

重症心身障害児者及び医療的ケア児者の実態調査の実施について

障害福祉事業課

重症心身障害児者及び医療的ケア児者の地域別の実数や当事者ニーズを把握し、支援体制の充実を図るため、実態調査を実施します。

1 背景

- 医療技術の進展等により、日常的に医療的ケアが必要な児者が増加し、支援の充実が課題となる中、その人数や生活実態が把握できていない。
- H28年に児童福祉法が改正され、医療的ケア児に対する各種支援の連携体制整備(協議の場の設置等)が地方公共団体の努力義務とされた。

2 調査概要

調査目的 県内の重症心身障害児者及び医療的ケア児者の地域年代別の人数や当事者ニーズを把握し、障害福祉施策の検討及び支援体制構築の基礎資料とする。

実施方法 千葉リハビリテーションセンターに委託し実施

調査内容 別添「調査カード」のとおり

各関係機関の長 様

千葉県健康福祉部障害福祉事業課長
(公印省略)

重症心身障害児者及び医療的ケア児者の実態調査への協力をお願い（依頼）

障害福祉の推進について、日頃から格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、県では、重症心身障害児者及び医療的ケア児者について、下記のとおり、標記調査を実施することとしました。本調査は医療・保健・福祉・教育などの関係機関を通じて実施し、重症心身障害児者及び医療的ケア児者の地域年代別の人数や当事者ニーズを把握するために行うものであり、今後の障害福祉施策を検討のための基礎資料等に活用されます。

なお、本調査は、小児等在宅医療連携拠点事業の一環として、社会福祉法人千葉県身体障害者福祉事業団（千葉県千葉リハビリテーションセンター）に委託して行います。

御多用のところ、誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨を御理解の上、配布及び回収に御協力いただきますようお願いいたします。

記

- 1 調査項目等 別添調査依頼書及び調査カードのとおり
- 2 回収した調査票の提出期限 平成 3 0 年 9 月 3 0 日（日）
※ 期限後でも随時提出してください。
- 3 調査責任者 社会福祉法人千葉県身体障害者福祉事業団
千葉県千葉リハビリテーションセンター 愛育園 石井・景山
- 4 問合せ先 社会福祉法人千葉県身体障害者福祉事業団
千葉県千葉リハビリテーションセンター 愛育園 石井・景山
Tel:043-291-1831
千葉県健康福祉部障害福祉事業課 療育支援班 本郷
Tel:043-223-2336

平成 30 年 7 月 25 日

千葉県内 関係各機関 ご担当者 様

『重症心身障害児者及び医療的ケア児者の実態調査』への協力をお願い

千葉県では、『重症心身障害児者』及び『医療的ケア児者』の実態調査を行うこととしました。この調査は、県内の重症心身障害児者及び医療的ケア児者の全数実態調査を行い、地域年代別の人数や当事者ニーズを把握するために行うものであり、今後の障害福祉施策を検討のための基礎資料等に活用されます。

本調査は実数調査を兼ねており、調査から漏れる対象者を極力少なくしたいため、多くの関係機関に【調査カード】を配布しています。一人の対象者に複数の機関から依頼される可能性があります。集計時に名寄せして正確なデータを出すために実名調査とします。重複の可能性があっても【調査カード】の配布をお願いします。

【調査カード】及び提供された情報の管理は千葉県健康福祉部障害福祉事業課の委託により、社会福祉法人千葉県身体障害者福祉事業団(千葉県千葉リハビリテーションセンター)にて行います。

『重症心身障害児者』及び『医療的ケア児者』の調査対象者はそれぞれ以下の条件を満たす者です。

調査カードは共通ですので、どちら(両方の場合もあり)の対象であっても記入してください。

【重症心身障害児者調査の対象者】

1)～3)をすべて満たす平成 30 年 4 月 1 日の時点で 3 歳以上の児者

- 1) 障害の発生が 18 歳未満であること。
2) 運動機能障害が下記の①～③までのいずれかの段階にある。

- ①寝返りができない(寝返り不可)
②寝返りができる(寝返り可)
③座位保持ができる(座位保持可)
④室内をつたい歩きなどで移動できる(裸足での立位可)
⑤歩行が限定的に可能(室内歩行可)
⑥戸外でも介助なく歩ける(戸外歩行可能)

