

[ログイン](#)[利用者登録](#)[申請書ダウンロード](#)[手続き申込](#)[申込内容照会](#)[職責署名検証](#)

手続き申込



手続き説明

この手続きはメールアドレスの確認はございません。
下記の内容を必ずお読みください。

手続き名	医療的ケア児支援に伴う施策に係るアンケート（保護者向け）【令和4年〇月〇日現在】（テスト）
説明	<p>■ 医療的ケア児支援に伴う施策に係るアンケート調査について（保護者向け）</p> <p><調査目的> 令和3年9月18日に医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（医療的ケア児支援法）が施行されたことに伴い、医療的ケア児及びその御家族に対する新たな支援方を検討するために実施するものです。趣旨を御理解のうえ、御協力くださいますようお願いいたします。</p> <p><回答の所要時間の目安> 全41項目、概ね20分程度が目安です。</p> <p><アンケート結果の利用> アンケート結果は回答者個人が特定できない形で集計し、今後の医療的ケア児支援に係る施策を検討する上で参考にします。 なお、集計されたデータについては、上記目的に基づき、下記機関との上表共有にあたり使用させていただく場合を除き、それ以外の目的で使用することは一切ありませんことを申し添えます。 (1) 居住地の市町村の障がい福祉担当課 (2) サービス提供事業所が所在する市町村の障がい福祉担当課 (3) 支援機関となる県内の医療機関及び短期入所事業所等の障害福祉サービス事業所 (4) 支援機関となる県内の保育所等及び小・中・高等学校</p>
受付時期	2021年11月29日21時00分～2021年11月29日22時00分
問い合わせ先	岩手県保健福祉部障がい保健福祉課
電話番号	019-629-5446
FAX番号	019-629-5454
メールアドレス	AD0006@pref.iwate.jp

[<利用規約>](#)

岩手県電子自治体共同運営システム（電子申請サービス）利用規約

1 目的

この規約は、岩手県電子自治体共同運営システム（電子申請サービス）（以下「本システム」といいます。）を利用して岩手県及び岩手県内の市町村（以下「構成団体」といいます。）に対し、インターネットを通じて申請・届出及び講座・イベント申込みを行う場合の手続きについて必要な事項を定めるものです。

2 利用規約の同意

本システムを利用して申請・届出等を行うためには、この規約に同意していただく必要があります。このことを前提に、構成団体は本システムを利用する際に、この規約に同意したものとみなされます。何かの理由によりこの規約に同

「同意する」ボタンをクリックすることにより、この説明に同意いただけただけのものとなります。
登録した情報は当サービス内でのみ利用するものであり、他への転用・開示は一切行いません。

