

【北九州市 実施】

在宅で生活している医療的ケアが必要なお子さんの支援に関するニーズ把握調査

【調査へのご協力のお願い】

この調査は、市内で在宅生活を送っておられる、医療的ケアを必要とされているお子さんとその家族を対象に、これからの北九州市の障害福祉施策の充実のために行うものです。ご協力いただきますようお願いいたします。

令和7年7月 北九州市

目的① 医療的ケアを必要とするお子さんの状況を把握します

北九州市では、令和元年度から、災害時支援の検討や就学に向けた支援体制の準備等に生かすため、医療的ケアを必要とするお子さんについて、氏名やご住所、必要な医療的ケアの情報（「基本情報」といいます）について調査を行ってきました。今回、最新の情報とするために改めて調査を行います。

目的② ニーズ調査(困っていること、支援を必要としていることの把握)

北九州市内に住む医療的ケアを必要とするお子さんやそのご家族が、どのようなことに困っておられ、どのような支援を必要としておられるのか、把握したいと考えています。

お答えいただいた内容については、市において個人情報の取扱い・管理について十分に留意いたします。また、市において調査結果をまとめ、市の政策立案や、北九州地域医療的ケア児支援協議会(※)での協議において使用させていただきます。その際には、個人が特定されないこととします。

※北九州地域医療的ケア児支援協議会では、医療的なケアや配慮が必要な子どもに関する諸課題について、様々な職種(病院、小児科医、訪問看護ステーション、相談支援事業所、保育・教育機関等)と連携しながら検証し、地域課題やご家族が抱える個別課題の解決を図っています。

【お問い合わせ先】

北九州市 保健福祉局 障害福祉部 障害者支援課 障害福祉サービス係
〒803-8501 北九州市小倉北区城内1-1

電 話:582-2424 FAX:582-2425

(午前8時30分から午後5時15分まで、土日・祝日は除く)

【調査の対象】

- 令和7年7月1日現在、北九州市内で在宅生活を送っている、0歳から18歳までの医療的ケア(※)を必要とするお子さん

※今回調査の対象としている医療的ケアとは、日常生活を行う上で必要となる、たんの吸引や経管栄養、人工呼吸器の装着等を指します。

【回答方法について】

- 医療的ケアを必要とするお子さんの介護を行っている方が回答してください。
- 回答は、インターネットから行うことができます。

右の二次元コードをスマートフォンで読み取る場合 ⇒
URL を直接入力する場合 ↓



<https://ttzk.graffer.jp/city-kitakyushu/smart-apply/surveys/6553539066722140324>

- 調査票用紙にご記入いただき、郵送でご提出いただくこともできます。

郵送の場合には、同封の返信用封筒に調査票用紙を入れて、最寄の郵便ポストに投函してください。※ 郵送の場合は、大変恐れ入りますが切手を貼付して下さい。

インターネットでも郵送でも、回答は8月22日(金)までにお願いします。

【調査項目について】

大きく分けて、以下の項目についてお尋ねします。

- 1 お子さんについて
- 2 ご家族等について
- 3 サービスの利用について
- 4 医療的ケア児コーディネーターについて
- 5 その他(ご意見、ご要望など)

今回掲載していない「災害時の備え」や「就学に関すること」などのテーマについて
今後もお尋ねしていくことを検討しています。その際はぜひご協力をお願いいたします。

調査への同意について

本調査で記載していただいた情報や利用されているサービスの状況などを行政上の基礎資料（災害時の支援や就学援助など）とすることに賛同いただきますよう、次の同意欄に署名をお願いします。

なお、個人情報を含む情報を行政以外の機関と共有する必要がある場合には、別途ご相談します。

【同意欄】

調査対象児の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先、障害の状況（障害種別や医療的ケアの内容等）、障害者総合支援法及び児童福祉法に基づくサービスの利用状況を行政上の基礎資料としていただいて構いません。