3) 発達指数(発達年齢に対する割合)が 35 以下

発達年齢の目安

- A: 日常生活に関する簡単な言語理解がない: 発達年齢 1 歳未満
B: 日常生活に関する簡単な言語理解はある: 発達年齢 1 歳以上
C: 色や数が少しはわかる: 発達年齢 3 歳半以上
D: 文字・数字が少しはわかる: 発達年齢 6 歳以上

発達指数 35 以下の目安

	A	B	C	D
実年齢 9 歳未満	○	△	×	×
実年齢 9～17 歳	○	○	△	×
実年齢 18 歳以上	○	○	○	×

【医療的ケア児者調査の対象者】

1) と 2) を満たす平成 30 年 4 月 1 日の時点で 1 歳以上の児者

- 1) 障害の発生が 18 歳未満であること。
2) 以下の医療的ケアのいずれかを、毎日いずれかの時間帯に必要とする。
- a. 人工呼吸器
(気管切開を介する呼吸器)
 - b. 非侵襲型人工呼吸器
(マスク式呼吸器)
 - c. 気管切開
 - d. 酸素吸入
 - e. 鼻口腔吸引
 - f. 気管内吸引
 - g. 中心静脈栄養
 - h. 経管栄養
(経鼻、胃瘻、腸瘻、食道瘻など)
 - i. 腹膜透析
 - j. 血液透析
 - k. 定期的な導尿
 - l. 膀胱瘻
 - m. 人工肛門

※裏面の実施手順をご確認ください。

『重症心身障害児者及び医療的ケア児者実態調査』実施手順

1. 千葉リハビリテーションセンターより貴機関へ『調査カード』の送付

- ①貴機関の利用者が「重症心身障害児者」または「医療的ケア児者」に該当するか、表面によりご確認をお願いします。
- ②対象者が、貴機関を利用している場合は、別紙回答票により対象者の数等をFaxにて、平成30年8月10日（金）までに、千葉リハビリテーションセンターまでご回答ください。
送信票は不要です。

Fax 043-291-1853

千葉リハビリテーションセンター療育支援部 電話 043-291-1831（担当景山・森戸・佐藤・永田）

- ③対象者分の『調査カード』、説明文、封筒等を貴機関へ送付します。

2. 貴機関による対象者家族への『調査カード』の配布

- ①対象者ご家族に、実態調査の主旨を簡単にご説明の上、『調査カード』をお渡しください。
 - ②その場でご回答いただき、表面下段の同意書の署名も併せてお願いしてください。
 - ③その場でご回答いただいた『調査カード』を保護者用「料金受取人払郵便」の封筒に入れ封をし、まとめて機関用の封筒にて、別紙1回答送付表を同封の上、平成30年9月30日（日）必着で千葉リハビリテーションセンターまでご送付ください。
 - ④保護者に持ち帰り記載して頂く場合は、「料金受取人払郵便」の封筒をお渡しいただき、平成30年9月30日（日）必着で、投函していただけるようお伝えください。
- ※なお、『調査カード』を記入される方の案内には「提出済みの場合は、再提出不要」の旨記載しておりますので、その旨の申し出があった際は、記入していただく必要はありません。
- ⑤対象者保護者に直接お渡しいただけない場合は、お手数ですが保護者宛てに郵送してください。切手を貼付した封筒を同封しますので、対象者の住所と宛名を記載していただき、ご投函お願いします。
 - ⑥保護者とは3親等までの親族または第3者成年後見人としてください。
- ※③の送付後、回答状況に変動が生じた場合は、別紙1により報告してください。

3. その他

- ①ご不明な点等ありましたら、上記担当者までご連絡ください。
- ②別紙の通り、県内各地で説明会を開催予定です。また、ご希望があれば貴機関での説明会を開催いたしますので、回答票にご記載ください。

お手数をおかけしますが、調査の主旨をご理解いただき、重症心身障害児者及び医療的ケア児者が住み慣れた地域で、安心して充実した生活を送ることができるよう、ご協力をよろしくお願いいたします。

