

### 3 調査票

6 障福第2718号  
令和7年3月26日

各市町村医療的ケア児支援担当課長殿

愛知県福祉局福祉部障害福祉課長

令和7年度愛知県医療的ケア児者実態調査の実施について（依頼）

日頃より本県の医療的ケア児支援施策に御理解と御協力を賜りまして誠にありがとうございます。  
令和7年度に実施します医療的ケア児者の実態調査については、令和6年10月4日付け6障福第1590号（令和6年12月17日追加・修正版 発出）のとおり、各市町村に対して調査の準備を依頼しているところです。

つきましては、下記のとおり調査の正式依頼をいたしますので、各市町村におかれましては適切に調査を進めていただきますようお願いいたします。

記

1 実施主体  
県内各市町村（把握した結果を県で集約する。）

2 調査時点  
令和7年4月1日時点

3 各市町村への配布資料

- ・01\_調査要領
- ・02\_愛知県医療的ケア児者実態調査の御協力をお願い
- ・03\_愛知県医療的ケア児者実態調査票（ニーズ調査）※
- ・04\_愛知県医療的ケア児者実態調査票（市町村集計・数調査）
- ・05\_市町村事務手続きFAQ

※ ニーズ調査で使用する調査票は、グラフアワー回答用、エクセル回答用、紙回答用の3種類及び、取りまとめシートを配布しています。

4 調査方法・調査対象  
別添「01\_調査要領」のとおり

5 回答期限  
令和7年10月17日（金）

結果をとりまとめ、電子メールにて県障害福祉課に送信してください。

送信先：shogai@pref.aichi.lg.jp（事前依頼時から提出先を変更していません。）

## 6 調査スケジュールの目安

調査の実施にあたり、スケジュールの目安を作成しました  
とりまとめ担当課及び調査の新着状況について確認するため、対象者への調査票配布完了日と、  
県への結果報告日を以下のとおり設定していますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

時期（目安）	内容
令和7年 3月末	・県から各市町村へ調査依頼（※今回）
4月～5月	・各市町村から対象者へ調査票の配布 【6月2日（月）までには対象者に配布してください】
6月	・県から調査の進捗状況及びとりまとめ担当課の照会 ・県特別支援教育課経由で特別支援教育学校に在籍する児童生徒あ て通知
～9月	・対象者から各市町村へ調査票の回答
10月	・各市町村は回答をとりまとめ、県に報告 【10月17日（金）までにとりまとめ結果を報告してください。】
令和8年 2月	・集計結果（概要版）を医療的ケア児支援部会にて報告
3月	・結果の公表

以上

担 当 医療療育支援室  
重症心身障害児者支援グループ（加納・鈴木）  
電 話 052-954-6629（ダイヤルイン）

## 医療的ケア児（者）の実態把握 調査要領

### 1 目的

令和3年9月に施行された「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」第5条で、「地方公共団体は、基本理念にのっとり、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、医療的ケア児及びその家族に対する支援に係る施策を実施する責務を有する。」とされている。個別性の高い医療的ケア児者の支援に係る施策を実施するためには、対象となる児者の実態を把握することが不可欠である。ついでには、愛知県内で暮らす医療的ケア児者の対象者数及び生活状況や支援ニーズ等を把握し、県及び市町村が実施する施策等の基礎資料とする。

### 2 調査時点

令和7年4月1日時点

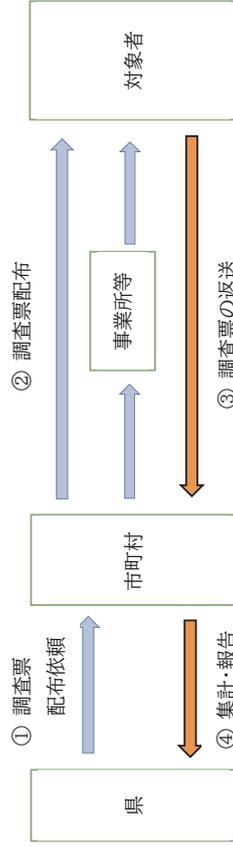
### 3 調査方法

調査票は電子申請システム回管用、Excelシート回管用、紙提出回管用の3つを用意した。各市町村の状況に応じて使い分けていただきたい。なお、県へ報告するとりまとめシートは同一のものとする。