令和 年 月 日

署名 （調査対象児との続柄： ）

（行政からの情報提供を送付することがあります。）

連絡先 電 話：

メール：

①下記調査項目について、詳しい内容を医療関係者に直接確認することへの同意

同意する

同意しない

②下記調査項目について、医療的ケア児コーディネーターと情報を共有することへの同意

同意する

同意しない

※医療的ケア児コーディネーターは、医療的ケア児やその家族を支援するため、相談業務の他、必要に応じて保健、医療、福祉、子育て、教育等の必要なサービスを調整し、サービスの紹介や関係機関へのつなぎ等を行います。

詳しくは、北九州市保健福祉局障害者支援課（電話 093-582-2424）へお尋ねください。

1 お子さんについて

※ 以前ご回答いただきました項目もありますが、最新の情報とするため、改めてお尋ねするものです。(1 ページ目の「目的①」をご参照下さい。)

問1 医療的ケアを必要とするお子さんについて

(1) 氏名 _____

(2) 生年月日 _____ 平成 ・ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(3) 居住地 _____ 北九州市 _____ 区 _____

(4) 主たる疾患名 _____

問2 医療的ケアの状況について

(1) かかりつけの医療機関等について記入してください。(利用がない場合、該当する解答欄は空欄としてください。)

① かかりつけ医療機関名： _____

担当医： _____ か月に _____ 日通院 / 訪問 _____ 日

上記以外の医療機関名： _____

担当医： _____ か月に _____ 日通院 / 訪問 _____ 日

② 訪問診療 ☐ かかりつけ医と同じ

☐ かかりつけ医と異なる ⇒ 下記に記入してください

(医療機関名： _____ か月に _____ 日)

③ 訪問看護 (事業所名： _____ 月 ・ 週 _____ 日)

(事業所名： _____ 月 ・ 週 _____ 日)

④ 訪問リハビリ (事業所名： _____ 月 ・ 週 _____ 日)

⑤ 訪問歯科 (医療機関名： _____ 月 ・ 週 _____ 日)

⑥ 入浴サービス (事業所名： _____ 月 ・ 週 _____ 日)

⑦ 薬局による薬の宅配 (事業所名： _____ 月 ・ 週 _____ 日)

(2) 必要な医療的ケアに○をつけてください。

(わかる範囲内で記入してください。○はいくつでも。)

ア. 人工呼吸管理 気管切開 ・ マスク

常時 ・ 夜間のみ ・ 必要時 (体調不良時など)

イ. 在宅酸素療法 常時 ・ 夜間のみ ・ 必要時 (体調不良時など)

ウ. 気管切開のみ

エ. 気管内や口腔内のたん吸引

オ. 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう等)

カ. 上記以外の医療的ケア ()

キ. 現在は、上記に当てはまる医療的ケアを受けていない

問3 福祉サービス等の利用状況について

(1) 現在利用しているサービスに○をつけ、利用状況を記入してください。

また、差し支えなければ、利用している事業所等の名称を記入してください。

ア. 居宅介護 (ホームヘルプ)

(月 ・ 週 日、事業所：)

イ. 重度訪問介護 (月 ・ 週 日、事業所：)

ウ. ① 短期入所 (宿泊を伴わないもの)

(月 ・ 週 日、事業所：)

② 短期入所 (宿泊を伴うもの)

(月 ・ 週 日、事業所：)

エ. 児童発達支援 (月 ・ 週 日、事業所：)

オ. 居宅訪問型児童発達支援

(月 ・ 週 日、事業所：)

カ. 放課後等デイサービス

(月 ・ 週 日、事業所：)

キ. 保育所等訪問支援 (月 ・ 週 日、事業所：)

ク. 障害児相談支援 (事業所：)

- ケ. 移動支援 (月 ・ 週 日、事業所：)
- コ. 上記以外のサービスを利用している (サービス名：)
(月 ・ 週 日、事業所：)
- サ. 分からない・回答しない

2 ご家族等について

※ ここからは、今回新たにお尋ねするものです。(1 ページ目の「目的②」をご参照下さい。)

問4 医療的ケアが必要なお子さんの家族（介護者）の状況について

(1) 主な介護者に○をつけてください。

- ア. 父
- イ. 母
- ウ. 兄弟姉妹
- エ. 祖父
- オ. 祖母
- カ. その他 ()