平成30年7月25日

F a x 回答票

043-291-1853

千葉県千葉リハビリテーションセンター
お問合せ 電話 043-291-1831 担当（景山・森戸・佐藤）

重症心身障害児者及び医療的ケア児者の【調査カード】を対象者家族に配布するために必要な、【調査カード】の枚数をお知らせください。

また、直接ご家族に手渡しができない場合は、切手を貼付した封筒も併せて送付させていただきますので、封筒の必要枚数をお知らせ下さい。

説明会開催をご希望の場合は、その旨をご記載ください。後日あらためてご連絡させていただきます。

貴機関名		
住所	〒	
F a x 番号		
電話番号		
ご担当者氏名		
対象者数 ※『重症心身障害児者及び医療的ケア児の実態調査』への協力をお願い参照	・重症心身障害児 名（医療的ケア含む） ・重症心身障害者 名（医療的ケア含む） ・医療的ケア児 名（重症心身障害以外） ・医療的ケア者 名（重症心身障害以外）	
調査カード必要数		枚
切手貼付封筒必要数		枚
貴機関で説明会開催	・希望する ・希望しない	

お手数をおかけしますが、平成 30 年 8 月 10 日(金)までにご回答ください。ご協力よろしくお願いいたします。

回答送付表

送付日：平成30年 月 日

事業所名等：	ご担当者	連絡先

	重症心身障害児 (医療的ケア含む)	重症心身障害者 (医療的ケア含む)	医療的ケア児 (重症心身以外)	医療的ケア者 (重症心身以外)	計
対象者数					0

※対象者数は、重症心身障害児者や医療的ケア児者の可能性がある児者です。

『重症心身障害児者及び医療的ケア児者の実態調査』への協力をお願い参照。

【回答状況】

	重症心身障害児 (医療的ケア含む)	重症心身障害者 (医療的ケア含む)	医療的ケア児 (重症心身以外)	医療的ケア者 (重症心身以外)	計
(A)回答送付数					0
(B)回答不同意数					0
(C)その他 ((イ) + (ロ) + (ハ))	0	0	0	0	0
(イ) 千葉リハへ直接回答					0
(ロ) 他機関で回答					0
(ハ) その他 (状況不明、未配付等)					0
(A) + (B) + (C)	0	0	0	0	0

※ 「(A) + (B) + (C)」が対象数に一致するようにお願いします。

※ (イ) (ロ) (ハ) については、把握している範囲内で御回答いただければ結構ですので、不明でしたら (ハ) のその他を選択してください。

千葉県内の重症心身障害児者及び医療的ケア児者の実態を知るためには、御回答いただいた方以外にもどれだけ対象となる方がいるか把握する必要があります。つきましては、御多用のところ、誠に恐縮ですが、回答に同意いただけなかった方、郵送で直接千葉リハビリテーションセンターに御回答いただいた方等についても、同送付表に御記入いただき、御回答をお願いいたします。

「重症心身障害児者及び医療的ケア児者の実態調査」へのご協力をお願い

拝啓 残暑の候、皆様におかれましては、ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、県では、本年３月に第六次千葉県障害者計画を策定し、どのように重い障害があっても、その人にあった福祉サービスを選択しながら地域の中でその人らしく暮らせるよう、環境の整備に取り組んでいるところです。

こうした取組みを進める中で、重症心身障害のある方や医療的ケアが必要な方、また、その御家族を支えるための福祉サービスの充実が課題となっています。

そこで県では、重症心身障害のある人や医療的ケアが必要な人が、どのような支援を必要としているか把握するため、実態調査を行うこととしました。

この調査は県として初めて行うものであり、調査結果は今後の行政施策のあり方を考えていくうえで重要な基礎資料となるものです。

是非とも御協力くださいますようお願い申し上げます。

敬具

平成３０年８月

千葉県健康福祉部長 横山 正博

※ 裏面の「御記入に際してのお願い」もご一読いただき、調査にお答えください。

「御記入に際してのお願い」

この調査は、県内の重症心身障害児者及び医療的ケア児者の全数実態調査を行い、地域年代別の人数や当事者ニーズを把握するために行うものであり、今後の障害福祉施策を検討のための基礎資料等に活用されます。

今回の調査では調査から漏れる対象者を極力少なくしたいため、多くの関係機関に協力をお願いしており、複数の機関から【調査カード】の記入を依頼される可能性があります。既に提出いただいた場合は、再度提出いただく必要はありません。