(調査の流れ)

県から市町村に調査票を送付し、市町村は調査票等を直接対象者へ配布、もしくは相談支援事業所等経由で配布し、対象者は調査票を記入する。

記入後、調査票を市町村ごとにとりまとめ、個人情報を含まない形で県へ報告する。



### 4 調査項目

「令和7年度愛知県医療的ケア児者実態調査票」（以下、「調査票」という）のとおり、医療的ケア児者の対象者数、及び対象者とその家族の支援ニーズ等を調査する。

### 5 調査対象

調査時点（令和7年4月1日時点）で、自市町村に住所を有して在宅で生活（※）しており、日常生活及び社会生活を営むのに恒常的に医療的ケアを必要とする者のうち、下記の医療・支援・サービス等を利用している児者。但し、40歳未満を調査対象とする。

人工呼吸器管理（排痰補助装置含む）、気管切開の管理、鼻咽喉エアウェイの管理、酸素療法、たんの吸引（口鼻腔、気管カニューレから）、ネブライザー（薬液吸入）経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻）、中心静脈栄養（IVH）、皮下注射（インスリン）血糖測定、腹膜透析、導尿、人工肛門、摘便・洗腸

※「在宅で生活」とは、一度は在宅で生活していたが、調査時点で入院が決まっている児者は含む。また、障害児入所施設又は療養介護事業所に入所している児者及び入所が決まっている児者は含まない。

### 6 回答方法

結果をとりまとめ、電子メールにて県障害福祉課に送信する。

送先：shogai@pref.aichi.lg.jp

### 7 提出期限

令和7年10月17日（金）

### 8 留意事項

別紙「調査票の記入回答上の留意点」を参照ください。

## 調査票の記入回答上の留意点

### 【二一ス調査】

#### 【問2】年齢について

- 令和7年4月1日現在の年齢を選択してください。  
なお、年齢は誕生日の前日に歳をとることになりますので、4月1日生まれの方の年齢は次のとおりとなります。  
(例) 平成31年4月1日生まれ・・・6歳（就学児）  
平成31年4月2日生まれ・・・5歳（未就学児）

#### 【問6】多胎児（双子・三つ子）について

- 回答対象児（者）が双子以上の多胎児である場合は「1. 多胎児である」を選択してください。  
回答対象児（者）が多胎児であり、かつ、2人以上がともに医療的ケアを必要としている場合は、いずれもリストに記載したうえで「1. 多胎児である」を記入してください。

#### 【問8】医療的ケアが必要となった基礎疾患（障害を有する原因となった病名）について

- 複数該当する場合は、主たる疾患と、それ以外の疾患とで、分けて記入してください。
- 原疾患が不明な場合は、「その他」を記入してください。
- 原疾患が選択肢の中にない場合は、その他欄にその旨記入するか、若しくは、その病名等を記入してください。

#### 【問9】医療的ケアの内容

- 回答対象児（者）が日常生活を営む上で行っている医療的ケアの内容に該当するもの「全て」を記入してください。
- 調査票に例示されていないケアについては、原則回答の必要はありませんが、必要に応じて「18. その他」に記載してください。

#### 【問11】運動機能について

- 選択肢の中から1つだけ選んで「○」を記入してください。
- 「立てるが歩けない」は、大島分類という「歩行障害」の状態の方となります。

### 【その他】

- 記入の順（年齢順や居住地順など）は問いません。
- 答えられない回答は飛ばしてください。

### 【提出方法】

- 自市町村において、既に把握している医療的ケア児者の情報を、愛知県医療的ケア児者実態調査票（市町村集計・数調査）に記入する。  
なお、対象児者について把握していない市町村は、これから把握に努める。
- 把握している対象児者へ、愛知県医療的ケア児者実態調査票（ニーズ調査）を配布し調査を行う。  
また、事業所等に協力・周知することで、新たな対象者の把握の掘り起こしが可能であると考えられる。
- 対象児者からの愛知県医療的ケア児者実態調査票（ニーズ調査）を回収し、個人情報を除いた形で結果を取りまとめる。併せて愛知県医療的ケア児者実態調査票（市町村集計・数調査）への新規追加・更新を行う。
- 愛知県医療的ケア児者実態調査票（ニーズ調査）のとりまとめシートと、愛知県医療的ケア児者実態調査票（市町村集計・数調査）を県に提出する。

