご本人）は、障害支援区分の認定を受けていますか。（〇は1つ）

※ 障害支援区分とは、ホームヘルプや障害者施設への通所などの障害福祉サービスを受けるにあたって基本的に必要になるもので、その人に必要な支援の度合いを1から6までの段階に分けて示したものです。

障害福祉サービスを利用しない場合は、特に認定を受ける必要はありません。

1. 区分1      2. 区分2      3. 区分3      4. 区分4      5. 区分5  
6. 区分6      7. 受けていない      8. 18歳未満のため、障害支援区分の対象外である

## 医療的ケアについて、おたずねします。

問9 日常的に必要とする医療的ケアは、どんなものですか。(〇はいくつでも)

- |                |                     |
|----------------|---------------------|
| 1. 気管切開部の管理    | 2. 人工呼吸器（レスピレータ）の管理 |
| 3. 吸入（ネブライザー等） | 4. たん吸引             |
| 5. 胃ろう・腸ろう     | 6. 鼻腔経管栄養           |
| 7. 中心静脈栄養（IVH） | 8. 人工透析             |
| 9. カテーテル留置     | 10. ストーマ（人工肛門・人工膀胱） |
| 11. 在宅酸素療法     |                     |
| 12. その他（具体的に：  | ）                   |

問10 医療的ケアを行う場合の主な介助者の関わり方について、おたずねします。(〇は1つ)

※ 複数の医療的ケアが必要な方は、医療的ケアの中で、ご本人の対応が一番難しいものについて、ご回答ください。

- |   |   |
|---|---|
| 1. 医療的ケアを必要とする方（ご本人）が、介助者の補助なく、自分（ご本人）で行える                              |   |
| 2. 定時対応や医療的ケアを必要とする方（ご本人）の申し出により、介助者が見守りや補助をすれば、自分（ご本人）で行える             |   |
| 3. 医療的ケアを必要とする方（ご本人）自身では行えないが、定時対応やご本人の申し出により、介助者が行う                    |   |
| 4. 医療的ケアを必要とする方（ご本人）自身では、医療的ケアが必要だと申し出ることができないため、介助者がご本人の状態を常時観察する必要がある |   |
| 5. その他（具体的に：  | ） |

問11 日常生活における主な介助者について、おたずねします。(〇は1つ)

- |              |             |                         |        |
|--------------|-------------|-------------------------|--------|
| 1. 父         | 2. 母        | 3. 配偶者（夫・妻）             | 4. 祖父母 |
| 5. 兄弟姉妹      | 6. 兄弟姉妹の配偶者 | 7. 福祉サービス事業所のヘルパー・支援員など |        |
| 8. その他（具体的に： |             |                         | ）      |

## 医療サービスについて、おたずねします。

問 12 現在、自宅等で日常的に利用している医療サービスは、どんなものですか。(〇はいくつでも)

※ 現在、医療機関等に入院中の方については、自宅等で入院前に利用していた、もしくは退院後に利用が想定される医療サービスについて、ご回答ください。

- |              |           |
|--------------|-----------|
| 1. 訪問診療      | 2. 訪問看護   |
| 3. 訪問歯科診療    | 4. 訪問リハビリ |
| 5. 訪問薬局      |           |
| 6. その他(具体的に： | )         |

問 13 現在、自宅等で日常的に利用している医療サービスについて、安心や満足に感じていることは、  
どんなことですか。自由にご意見をご記入ください。

問 14 現在、自宅等で日常的に利用している医療サービスについて、不安や不満に感じていることは、  
どんなことですか。自由にご意見をご記入ください。



問 18 居宅訪問型児童発達支援について、知っていますか（聞いたことはありますか）。（〇は1つ）

※ 居宅訪問型児童発達支援とは、人工呼吸器を装着しているなどの医療的ケアが必要な状態、重い疾病のため感染症にかかるおそれがある状態のため、児童発達支援、医療型児童発達支援または放課後等デイサービスを受けるために外出することが著しく困難であると認められた障害児について、居宅を訪問し、日常生活における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その他必要な支援を行うサービスです。