上記をご理解いただけましたら、同意して進んでください。

受付時期は 2021年11月29日21時00分 ~ 2021年11月29日22時00分 です。

「申込む」ボタンを押す時、上記の時間をすぎていると申込ができません。

< 一覧へ戻る

同意する >

お問い合わせ先：

TEL：0120-464-119

（平日 9：00～17：00 年末年始除く）

FAX：06-6455-3268

e-MAIL：help-shinsei-iwate@s-kantan.com



様式管理

プレビュー 医療的ケア児支援に伴う施策に係るアンケート（保護者向け）【令和4年〇月〇日現在】

医療的ケア児支援に伴う施策に係るアンケート（保護者向け）【令和4年〇月〇日現在】

問 1-1 本人の基本情報について (1) 必須

本人の年齢を教えてください。

年齢を選択してください。 ▾

問 1-2 本人の基本情報について (2) 必須

本人の生年月日の記入をお願いします。

 年 月 日**問 1-3 本人の基本情報について (3) 必須**

御本人の性別を教えてください。

 男 女

選択解除

問 1-4 本人の基本情報について (4) 必須

本人の居住市町村を入力してください。

居住市町村を選択してください。 ▾

問 2-1 身体障害者手帳について 必須

身体障害者手帳の所持状況について教えてください。

選択してください ▾

問 2-2 療育手帳について 必須

療育手帳の所持状況について教えてください。

選択してください ▾

問 2-3 小児慢性特定疾病について 必須

小児慢性特定疾病の該当有無について教えてください。

 該当 非該当

選択解除

問 2-4 指定難病について 必須

指定難病の該当有無について教えてください。

- 該当
 非該当

選択解除

問 2-5 特別児童扶養手当について 必須

特別児童扶養手当の受給状況について教えてください。

選択してください ▼

問 3 障害支援区分について 必須

障がい福祉サービス等の利用に係る障害支援区分で、該当するものを選択してください。

選択してください ▼

問 4-1 本人の状態について (1) 必須

本人の姿勢の状態について、該当するものを選択してください。(複数選択可)

- 寝たきり
 自分で座れる
 つかまり立ち
 一人で立てる

問 4-2 本人の状態について (2) 必須

本人の運動機能について、該当するものを選択してください。(複数選択可)

- 移動不可
 寝返り
 ほふく前進
 伝い歩き
 一人で歩ける

問 4-3 本人の状態について (3) 必須

本人の食事時の介助について、該当するものを選択してください。(複数選択可)

- 全面介助
 一部介助
 介助不要

問 4-4 本人の状態について (4) 必須

本人の食形態について、該当するものを選択してください。(複数選択可)

- 経管栄養
- 流動食
- 刻み食
- 普通食

問4-5 本人の状態について(5) 必須

本人の排泄時の介助について、該当するものを選択してください。(複数選択可)

- 全面介助
- 一部介助
- 介助不要

問4-6 本人の状態について(6) 必須

本人の入浴時の介助について、該当するものを選択してください。(複数選択可)

- 全面介助
- 一部介助
- 介助不要

問4-7 本人の状態について(7) 必須

本人の更衣時の介助について、該当するものを選択してください。(複数選択可)

- 全面介助
- 一部介助
- 介助不要

問4-8 本人の状態について(8) 必須

本人の理解の程度について、該当するものを選択してください。(複数選択可)

- 言葉の理解が難しい
- 簡単な言葉を理解できる
- 簡単な色・数を理解できる
- 簡単な文字・数を理解できる
- 簡単な計算ができる
- 問題なし

問4-9 本人の状態について(9) 必須

本人の意思表示の程度について、該当するものを選択してください。(複数選択可)

- はっきりした言葉で意思を伝えることができる
- 言葉による意思表示ができるが、相手に内容が伝わりにくい
- 読み書きができる
- 身振りによるジェスチャーが可能

- 意思表示が困難であるが、他人からの指示を理解できる
- 意思表示が困難かつ他人からの指示を理解できない

問4-10 本人の状態について (10)

その他本人の状態について該当する内容がありましたら、ご記入ください。(自由記載)

入力文字数： 0 / 100

問5 本人の生活場所について 必須

令和4年3月31日現在における、本人が生活している場所について、必要事項をご記入ください。
※「病院・施設」又は「その他」を選択された場合、具体的な名称等のご記入をお願いします。

- 自宅
- 病院・施設

- その他

選択解除

問6-1 同居家族の状況について (1)

本人がお住まいの場所における同居者について、記入をお願いします。(任意)

- 父
- 母
- 兄弟姉妹
- 祖父
- 祖母
- その他

問6-2 同居家族の状況について (2)

本人の主な介護者について、該当する内容を選択してください。(任意 複数選択可)

- 父
- 母
- 兄弟姉妹
- 祖父
- 祖母
- その他

問6-3 同居家族の状況について(3)

(問6-2を回答された方にお伺いします) 問6-2で選択された本人の主な介護者の年齢を記入してください。

問7-1 代わりにケアを行う方について(1)

主な介護者がケアができない場合、どなたに代わりにお願いしていますか。該当するものを選択してください。(複数選択可)

- 家族
- 親戚
- 知人・友人
- ホームヘルパー
- 訪問看護師
- 病院への入院を利用
- 短期入所(ショートステイ)を利用
- 特にない
- その他

問7-2 代わりにケアを行う方について(2) 選択肢の結果によって入力条件が変わります

(問7-1で「特にない」を選択された方にお伺いします) 代わりにケアを依頼できる相手がない理由について、該当するものを選択してください。(複数選択可)