令和7年度 愛知県医療的ケア児者実態調査（市町村集計・数調査用）

〔 市町村集計・数調査 〕

年齢		性別	居住 市区町村	市町村名・所属		電話	
				連絡先	担当職・氏名	メール	フー
例	6歳（平成30年度 2018生）	男	-宮市				
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							

医療的ケアの内容（夜間のみも含む） ※重複可		原疾患（障害を有する原因となった病名） ※重複可、関係する病名は○・主な病名一つに●	
人工呼吸器補助装置（管理含む）		低酸素性脳症 の新生児仮死によるもの （事故以外によるもの）	
気管切開の管理		脳出血・脳梗塞後遺症	
鼻咽喉工アウェイの管理		脳炎脳症後遺症	
酸素療法		外傷後遺症	
吸入酸素（経鼻カニューレ）		（先天性異常を多岐含む）	
経胃ろう、腸ろう、経鼻カニューレ		（先天性骨性・軟骨異形成症）	
皮下注射（インスリン）		神経・筋疾患	
中心静脈栄養（I.V.H）		慢性呼吸器疾患	
血糖測定		慢性心疾患	
腹膜透析		先天性代謝異常症	
人工肛門		慢性腎尿路疾患	
適便・浣腸		内分泌系疾患	
その他		その他（不明を含む）	

### 愛知県 医療的ケア児者 実態調査

- この調査は、愛知県が示す調査項目・調査方法により、医療的ケアが必要な方(40歳未満)の生活状況や支援ニーズ等を把握し、施策・計画の基礎とするほか、調査結果の一部を県と共有し、県全域の実態把握を行うものです。
- 質問項目以外にも、日々の暮らしの中で感じられている医療的ケアに係るお困りごとや、ご要望なども併せてご記入ください。
- 調査の趣旨と調査結果の取り扱いに同意いただけたら、以降の質問に回答をお願いいたします。
- なお、このアンケート回答のみで、個別のご相談に対応させていただくものではございませんので、ご了承ください。

～調査に関する情報の取り扱いについて～

回答いただいた情報はつきましては、福祉・教育・保育・健康・防災等の必要な施策の検討のため、庁内関係課で共有させていただきますが、その他の目的で使うことは一切ありません。県に対しては、【基本情報】を除いて共有します。

なお、答えられない基本情報及び設問につきましては空欄で結構です。

#### 【調査の対象者】

令和7年4月1日時点で、●●市に在宅で生活をしている、日常生活に人工呼吸器や経管栄養などの医療的ケア(※)を必要とする40歳未満(昭和60年4月2日以降に生まれた方)のご本人及びその家族(※4ページの「問9.現在の医療的ケアについて」の項目を参照)

#### 【基本情報】(答えられない情報については空欄で結構です)

ご本人の氏名	生年月日(西暦)
	年 月 日
保護者氏名	続柄 ※マルを付けてください 父・母・祖父・祖母・その他( )
住所	
電話	
メールアドレス	
希望する連絡方法	郵送 ・ 電話 ・ メール
その他留意事項	