※ 現在、横須賀市内に居宅訪問型児童発達支援を実施している事業所はありません。

1. 知っている（内容も理解している）
2. 名称は聞いたことはあるが、内容はよくわからない
3. 知らない（聞いたこともないし、内容もよくわからない）
4. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

問 19 今後、横須賀市内に居宅訪問型児童発達支援を実施する事業所が設置された場合、利用を希望しますか。（〇は1つ）

1. ぜひ利用したい（必要性を強く感じる）
2. 可能であれば利用したい（必要性は感じるので、機会があれば利用したい）
3. あまり利用しようとは思わない（必要性をあまり感じない）
4. 全く利用しようとは思わない（必要性を全く感じない）
5. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）





相談相手や情報の入手について、おたずねします。

問 23 普段、悩みや困ったことを、どなたに（どこに）相談しますか。（〇はいくつでも）

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. 家族や親せき                                    | 2. 友人・知人                 |
| 3. 近所の人                                      | 4. 職場の上司や同僚              |
| 5. サービス事業所の人や施設職員                            | 6. 障害者団体や家族会             |
| 7. 障害福祉相談員                                   | 8. 民生委員・児童委員             |
| 9. 通園施設（横須賀市療育相談センターなど）や保育所・幼稚園・認定こども園・学校の先生 |                          |
| 10. 相談支援事業所等（障害者相談サポートセンターを含む）の民間の相談窓口       |                          |
| 11. 神奈川県立こども医療センターの医師・看護師・医療ソーシャルワーカーなど      |                          |
| 12. かかりつけの医師や看護師など                           |                          |
| 13. 訪問看護ステーションの看護師・理学療法士・作業療法士など             |                          |
| 14. 保健所（健康福祉センター）の保健師など                      |                          |
| 15. 医療的ケア児等コーディネーター                          |                          |
| 16. 障害福祉課の相談窓口                               | 17. 児童相談所の相談窓口           |
| 18. 基幹相談支援センター（ほっとかんの相談）                     | 19. 行政機関の SNS やチャットによる相談 |
| 20. その他（具体的に:                                | )                        |

問 24 医療的ケアや福祉サービス等に関する情報を、どなたから（どこから）知ることが多いですか。

（〇はいくつでも）

- |  |                |
|--|----------------|
| 1. 家族や親せき                                    | 2. 友人・知人       |
| 3. 近所の人                                      | 4. 職場の上司や同僚    |
| 5. サービス事業所の人や施設職員                            | 6. 障害者団体や家族会   |
| 7. 障害福祉相談員                                   | 8. 民生委員・児童委員   |
| 9. 通園施設（横須賀市療育相談センターなど）や保育所・幼稚園・認定こども園・学校の先生 |                |
| 10. 相談支援事業所等（障害者相談サポートセンターを含む）の民間の相談窓口       |                |
| 11. 神奈川県立こども医療センターの医師・看護師・医療ソーシャルワーカーなど      |                |
| 12. かかりつけの医師や看護師など                           |                |
| 13. 訪問看護ステーションの看護師・理学療法士・作業療法士など             |                |
| 14. 保健所（健康福祉センター）の保健師など                      |                |
| 15. 医療的ケア児等コーディネーター                          |                |
| 16. 障害福祉課の相談窓口                               | 17. 児童相談所の相談窓口 |
| 18. 基幹相談支援センター（ほっとかんの相談）                     | 19. インターネット    |
| 20. 本や新聞、雑誌の記事、テレビのニュース                      |                |
| 21. その他（具体的に: _____ )                        |                |

問 25 医療的ケア児等コーディネーターについて、知っていますか（聞いたことはありますか）。

（〇は1つ）

※ 医療的ケア児等コーディネーターとは、医療的ケア児及びそのご家族が地域で安心して暮らせるよう、ご家族や関係機関等からの日常生活における様々な相談を受け付け、適切な支援機関につなげる役割を担う、医療的ケア児支援の専門資格を持つ相談員です。