(2) 主な介護者の健康状態についてお尋ねします。当てはまるものに○をつけてください。

- ア. 良好
- イ. あまり良好ではない (通院するほどではない)
- ウ. 良好ではないため通院中
- エ. あまり良好ではなく通院したいが、医療的ケアが必要なお子さんの介護のため
通院できない
- オ. あまり良好ではなく通院したいが、医療的ケアが必要なお子さんの介護以外の
理由のため通院できない
- カ. その他

(3) 主な介護者の睡眠時間についてお尋ねします。当てはまるものに○をつけてください。

※ 1日平均何時間程度熟睡できていると感じているかを回答してください。

- ア. ほとんど睡眠を取れない
- イ. 3時間未満
- ウ. 3時間以上4時間未満
- エ. 4時間以上5時間未満
- オ. 5時間以上6時間未満
- カ. 6時間以上8時間未満
- キ. 8時間以上
- ク. その他

(4) 医療的ケアが必要なお子さんの介護を代わってもらえる時間ができた場合、何に時間を使いたいと思っていますか。あてはまるものに○をつけてください。(○はいくつでも。)

- ア. 心身を休めたい
- イ. 余暇を取りたい
- ウ. 自分の用事(美容院、買物等)を済ませたい
- エ. 医療的ケア児の兄弟姉妹との時間を持ちたい
- オ. 仕事
- カ. 仕事や資格取得のための勉強をしたい
- キ. 家族の病気の看護
- ク. その他 ()

問5 地域とのつながりについて

(1) 住んでいる地域の中で、普段から繋がりがあるなどの関係性があり、困ったことがあるときに支援してくれそうな方はいますか。○をつけてください。(○はいくつでも。)

- ア. 近隣住人
- イ. 知人・友人
- ウ. 民生委員

エ. 自治会・町内会の人

オ. いない

カ. その他（ ）

3 サービスの利用について

問6 医療的ケアが必要なお子さんが現在利用しているサービスの状況について

(1) 現在利用している医療・福祉サービスのうち、利用に当たって困っていることがあれば記入してください。(3つまで。) また、その理由について記入してください。

【医療・福祉サービスの例】

訪問診療、訪問看護（医療的ケア児レスパイト事業を除く）、訪問歯科、訪問リハビリ、訪問薬局、居宅介護（ホームヘルプ）、重度訪問介護、児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、障害児相談支援、移動支援 等

※短期入所（ショートステイ）及び医療的ケア児レスパイト事業については、次の（2）、（3）でお尋ねしています。

利用に当たって困っているサービス	その理由
①	
②	
③	

(2) 短期入所（ショートステイ）について、利用に当たって困っていること又は利用しておらず、その原因となっていることに○をつけてください。(○はいくつでも。)

※短期入所(ショートステイ)では、在宅の障害児(者)の介護を行う家族の負担軽減を図るために、短期間、施設(短期入所事業所)で介護を行います。

詳しくは、お住まいの区役所保健福祉課高齢者・障害者相談係へお尋ねください。

ア. 医療的ケア児が利用できる事業所が少ない

イ. なかなか希望する日時に利用できない（別の日時に利用調整している）

- ウ．サービスの支給量が十分ではない
- エ．医療的ケアに対応できる職員が少ない
- オ．利用可能な日数（回数）が少ない
- カ．利用可能な時間が十分ではない
- キ．利用料が高い
- ク．サービスの利用方法等がよく分からない（相談できる人がいない）
- ケ．サービスの利用手続きが難しい・手間がかかる
- コ．困っていることはない
- サ．これまでに利用したことがない
- シ．その他（ ）

(3) 医療的ケア児レスパイト事業について、利用に当たって困っていること又は利用しておらず、その原因となっていることに○をつけてください。（○はいくつでも。）

※医療的ケア児レスパイト事業では、在宅の医療的ケア児の看護や介護を行う家族の負担軽減を図るために、訪問看護ステーションを利用する家族に対してその費用の一部を助成しています。詳しくは、北九州市保健福祉局障害者支援課(電話 093-582-2424)へお尋ねください。