※ 上記以外の方が本調査を代理記載いただいた場合は、以下の内容も記載ください。

ご回答者	
回答者連絡先	

### 令和7年度 愛知県医療的ケア児者実態調査票

ご本人の状況について					
問1. ご本人のお住まいの市町村はどこですか。	( ) 市・町・村 )				
問2. ご本人の年齢はおいくつですか。(令和7年4月1日現在)	満( )歳				
問3. このアンケートにお答えいただくのはどなたですか。(1つだけ○を付けてください)					
1. 本人	2. 母	3. 父	4. 祖父母	5. 兄弟姉妹	6. 兄弟姉妹の配偶者
7. 親戚	8. 友人・知人	9. 施設等の職員	10. その他( )		
問4. 同居されている家族構成(ご本人から見た続柄)について○を付け、同居人数を記載してください。					
1. 母	2. 父	3. 祖父母	4. 兄弟姉妹	5. 兄弟姉妹の配偶者	
6. 親戚	7. グループホームに入居	8. 子	9. 本人のみ	10. その他( )	
同居人数(本人含む): ( )人 (兄弟姉妹がいる場合)兄弟姉妹数(本人含む): ( )人					
問5. ご本人の性別について○を付けてください。					
1. 男性	2. 女性	3. ほか			
問6. ご本人は多胎児ですか。					
1. 多胎児である(多胎児の人数 人中、第 子) 2. 多胎児でない					
問7-1. 在宅で医療的ケアを実施することになった時の年齢は何歳ですか。					
( )歳( )ヶ月のとき					
問7-2. 在宅で医療的ケアを実施することになった時の家族の相談相手はどなたでしたか。当てはまるものすべてに○を付けてください					
1. かかりつけ医	2. 病院看護師	3. 病院ケースワーカー	4. 訪問看護師		
5. ヘルパー	6. 地域の保健師	7. 相談支援専門員			
8. 障害福祉サービス事業所職員	9. 親族	10. 友人・知人			
11. 医療的ケア児等コーディネーター	12. いない				

問7-3. 在宅で医療的ケアを実施することになった時に困ったことや不安に感じたことは何ですか。当てはまるものすべてに○を付けてください

- 1. 医療的ケアを家族が実施すること
- 2. 看護・介護者に何かあった時に代替手段がない
- 3. 子供の急変時の対応
- 4. 相談相手がいない
- 5. 医療や障害福祉サービスの情報が分らない
- 6. 障害福祉サービスの利用先が確保できない(断られた)
- 7. 移動手段が確保できない
- 8. 主な看護・介護者が仕事を辞めざるを得なくなった
- 9. 費用がかさみ生活が苦しくなった
- 10. 自宅を改造、または引越しを考えなければいけなかった
- 11. 兄弟姉妹の子育てがおろそかになった
- 12. その他( )

問8. 医療的ケアが必要となった基礎疾患は何ですか。主たる疾患を下記選択肢から1つだけ選り記入してください。疾患が複数ある場合は、それ以外の疾患欄に記入してください。

主たる疾患 (一つだけ記入)	それ以外の疾患 (複数回答可)

【疾患】

1. 低酸素脳症 (新生児仮死によるもの)	2. 低酸素脳症 (事故等によるもの。1以外)
3. 脳出血、脳梗塞後遺症	4. 脳炎脳症後遺症
5. 外傷後遺症	6. 先天性異常症候群 (染色体異常症を含む)
7. 先天性骨疾患 (先天性骨、軟骨異形成症)	8. 神経・筋疾患 (筋ジストロフィーやミオパチー等の筋疾患、脊髄性筋萎縮症等の脊髄や末梢神経疾患)
9. 慢性呼吸器疾患	10. 慢性心疾患
11. 先天性代謝異常症	12. 血液疾患(血友病、白血病など) や悪性腫瘍
13. 慢性消化器疾患	14. 慢性腎尿路疾患
15. 内分泌系疾患	16. 上記原因以外の原因による、 または原因が不明な脳性麻痺
17. その他(不明を含む) 疾患名を記入してください → ( )	