【調査カード】については両面とも記入し、【調査カード】表面下段の同意書に署名していただき、同封の封筒に入れて封をし、依頼された機関にご提出ください。またその場で記入できない場合等は、「料金受取人払郵便」封筒ですので、切手を貼らずに平成30年9月30日（日）必着でご投函ください。（【調査カード】は期日が過ぎても、引き続き受け承ります。）

なお、御提供いただいた個人情報には目的外に使用することはありません。また、この調査にご協力いただけても、今後の支援に不利益が生じることはありません。【調査カード】を提出した後、撤回したい時には、同封の同意撤回書に記入し、下記まで郵送して下さい。

『重症心身障害児者』及び『医療的ケア児者』の調査対象者はそれぞれ以下の条件を満たす方です。
【調査カード】は共通ですので、どちら（両方の場合もあり）の対象であっても記入してください。

【重症心身障害児者調査の対象者】

1)～3)をすべて満たす平成30年4月1日の時点で3歳以上の児者

- 1) 障害の発生が18歳未満であること。
2) 運動機能障害が下記の①～③までのいずれかの段階にある。

- ①寝返りができない（寝返り不可）
②寝返りができる（寝返り可）
③座位保持ができる（座位保持可）
④室内をつたい歩きなどで移動できる（裸足での立位可）
⑤歩行が限定的に可能（室内歩行可）
⑥戸外でも介助なく歩ける（戸外歩行可能）

- 3) 発達指数（発達年齢に対する割合）が35以下

発達年齢の目安

A：日常生活に関する簡単な言語理解がない：発達年齢1歳未満

B：日常生活に関する簡単な言語理解はある：発達年齢1歳以上

C：色や数が少しはわかる：発達年齢3歳半以上

D：文字・数字が、少しはわかる：発達年齢6歳以上

発達指数35以下の目安

	A	B	C	D
実年齢9歳未満	○	△	×	×
実年齢9～17歳	○	○	△	×
実年齢18歳以上	○	○	○	×

【医療的ケア児者調査の対象者】

1)と2)を満たす平成30年4月1日の時点で1歳以上の児者

- 1) 障害の発生が18歳未満であること。
2) 以下の医療的ケアのいずれかを、毎日いずれかの時間帯に必要とする。
a. 人工呼吸器
（気管切開を介する呼吸器）
b. 非侵襲型人工呼吸器
（マスク式呼吸器）
c. 気管切開
d. 酸素吸入
e. 鼻口腔吸引
f. 気管内吸引
g. 中心静脈栄養
h. 経管栄養
（経鼻、胃瘻、腸瘻など）
i. 腹膜透析
j. 血液透析
k. 定期的な導尿
l. 膀胱瘻
m. 人工肛門

※本調査は、千葉県健康福祉部障害福祉事業課より委託を受けた社会福祉法人千葉県身体障害者福祉事業団（千葉県千葉リハビリテーションセンター）が行っております。

【問い合わせ先】 〒266-0005 千葉市緑区誉田町 1-45-2

千葉リハビリテーションセンター愛育園 石井 光子 Tel:043-291-1831

調査カード

資料 8

該当する調査に○を付けて下さい ⇒ 1 重症心身障害児者 2 医療的ケア児者

氏名(フリガナ)		()	性別	男・女
生年月日	昭和・平成	年	月	日
		障害や病気の発症年齢 a. 出生時 b. 歳		
住所	〒 -			
運動機能障害の段階 (該当番号に○を付けてください)		発達指数 (判明している場合のみ記入) DQ:		
① 寝返りができない (寝返り不可)		発達段階 (該当アルファベットに○を付けてください)		
② 寝返りができる (寝返り可)		A 日常生活に関する簡単な言語理解がない		
③ 座位保持ができる (自力での座位保持可)		B 日常生活に関する簡単な言語理解はある		
④ 室内をつたい歩きなどで移動できる。 (裸足での立位可)		C 色や数が少しはわかる		
⑤ 歩行が限定的に可能 (室内歩行可)		D 文字・数字が少しはわかる		
⑥ 戸外でも介助なく歩ける (戸外歩行可)		E おつりの計算ができる		
かかりつけ医療機関/ 利用している訪問看護ステーション		手帳の取得状況 [身体・療育・精神・なし]		
		相談支援事業所 ・ なし		
		利用中の福祉サービス事業所		
現在の生活拠点 [在宅・施設・病院]		就学状況 [通常学級・特別支援学級・特別支援学校・訪問教育・院内学級]		
日常的に必要な医療的ケアがあれば記入してください (該当アルファベットに○を付けてください)				
a. 人工呼吸器 (気管切開を介する呼吸器) b. 非侵襲型人工呼吸器 (マスク式呼吸器) c. 気管切開				
d. 酸素吸入 e. 鼻口腔吸引 f. 気管内吸引 g. 中心静脈栄養 h. 経管栄養 (経鼻、胃瘻、腸瘻など)				
i. 腹膜透析 j. 血液透析 k. 定期的な導尿 l. 膀胱瘻 m. 人工肛門				