- 地域に依頼できる事業所(ヘルパー、訪問看護等)や医療機関がないため
- 対応が難しく、自分以外ではケアの実施が難しいと考えられるため
- 障害福祉サービスの支給決定がなされていないため
- 経済的負担が大きいため
- その他

問8 本人の日中の居場所について 必須

本人は平日の昼間、どこで過ごすことが多いですか。最も多いと思われるものを選択してください。

- 自宅
- 保育所・認定こども園・幼稚園
- 普通学校(小学校・中学校・高等学校)
- 特別支援学校(小学部・中学部・高等部)
- 障害児通所支援事業所(児童発達支援・放課後等デイ)
- 障害福祉サービス事業所(日中一時支援等)
- その他

問9 医療的ケアの状況について 必須

本人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。（複数選択可）

- 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
- 気管切開
- 鼻咽頭エアウェイ
- 酸素療法
- 吸引（口鼻腔・気管内吸引）
- ネブライザー
- 経管栄養
- 中心静脈カテーテル
- 皮下注射
- 血糖測定
- 継続的な透析
- 導尿
- 排便管理
- 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
- その他の医療的ケア

問10 主治医がいる医療機関について 必須

主治医とその医療機関をご記入ください。

- 主治医

- 医療機関

問11-1 サービス利用について（1） 必須

日常的に利用しているサービスについて、該当するものを選択してください。（複数選択可）

- 居宅介護（ホームヘルプ）
- 行動支援
- 短期入所（ショートステイ）
- 児童発達支援
- 放課後等デイサービス
- 日中一時支援

- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 病院からの往診
- 診療所からの往診
- 病院での理学・作業・言語療法等
- 病院以外での理学・作業・言語療法等
- その他

- 利用していない

問11-2 サービス利用について (2) 必須

もっと利用したいサービスについて、該当するものを選択してください。(複数選択可)

- 居宅介護 (ホームヘルプ)
- 行動援護
- 短期入所 (ショートステイ)
- 児童発達支援
- 放課後等デイサービス
- 日中一時支援
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 病院からの往診
- 診療所からの往診
- 病院での理学・作業・言語療法等
- 病院以外での理学・作業・言語療法等
- その他

- ない

問11-3 サービス利用について (3) 必須

利用したいができていないサービスについて、該当するものを選択してください。(複数選択可)

- 居宅介護 (ホームヘルプ)
- 行動援護
- 短期入所 (ショートステイ)
- 児童発達支援
- 放課後等デイサービス
- 日中一時支援
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 病院からの往診

- 診療所からの往診
- 病院での理学・作業・言語療法等
- 病院以外での理学・作業・言語療法等
- その他

- ない

問12-1 併行通園について（1） 選択肢の結果によって入力条件が変わります

（問11-1で「児童発達支援」「放課後等デイサービス」「日中一時支援」のいずれかを選択され方にお伺いします）本人は保育所、幼稚園、認定こども園及び放課後児童クラブ（以下「保育所等」という。）を利用していますか。該当するものを選択してください。

※「利用している」を選択された場合、利用頻度の記入をお願いします。

- 利用している

- 利用していない

選択解除

問12-2 併行通園について（2） 選択肢の結果によって入力条件が変わります

（問12-1で「利用していない」を選択され方にお伺いします）問11-1で選択されたサービスを利用する中で、保育所等を利用したいと思いませんか。該当するものを選択してください。