問9. 現在の医療的ケアについて、当てはまるもの全て○を付けてください。ア～オについても選択し頻度を記入してください。

- 1. 人工呼吸器管理
  - ア. 24時間 1. 夜間のみ ウ. 一日 時間程度 工. 体調不良時のみ
  - オ. 体調により大きく異なる
- 2. 気管切開の管理
- 3. 鼻咽頭エアウェイの管理
- 4. 酸素療法
  - ア. 24時間 1. 夜間のみ ウ. 一日 時間程度 工. 体調不良時のみ
  - オ. 体調により大きく異なる
- 5. パルスオキシメーター(血液・血中酸素濃度計)の使用
  - ア. 常時測定 1. 一日 回測定 ウ. 体調不良時に測定
- 6. たんの吸引(口腔・鼻腔)
  - ア. 一日6回未満 1. 一日6回以上(ウよりは少ない)
  - ウ. 一時間1回以上 工. 体調不良時のみ オ. 体調により大きく異なる
- 7. たんの吸引(気管カニューレ)
  - ア. 一日6回未満 1. 一日6回以上(ウよりは少ない)
  - ウ. 一時間1回以上 工. 体調不良時のみ オ. 体調により大きく異なる
- 8. 排痰補助装置(カフマシンの使用)
- 9. ネブライザー等による薬液の吸入
  - ア. 一日6回未満 1. 一日6回以上 ウ. 常時使用
  - 工. 体調不良時のみ オ. 体調により大きく異なる
- 10. 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう・その他の経管栄養) → 1日 回
- 11. 中心静脈栄養(IVH)
- 12. 皮下注射(インスリン)
- 13. 血糖測定(持続血糖測定器を含む)
- 14. 継続する透析(腹膜透析を含む)
- 15. 導尿
  - ア. 一日3回未満 1. 一日3回以上 ウ. 持続的導尿
  - 工. 体調不良時のみ オ. 体調により大きく異なる
- 16. 人工肛門
- 17. 摘便・洗腸
- 18. その他( )

問10. ご本人の障害者手帳の有無・等級、障害支援区分及び小児慢性特定疾病医療費助成制度または特定疾患医療給付事業の利用について、選択してください。

1. 身体障害者手帳
  - ア. ある → 級も選択 ( 1級 2級 3級 4級 5級 6級 )
  - イ. ない
2. 療育手帳もしくは愛護手帳
  - ア. ある → 判定に○ 療育手帳( A B C )  
愛護手帳( 1度 2度 3度 4度 )
  - イ. ない
3. 障害支援区分認定(18歳未満の方は回答不要です)
  - ア. 受けている → 区分に○( 1 2 3 4 5 6 )
  - イ. 受けていない
4. 小児慢性特定疾病医療費助成制度または特定疾患医療給付事業の利用
  - ア. 利用中 1. 申請中 ウ. 利用なし 工. その他 ( )

問11. ご本人の運動機能はどのようですか。1つ○を付けてください。

1. 寝たきり 2. 寝返り 3. 腹ばい 4. 四つばい 5. 座れる
6. 立てるが歩けない 7. 介助すれば歩ける 8. 歩ける(よちよち歩きも含む)
9. 走れる 10. その他 ( )

問12. ご本人の移動の手段は何ですか。当てはまるもの全て○を付けてください。

1. ベビーカー/バギーを使用している
2. ストレッチャーを使用している
3. 車いすを使用しているが、本人は操作できない
4. 車いすを使用しており、本人が操作できる(電動車いすを含む)
5. 歩行する(歩行器、補装具の使用、手つなぎ等の介助を含む)
6. その他 ( )

問13. ご本人はどのように意思表示しますか。当てはまるもの全て○を付けてください。

1. 意思表示がほとんどできない
2. 表情、目の動きで伝えることができる(意思伝達装置の使用を含む)
3. 声や手ぶりや身ぶりで伝えることができる(意思伝達装置の使用を含む)
4. 単語で意思表示ができる(手話や文字盤の使用を含む)
5. 会話ができる(手話や文字盤の使用を含む)
6. その他 ( )

問14. ご本人の食事の摂取方法について、当てはまるもの全て○を付けてください。ア～ウについても選択し頻度を記入してください。

1. 経口
  - ア. 全面介助 1. 一部介助 ウ. 介助の必要なし
2. 経管(鼻から)
3. 経管(胃ろう)
4. 経管(腸ろう)
5. 経管(その他: )
6. IVH(中心静脈栄養)を使用
7. その他 ( )