- ア．医療的ケア児が利用できる事業所が少ない
- イ．なかなか希望する日時に利用できない（別の日時に利用調整している）
- ウ．サービスの支給量が十分ではない
- エ．医療的ケアに対応できる職員が少ない
- オ．利用可能な日数（回数）が少ない
- カ．利用可能な時間が十分ではない
- キ．利用料が高い
- ク．サービスの利用方法等がよく分からない（相談できる人がいない）
- ケ．サービスの利用手続きが難しい・手間がかかる
- コ．これまでに医療的ケア児レスパイト事業について説明を受けたことがない
- サ．困っていることはない

シ. これまでに利用したことがない

ス. その他（ ）

(4) 医療的ケア児レスパイト事業について、上記(3)で「オ. 利用可能な日数(回数)が少ない」と回答した方にお尋ねします。希望する利用日数(回数)について最も近いものについて教えてください。

ア. 月1～2回くらい

イ. 週1～2回くらい

ウ. 週3～4回くらい

エ. 週5～6回くらい

オ. 毎日

カ. その他（ ）

(5) 医療的ケア児レスパイト事業について、上記(3)で「カ. 利用可能な時間が十分ではない」と回答した方にお尋ねします。希望する利用可能時間に最も近いものについて教えてください。

ア. 週30分～1時間未満(ひと月に合計2～3時間程度)

イ. 週1時間(ひと月に合計4～5時間程度)

ウ. 週2～3時間程度(ひと月に合計8～15時間程度)

エ. 週4～5時間程度(ひと月に合計16～25時間程度)

オ. 週6～7時間程度(ひと月に合計26時間～35時間程度)

カ. 週8時間程度(ひと月に合計36～40時間程度)

キ. その他（ ）

(6) 希望はあるが、現在利用できていないサービスがあれば記入してください。(3つまで。) また、その理由について記入してください。

※医療・福祉サービスの例

訪問診療、訪問看護、医療的ケア児レスパイト事業、訪問歯科、訪問リハビリ、訪問薬局、居宅介護（ホームヘルプ）、重度訪問介護、短期入所（ショートステイ）、児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、障害児相談支援、移動支援 等

希望があるが利用できていないサービス	その理由
①	
②	
③	

4 医療的ケア児コーディネーターについて

問7 医療的ケア児コーディネーターについて

(1) 北九州市の医療的ケア児コーディネーターを知っていましたか。○をつけてください。

ア. 知っていた

イ. 知らなかった

※医療的ケア児コーディネーターは、医療的ケア児やその家族を支援するため、相談業務の他、必要に応じて保健、医療、福祉、子育て、教育等の必要なサービスを調整し、サービスの紹介や関係機関へのつなぎ等を行います。

詳しくは、北九州市保健福祉局障害者支援課(電話 093-582-2424)へお尋ねください。

(2) 上記(1)で「ア 知っている」と回答した方にお尋ねします。実際に利用(相談)したことがありますか。○をつけてください。

ア. 利用したことがある

イ. 利用したことはない

(3) 医療的ケア児コーディネーターに期待すること・求めることはどんなことですか。○をつけてください。(○はいくつでも。)

ア. 福祉サービスの利用に関して相談できること

イ. 医療的ケア児の子育ての悩みに関して相談できること

ウ. 医療的ケアの方法等に関して相談できること

エ. 保育所・幼稚園の利用に関して相談できること

オ. 就学について相談できること

カ. 相談窓口の紹介・つなぎ

キ. 何気ない話をゆっくり聞いてもらいたい

ク. 特にない

ケ. その他 ()

5 その他(ご意見、ご要望など)

行政へのご意見・ご要望などがあれば、ご自由にお書きください。

皆様の生の声を医療的ケア児及びそのご家族・介護者の支援に役立てたいと考えています。
どんなことでも構いませんのでご意見をお待ちしております。

今回のお尋ねは以上です。ご協力ありがとうございました。

今回掲載していない「災害時の備え」や「就学に関すること」などの
テーマについて、今後もお尋ねしていくことを検討しています。
その際はぜひご協力をお願いいたします。