

1 調査目的

本県の医療的ケア児に係る実態調査を実施し、今後の支援施策等に関する基礎資料とするもの。

2 調査の実施主体

岩手県

3 調査時点

令和4年〇月〇日

4 調査対象者

実態調査の対象者は、令和〇年〇月〇日現在であって、次のいずれかの医療的ケアを行っている18歳未満の方（令和〇年〇月〇日以降に生まれた方。障がいの有無は問わない）とする。

- ①人工呼吸器（鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む）の管理
- ②気管切開
- ③鼻咽頭エアウェイ
- ④酸素療法
- ⑤吸引（口鼻腔・気管内吸引）
- ⑥ネブライザー
- ⑦経管栄養
- ⑧中心静脈カテーテル
- ⑨皮下注射
- ⑩血糖測定
- ⑪継続的な透析
- ⑫導尿
- ⑬排便管理
- ⑭痙攣時の坐剤挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置
- ⑮その他の医療的ケア（例：抗がん剤（静注剤）治療など）

5 実態調査について**(1) 目的**

県内に在住する医療的ケア児の実態を把握する。

(2) 実態調査における調査対象者

3の調査時点（令和4年〇月〇日）において、5(3)の調査対象機関が把握している医療的ケア児とし、令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日までの間に、調査対象機関の医療や障がい福祉、教育等のサービスを利用した方を含むこととする。

(3) 調査対象機関

- ア 岩手県医師会に加盟している全医療機関
- イ 県内障害福祉サービス事業所
- ウ 特別支援学校
- エ 市町村
- オ 家族団体

(4) 調査方法

ア 県障がい保健福祉課から5(3)に掲げる対象機関あて調査依頼文書を送付する。

※ (3)ア、オは郵送により送付し、(3)イ、ウ、エはメールにより送付

イ 調査対象機関は、パソコンやスマートフォンにより、調査依頼文書に記載する URL 又は QRコードからアンケートサイトにアクセスし、回答する。

（裏面に続きます。）

【記入方法】

※ 1人目の情報を「(項目名)+01」内、2人目の情報を「(項目名)+02」内、とした単位で回答をお願いします。

(項目別詳細)

事業所等名	回答される事業所等の名称を記入してください。
性別	対象者について男女のいずれかを選択してください。
生年月日	対象者の生年月日を和暦で記入してください。 なお、詳細が不明な場合は下記の年齢のみ記入をしてください。
年齢	対象者の年齢を選択してください。
居住市町村	対象者が居住する市町村を選択してください。なお、入院されている場合は、入院前に居住していた自宅等の市町村を選択してください。
在宅又は入院・入所の別	対象者について在宅又は入院・入所のいずれかを選択してください。
身体障害者手帳	対象者が所持している身体障害者手帳の該当する等級を選択してください。なお、所持していない場合は「無」の欄に「○」を、分からない場合は「不明」の欄に「○」を記入してください。
療育手帳	対象者が所持している療育手帳の該当する等級を選択してください。なお、所持していない場合は「非該当」を、分からない場合は「不明」を選択してください。
障害支援区分	対象者が認定を受けている場合は該当する区分を選択してください。なお、所持していない場合は「非該当」を、分からない場合は「不明」を選択してください。
超重症児・者、準超重症児・者、その他の別	別添資料2を参考に、対象者について超重症児・者又は準超重症児・者の別を選択してください。なお、いずれにも該当しない場合は「その他」を選択してください。
医療的ケアの状況 (複数選択可)	別添資料2を参考に、対象者の「医療的ケアの状況」について該当するものを選択してください。
その他(補足事項等)	上記項目以外に補足又は伝達事項(本人の状態など)がある場合に記入してください。 (任意)

6 回答機関

令和4年〇月〇日(〇) から 令和4年〇月〇日(〇) まで

7 留意事項

本調査により把握した内容については、県公表値として扱うことを予定しておりますが、は個人を特定できる情報については、施策の検討における基礎資料や市町村等との情報共有以外に使用することは一切ありません。