

(検証環境) 品川区電子申請サービス

プレビュー 医療的ケア者に関する実態調査

医療的ケア者に関する実態調査

1. 医療的ケア者ご本人の年齢を記入してください（令和7年3月31日時点でお答えください。）

歳

2. お住いの地区を選択してください

荏原
大井
大崎
勝島
上大崎
北品川
小山
小山台
戸越
中延
西大井
西五反田
西品川
西中延
旗の台
東大井
東五反田
東品川
東中延
東八潮
平塚
広町
二葉
南大井
南品川
八潮
豊町

3-1. 身体障害者手帳について該当する項目にチェックをつけてください。

- ☒ なし
- ☐ 1級
- ☐ 2級
- ☐ 3度
- ☐ 4級
- ☐ 5級
- ☐ 6級
- ☐ 7級

選択解除

3-2. 愛の手帳について該当する項目にチェックをつけてください。

- ☒ なし
☐ 1度
☐ 2度
☐ 3度
☐ 4度

選択解除

3-3. 精神障害者保健福祉手帳について該当する項目にチェックをつけてください。

- ☒ なし
☐ 1級
☐ 2級
☐ 3度

選択解除

3-4. 手帳を申請中の場合は、申請している項目にチェックをつけてください。）（複数選択可）を選択してください。

- ☐ 身体障害者手帳
☐ 愛の手帳
☐ 精神障害者保健福祉手帳

3-5. 指定難病について該当する項目にチェックをつけてください

- ☒ なし
☐ あり（下記に名称を記入してください）

- ☐ 申請中（下記に名称を記入してください）

選択解除

3-6. 介護保険 該当する要介護度にチェックをつけてください。

- ☒ なし
☐ 要支援1
☐ 要支援2
☐ 要介護1
☐ 要介護2
☐ 要介護3
☐ 要介護4
☐ 要介護5
☐ 申請中

☐ 不明

選択解除

4. 医療的ケアの種類について該当する項目にチェックをつけてください。（複数選択可）

- ☐ 人工呼吸器
- ☐ 気管切開
- ☐ 鼻咽喉頭エアウェイ
- ☐ 酸素療法
- ☐ 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
- ☐ 痙攣時の座薬挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等
- ☐ その他（内容を記入してください）

5. 現在ご利用中のサービスの項目にチェックをつけてください。（複数選択可）

- ☐ 居宅介護
- ☐ 重度訪問介護
- ☐ 同行援護
- ☐ 行動援護
- ☐ 重度障害者等包括支援
- ☐ 短期入所
- ☐ 療養介護
- ☐ 生活介護
- ☐ 施設入所支援
- ☐ 自立生活援助
- ☐ 共同生活援助
- ☐ 自立訓練（機能訓練）
- ☐ 自立訓練（生活訓練）
- ☐ 就労移行支援
- ☐ 就労継続支援（A型）
- ☐ 就労継続支援（B型）
- ☐ 就労定着支援
- ☐ 地域移行支援
- ☐ 地域定着支援

- ☐ 計画相談支援
- ☐ 移動支援
- ☐ 訪問診療
- ☐ 訪問看護
- ☐ 訪問歯科
- ☐ 訪問リハビリ
- ☐ 訪問薬局
- ☐ 巡回入浴
- ☐ 在宅レスパイト
- ☐ 医療ショートステイ事業
- ☐ 利用していない
- ☐ 介護保険サービス（内容を記入してください）

- ☐ その他（内容を記入してください）

6. ご本人が足りないと思うサービスの項目にチェックをつけてください。（複数選択可）

- ☐ 居宅介護
- ☐ 重度訪問介護
- ☐ 同行支援
- ☐ 行動支援
- ☐ 重度障害者等包括支援
- ☐ 短期入所
- ☐ 療養介護
- ☐ 生活介護
- ☐ 施設入所支援
- ☐ 自立生活援助
- ☐ 共同生活援助
- ☐ 自立訓練（機能訓練）
- ☐ 自立訓練（生活訓練）
- ☐ 就労移行支援
- ☐ 就労継続支援（A型）
- ☐ 就労継続支援（B型）
- ☐ 就労定着支援
- ☐ 地域移行支援
- ☐ 地域定着支援
- ☐ 計画相談支援
- ☐ 移動支援
- ☐ 訪問診療
- ☐ 訪問看護
- ☐ 訪問歯科

- ☐ 訪問リハビリ
- ☐ 訪問薬局
- ☐ 巡回入浴
- ☐ 在宅レスパイト
- ☐ 医療ショートステイ事業
- ☐ 特になし
- ☐ 介護保険サービス（内容を記入してください）