裏面のアンケート調査にもご記入をお願いします。

千葉県健康福祉部障害福祉事業課長 様

千葉県による重症心身障害児者及び医療的ケア児者の実態調査に協力し、個人情報を提供することに同意します。

平成 年 月 日

本人氏名

代諾者住所

代諾者氏名

※ 調査カードを提出した後に、同意を撤回することも可能です。

同意を撤回したい場合は、同封の「同意撤回書」を記入し、郵送してください。

1. 次のサービスのうち、「利用希望があるが利用できない」サービスに○をつけて下さい。

また、そのサービスごとに利用できない理由を下から選択し、該当する番号に○をつけてください。

サービス名	理由（複数回答可）
A：在宅訪問医療（診療所）	1 2 3 4 5 6 その他()
B：入院可能な専門医療機関（病院）	1 2 3 4 5 6 その他()
C：成人期になっても入院可能な医療機関（病院）	1 2 3 4 5 6 その他()
D：歯科診療	1 2 3 4 5 6 その他()
E：訪問歯科	1 2 3 4 5 6 その他()
F：病院でのリハビリ	1 2 3 4 5 6 その他()
G：訪問看護	1 2 3 4 5 6 その他()
H：訪問リハビリ	1 2 3 4 5 6 その他()
I：訪問薬局	1 2 3 4 5 6 その他()
J：医療施設でのレスパイト入院	1 2 3 4 5 6 その他()
K：居宅介護（ヘルパー）	1 2 3 4 5 6 その他()
L：移動支援（ヘルパー）	1 2 3 4 5 6 その他()
M：訪問入浴	1 2 3 4 5 6 その他()
N：単独通園(預かり)療育施設（児童発達支援等）	1 2 3 4 5 6 その他()
O：親子通園療育施設（児童発達支援等）	1 2 3 4 5 6 その他()
P：保育所や幼稚園での障害児保育	1 2 3 4 5 6 その他()
Q：放課後デイサービス	1 2 3 4 5 6 その他()
R：特別支援学校での医療的ケア対応	1 2 3 4 5 6 その他()
S：学校卒業後の通所（生活介護・就労継続B等）	1 2 3 4 5 6 その他()
T：入所施設（医療型障害児入所施設・療養介護）	1 2 3 4 5 6 その他()
U：施設での短期入所	1 2 3 4 5 6 その他()
V：グループホーム	1 2 3 4 5 6 その他()
W：計画相談・障害児相談支援（相談支援専門員）	1 2 3 4 5 6 その他()
X：福祉タクシー	1 2 3 4 5 6 その他()

理由

- 1 入院・入所中のため 2 本人が望まないため 3 施設等がない／定員に空きがないため
 4 医療的ケアに対応していないため 5 子どもの体調・症状等により預けることが不安なため
 6 希望するサービスの利用可能条件でないため

2. あなたが今困っていること、あるいは将来不安に思っていることを自由にお書き下さい。

同意撤回書

資料8

千葉県健康福祉部障害福祉事業課長 様

私は、平成 年 月 日に調査の協力について主旨を理解し同意しましたが、この協力への同意を撤回したく、ここに同意撤回書を提出します。

本人氏名

代諾者氏名

御署名日 平成 年 月 日

この協力に関する同意は撤回されたことを確認します。

千葉県健康福祉部障害福祉事業課担当者

千葉リハビリテーションセンター担当者