※ 横須賀市では、令和5年度より、市内の2法人に業務を委託し、2名の医療的ケア児等コーディネーターを配置しています。

〔配置先〕

社会福祉法人みなと舎 支援センターライフゆう 湘南国際村 1-4-6 Tel 046-857-0511  
社会福祉法人青い鳥 横須賀市療育相談センター 小川町 16 Tel 046-822-6741

1. 知っている（内容も理解しているし、利用したことがある）
2. 知っている（内容も理解しているが、利用したことはない）
3. 名称は聞いたことはあるが、内容はよくわからない（利用したことはない）
4. 知らない（聞いたこともないし、内容もよくわからないので、利用したことはない）
5. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ ）

問 26 今後、医療的ケア児等コーディネーターへの相談を利用してみようと思いますか。（〇は1つ）

1. ぜひ利用したい（必要性を強く感じる）
2. 可能であれば利用したい（必要性は感じるので、機会があれば利用したい）
3. あまり利用しようとは思わない（必要性をあまり感じない）
4. 全く利用しようとは思わない（必要性を全く感じない）
5. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ ）



問30 問29で「2. 自宅等以外の場所に避難する」に○をつけた方におたずねします。

避難先として想定している場所は、どこですか？（○はいくつでも）

※ 周辺の電気・ガス・水道は止まっている状況を想定して、ご回答ください。

1. 同居以外の家族や親せきの家
2. 友人・知人の家
3. 震災時避難所（一次福祉避難所）（市内の小学校・中学校）
4. 主治医のいる医療機関
5. 利用している福祉サービス事業所（通園施設・通所施設）
6. 所属している特別支援学校など
7. 特に決まっていない
8. その他（）

## 人工呼吸器を利用している方におたずねします。

問 31 現在行っている災害時の備えは、どんなものですか？（〇はいくつでも）

1. 人工呼吸器の内部バッテリー・外部バッテリーの稼働時間を把握している
2. 予備バッテリーや発電機を準備している
3. 蘇生バックの定期的な使用訓練を行っている
4. 充電式または手動式・足踏み式の吸引器を持っている
5. ケア用品等の備蓄を行っている
6. 避難する場合の移動手段を確保している
7. 特に備えていない
8. その他（ ）

問 32 災害時に必要な備品を購入している方に、おたずねします。

具体的にどのような物品を購入していますか。（〇はいくつでも）

[項目説明]

- ※ 自家発電装置…ガソリンまたはカセットボンベ等を使用し、停電時でも単体で発電可能なもの
- ※ 無停電電源装置…停電した瞬間に、機器が停止しないよう一時的に電力を供給し続ける装置
- ※ 蓄電池…充電を行うことにより、繰り返し使用することができる電池やバッテリー  
（無停電電源装置に内蔵されるものを除く）
- ※ 吸引器…充電式または足踏み式等、使用時に電源供給を必要としないもの

1. 自家発電装置
2. 無停電電源装置
3. 蓄電池
4. 吸引器
5. その他（ ）

問 33 災害時に必要な備品を購入していない方に、おたずねします。

今後、購入を予定している物品はありますか。（〇はいくつでも）

1. 自家発電装置
2. 無停電電源装置
3. 蓄電池
4. 吸引器
5. 特にない
6. その他（ ）

問 34 問 33 で「5. 特にない」を選択した方に、おたずねします。購入していない理由はどれですか。

(〇はいくつでも)

- |                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| 1. 災害時に備えて何が必要かわからない | 2. 必要性を感じない         |
| 3. 高額で購入が難しい         | 4. 近隣に電源を確保できる施設がある |
| 5. その他 (             | )                   |

全員の方に、おたずねします。

問 35 おわりに、医療的なケアが必要な方やそのご家族への支援に関する施策について、その他のご意見、市へのご要望等があれば、自由にご記入ください。

アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。