※「利用したい」と回答された方はその頻度、「利用したいと思わない」を回答された方はその理由の記入をお願いします。

- 利用したい

- 利用したいと思わない

選択解除

問12-3 併行通園について（3） 選択肢の結果によって入力条件が変わります

（問12-2で「利用したい」を選択され方にお伺いします）これまで保育所等の入園申込みを行った経験はありますか。該当する内容を選択し、その理由を記入してください。

- 入園申込みを行ったが受入に至らなかった

- 入園申込みをしたことがない

選択解除

問12-4 併行通園について（4） 選択肢の結果によって入力条件が変わります

（問11-1で「児童発達支援」「放課後等デイサービス」「日中一時支援」のいずれかを選択され方にお伺いします）現在利用されている障害児通所支援事業所と併行して保育所等に通うこと（以下「併行通園」という。）の効果について、考えられるものを選択してください。（複数選択可）

- 本人の交友関係や経験の幅を広げることができる
- 言語・コミュニケーション能力の発達を促進できる
- 日常生活に関する技術を獲得できる
- 認知能力の発達を促進できる
- 運動能力の発達を促進できる
- その他

- 障害児通所支援事業所の療育機能で十分であり、保育所等を利用する必要はない

問12-5 併行通園について（5） 必須

併行通園について、課題として実感しているものについて、該当するものを選択してください。（複数選択可）

- 通所事業所と保育所等の調整がうまくいかない
- 保育所等の職員にとって医療的ケア児受入に係る不安が大きく、受入を断られる
- 保育所等で医療的ケアを実施できる職員がおらず、受入を断られる
- 保護者による送迎のほかに通園に係る移動手段がない
- その他

- 特になし

問12-6 併行通園について（6） 必須

今後、併行通園の促進について、必要と思われるものを選択してください。（複数選択可）

- 保育所等への通所事業所の職員の付き添いなどによるバックアップ（定期的な情報共有、様子観察など）
- 保育所等における医療的ケアに対応できる人材の充実（看護師など）
- 保育所等における医療的ケア児受入に係るガイドラインの作成
- その他

- 特になし

問13-1 きょうだい児支援について（1） 選択肢の結果によって入力条件が変わります

（問6で同居家族がいると回答された方のうち、重症心身障がい児又は医療的ケア児のきょうだい児が同居している場合にお伺いします）きょうだい児に関して、保護者の視点から実感している困りごとについて、該当するものを選択し、具体的な内容を記入してください。（複数選択可）

- 障がい児がいることによる我慢

- きょうだい児の行動面・心理面への影響

- 障がい児に関するきょうだい児の言動

- きょうだい児の将来に対する不安

きょうだい児支援に係る社会資源の不足

その他

特になし

問13-2 きょうだい児支援について (2)

問15-1で選択された困りごとについて、保護者の立場としてどのような対応をしていますか。該当するものを選択し、具体的な内容を記入してください。(複数選択可)

障がい児を理解させるための対処 (例: きょうだい児に障がい児の特性について説明)

欲求への埋め合わせ (例: きょうだい児のみと外出)

困りごとを切り抜ける対処 (例: 障がい児の体調の急変の場合の応急処置方法を教えておく)

きょうだい児の危機への対処 (例: 学校側の対応への抗議)

保護者自身の気持ちの整理 (例: 専門家から助言を受ける)

きょうだい児への保護者の考えの表明 (例: きょうだい児の将来に対する親の考えを伝える)

周囲に適応するための工夫 (例: きょうだい児の学校や友達へ、障がい児のことを説明)

社会資源の活用 (例: 公的サービスや保護者のネットワークを活用した相談)

その他

問13-3 きょうだい児支援について (3) 選択肢の結果によって入力条件が変わります

(問6で同居家族がいると回答された方のうち、重症心身障がい児又は医療的ケア児のきょうだい児が同居している場合にお伺いします) きょうだい児について必要と思われる支援について、該当するものを選択し、具体的な内容を記入してください。(複数選択可)

保護者及びきょうだい児同士による情報交換や交流等の機会

きょうだい児に関わる時間を確保するための支援

きょうだい児への直接的・精神的支援

きょうだい児の将来の負担の軽減

学校関係者の理解の促進

その他

特になし

閉じる

お問い合わせ先：

TEL：0120-464-119

(平日 9：00～17：00 年末年始除く)

FAX：06-6455-3268

e-MAIL：help-shinsei-iwate@s-kantan.com