

## 医療的ケア児支援に伴う施策に係るアンケート実施要領

**1 調査目的**

本県の医療的ケア児及びその家族とした、支援の取組に係るアンケートを実施し、今後の支援施策等に関する基礎資料とするもの。

**2 調査の主体**

岩手県

**3 調査時点**

令和4年〇月〇日

**4 調査対象者**

アンケートの対象者は、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 アンケートについて****(1) 目的**

県内に在住する医療的ケア児及びその家族の現状及びニーズを把握する。

**(2) 調査方法**

ア 下記の医療機関や施設、事業所等の協力をいただき、県障がい保健福祉課から調査依頼文書を送付する。

- (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、市町村立小中学校
- (エ) 市町村
- (オ) 家族団体

※ (2) (ア)、(オ) は郵送により送付し、(3) (イ)、(ウ)、(エ) はメール（市町村立小中学校は市町村教育委員会経由）により送付

イ パソコンやスマートフォンにより、調査対象児又はその保護者が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て回答することを基本とする。記入できない場合は、調査対象児等の意向により、医療機関や施設、事業所等の職員に回答していただくこととする。

**(3) 調査票**

医療的ケア児支援に伴う施策に係るアンケート調査内容のとおり

（裏面に続きます。）

## 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のうち、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。