- ☐ その他（内容を記入してください）

7. ご本人が生活するうえで、困りごとや不安に感じる項目にチェックをつけてください。 （複数選択可）

- ☐ サービスを利用しているが、回数が十分ではない
- ☐ サービスを利用しているが、質が十分ではない
- ☐ 利用したいサービスの受入条件が折り合わず、サービスを利用できない
- ☐ 利用したいサービスを行う施設が近くになく、サービスを利用できない
- ☐ 孤立していると感じる
- ☐ 外出ができない
- ☐ 将来への見通しがたてられない
- ☐ 特になし
- ☐ その他（内容を記入してください）

8. ご家族が生活するうえで、困りごとや不安に感じる項目にチェックをつけてください。 （複数選択可）

- ☐ 近くに頼れる人がいない
- ☐ 世話をし続けることができるか不安だ
- ☐ 仕事を続けられない
- ☐ 自分の時間が取れない
- ☐ 孤立していると感じる
- ☐ 自分の体調管理ができない
- ☐ 睡眠不足である
- ☐ 外出ができない
- ☐ 将来への見通しがたてられない
- ☐ 特になし
- ☐ その他（内容を記入してください）

9. ご家族が悩みを相談できる人・場所で該当する項目にチェックをつけてください。（複数選択可）

- ☐ 相談支援事業所
- ☐ 通所事業所
- ☐ 訪問介護事業所
- ☐ 訪問看護事業所
- ☐ 医療機関
- ☐ 家族・親戚
- ☐ 友人・職場の同僚
- ☐ 当事者団体・家族会
- ☐ 医療的ケア児等コーディネーター
- ☐ 民生委員
- ☐ 区役所（課名を記入してください）

- ☐ 相談先がない
- ☐ その他（内容を記入してください）

10. サービスや制度等の情報の入手方法について該当する項目にチェックをつけてください。（複数選択可）

- ☐ 相談支援事業所
- ☐ 通所事業所
- ☐ 訪問介護事業所
- ☐ 訪問看護事業所
- ☐ 医療機関
- ☐ 家族・親戚
- ☐ 友人・職場の同僚
- ☐ 当事者団体・家族会
- ☐ 医療的ケア児等コーディネーター
- ☐ 民生委員
- ☐ 区役所窓口
- ☐ 区ホームページ
- ☐ 事業所紹介ガイドブック
- ☐ インターネットで検索
- ☐ 入手先がない
- ☐ 利用していない
- ☐ その他（内容を記入してください）

11. ご要望等がありましたら、ご自由にお書きください。

入力文字数： 0/ 500

閉じる

●●●各手続きの内容に関するお問い合わせ先●●●
直接各手続きの担当課にお問い合わせください。

●●●操作に関するお問合せ先（コールセンター）●●●
【重要】手続き内容に関するお問い合わせには対応できません。事前にFAQをご確認ください。
固定電話：0120-464-119（フリーダイヤル）
携帯電話：0570-041-001（有料）
（平日 9：00から17：00 年末年始除く）
FAX：06-6455-3268
E-mail：help-shinsei-shinagawa@apply.etumo.jp

(検証環境) 品川区電子申請サービス

プレビュー 医療的ケア児に関する実態調査

医療的ケア児に関する実態調査

1. 医療的ケア児ご本人の年齢を記入してください（令和7年3月31日時点でお答えください。）

歳

2. お住いの地区にチェックをつけてください。

荏原
大井
大崎
勝島
上大崎
北品川
小山
小山台
戸越
中延
西大井
西五反田
西品川
西中延
旗の台
東大井
東五反田
東品川
東中延
東八潮
平塚
広町
二葉
南大井
南品川
八潮
豊町

3-1. 身体障害者手帳について該当する項目にチェックをつけてください。

- ☒ なし
- ☐ 1級
- ☐ 2級
- ☐ 3度
- ☐ 4級
- ☐ 5級
- ☐ 6級
- ☐ 7級

選択解除

3-2. 愛の手帳について該当する項目にチェックをつけてください。

- ☒ なし
☐ 1度
☐ 2度
☐ 3度
☐ 4度

選択解除

3-3. 精神障害者保健福祉手帳について該当する項目にチェックをつけてください。

- ☒ なし
☐ 1級
☐ 2級
☐ 3度

選択解除

3-4. 手帳を申請中の場合は、申請している項目にチェックをしてください（複数選択可）

- ☐ 身体障害者手帳
☐ 愛の手帳
☐ 精神障害者保健福祉

3-5. 指定難病・小児慢性特定疾病について該当する項目にチェックをつけてください

- ☒ なし
☐ あり（名称を記入してください）

- ☐ 申請中（名称を記入してください）

選択解除

4. 医療的ケアの種類について該当する項目にチェックをつけてください。（複数選択可）

- ☐ 人工呼吸器
☐ 気管切開
☐ 鼻咽喉頭エアウェイ
☐ 酸素療法
☐ 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
- ☐ 痙攣時の座薬挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等
- ☐ その他（内容を記入してください）

5. 現在ご利用中のサービスの項目にチェックをつけてください。（複数選択可）

- ☐ 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
- ☐ 日中一時支援
- ☐ 短期入所
- ☐ 移動支援
- ☐ 障害児相談支援
- ☐ 居宅介護
- ☐ 在宅レスパイト
- ☐ 訪問診療
- ☐ 訪問看護
- ☐ 訪問歯科
- ☐ 訪問リハビリ
- ☐ 訪問薬局
- ☐ 巡回入浴
- ☐ 利用していない
- ☐ その他（内容を記入してください）

6. ご家族が足りないと思うサービスの項目にチェックをつけてください。（複数選択可）

- ☐ 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
- ☐ 日中一時支援
- ☐ 短期入所
- ☐ 移動支援
- ☐ 障害児相談支援
- ☐ 居宅介護
- ☐ 在宅レスパイト
- ☐ 訪問診療
- ☐ 訪問看護
- ☐ 訪問歯科

- ☐ 訪問リハビリ
- ☐ 訪問薬局
- ☐ 巡回入浴
- ☐ 特になし
- ☐ その他（内容を記入してください）

7. ご本人が生活するうえで、困りごとや不安に感じる項目にチェックをつけてください。（複数選択可）

- ☐ サービス利用日数が足りない
- ☐ 利用したいサービスがない
- ☐ 外出できない
- ☐ 保育園・幼稚園・学校へ行けない
- ☐ 児童発達支援・放課後等デイサービスへ行けない
- ☐ 特になし
- ☐ その他（内容を記入してください）

8. ご家族が生活するうえで、困りごとや不安に感じる項目にチェックをつけてください。（複数選択可）

- ☐ 近くに頼れる人がいない
- ☐ 世話をし続けることができるか不安だ
- ☐ 仕事を続けられない
- ☐ 兄弟姉妹と過ごす時間が少ない
- ☐ 自分の時間が取れない
- ☐ 孤立していると感じる
- ☐ 自分の体調管理ができない
- ☐ 睡眠不足である
- ☐ 外出ができない
- ☐ 特になし
- ☐ その他（内容を記入してください）

9. ご家族が悩みを相談できる人・場所で該当する項目にチェックをつけてください。（複数選択可）

- ☐ 児童発達支援センター
- ☐ 相談支援事業所
- ☐ 通所事業所
- ☐ 訪問介護事業所
- ☐ 訪問看護事業所

- ☐ 医療機関
- ☐ 保育園・幼稚園・学校
- ☐ 家族・親戚
- ☐ 友人・職場の同僚
- ☐ 当事者団体・家族会
- ☐ 医療的ケア児等コーディネーター
- ☐ 民生委員
- ☐ 区役所（課名を記入してください）

- ☐ 相談先がない
- ☐ その他（内容を記入してください）

10. サービスや制度等の情報の入手方法について該当する項目にチェックをつけてください。（複数選択可）

- ☐ 児童発達支援センター
- ☐ 相談支援事業所
- ☐ 通所事業所
- ☐ 訪問介護事業所
- ☐ 訪問看護事業所
- ☐ 医療機関
- ☐ 保育園・幼稚園・学校
- ☐ 家族・親戚
- ☐ 友人・職場の同僚
- ☐ 当事者団体・家族会
- ☐ 医療的ケア児等コーディネーター
- ☐ 民生委員
- ☐ 区役所窓口
- ☐ 区ホームページ
- ☐ 子ども発達支援ガイドブック
- ☐ インターネットで検索
- ☐ 入手先がない
- ☐ 利用していない
- ☐ その他（内容を記入してください）

11. ご要望等がありましたら、ご自由にお書きください。

入力文字数： 0/ 500

閉じる

●●●各手続きの内容に関するお問い合わせ先●●●
直接各手続きの担当課にお問い合わせください。

●●●操作に関するお問合せ先（コールセンター）●●●
【重要】手続き内容に関するお問い合わせには対応できません。事前にFAQをご確認ください。
固定電話：0120-464-119（フリーダイヤル）
携帯電話：0570-041-001（有料）
（平日 9：00から17：00 年末年始除く）
FAX：06-6455-3268
E-mail：help-shinsei-shinagawa@apply.etumo.jp