問15. ご本人の口腔ケア(歯磨き)について伺います。どれくらいの頻度で口腔ケアを行いますか。口腔ケアに関する悩みはありますか。

1. 【口腔ケア(歯磨き)の頻度】 当てはまるもの1つ○を付けてください。
  - ア. 1日3回以上 1. 1日1～2回 ウ. あまりしない
  - 工. 全くしない オ. その他 ( )
2. 【悩みについて】 当てはまるもの全て○を付けてください。
  - ア. 相談できる人がいないため正しい口腔ケアの方法がわからない
  - イ. かなり時間を要する
  - ウ. 複数人の支えを要する
  - エ. 口腔ケアを行うための用品が不足している
  - オ. その他 ( )



<p>問23. 主な看護・介護者がご本人の看護・介護に関することを相談する相手は誰ですか。当てはまるもの全てに○を付けてください。</p>	
1. 家族	2. かかりつけ医
3. 病院看護師	4. 病院ケースワーカー
5. 訪問看護師	6. ヘルパー
7. 地域の保健師	8. 相談支援専門員
9. 障害福祉サービス事業所職員	10. 医療的ケア児等コーディネーター
11. ほかの看護者、ほかの介護者	
12. ほかの看護者、ほかの介護者「以外」の友人・知人	
13. いない	14. その他( )
<p>問24. 主な看護・介護者は、今の看護・介護の状況にどのくらい疲れていますか。「全く疲れていないから「非常に疲れている」までを0～5の数字で表すところのあたりですか。1つ○を付けてください。</p>	
0. 全く疲れていない	1. どちらかと言えば疲れている
2. 少し疲れている	3. 疲れている
4. かなり疲れている	5. 非常に疲れている
<p>看護・介護について感じていることなど、コメントがあれば自由にお書きください。 (自由記述)</p>	

<p>学校教育等について</p>	
<p>問25. 学校教育等について、ご本人のこれまでの通園歴・学歴の全てを選択してください。当てはまるもの全てに○を付けてください。</p>	
1. 幼稚園	
2. 特別支援学校幼稚部	
3. 保育所	
4. 認定こども園(保育を必要としない1号認定)	
5. 認定こども園(保育を必要とする2号または3号認定)	
6. 小規模保育事業所	
7. 認可外保育施設(企業内保育所を含む)	
8. 小学校	
9. 特別支援学校小学校	
10. 中学校	
11. 特別支援学校中学部	
12. 高等学校(公立、私立、専修など)	
13. 特別支援学校高等部	
14. 専門学校	
15. 大学・大学院	
16. その他 ( )	
17. 就学免除・就学猶予 → ア. 小学校 イ. 中学校	
<p>問26-1. 未就学児の方にかかっています。 現在の通園状況について、当てはまるもの全て○を付け、通園日数を記入してください。 ※幼稚園、保育所、学校以外については、問28で伺います。</p>	
1. 幼稚園(週__日)	
2. 特別支援学校幼稚部(週__日)	
3. 保育所(週__日)	
4. 認定こども園(保育を必要としない1号認定)(週__日)	
5. 認定こども園(保育を必要とする2号または3号認定)(週__日)	
6. 小規模保育事業所(週__日)	
7. 認可外保育施設(企業内保育所を含む)(週__日)	
8. その他( ) (週__日)	
9. どこにも通っていない	

<p>問26-2. 現在、学校教育を受けている方に伺います。 現在受けている教育形態について、当てはまるもの全て○を付け、登校日数を記入してください。</p>	<p>1. 小学校【通常の学級】(週__日) 2. 小学校【特別支援学級】(週__日) 3. 中学校【通常の学級】(週__日) 4. 中学校【特別支援学級】(週__日) 5. 高等学校 (週__日) 6. 専門学校 (週__日) 7. 大学 (週__日) 8. 大学院 (週__日) 9. 特別支援学校(週__日) 10. 訪問教育(家庭)(週__日) 11. 訪問教育(施設)(週__日) 12. 施設内教育(週__日)</p>
<p>問26-3. 現在、通園や通学をしている方に伺います。 通園・通学時は誰が付き添いますか。 当てはまるもの全てに○を付けてください。</p>	<p>1. 不要 2. 家族 3. 施設や福祉事業所の職員 4. ボランティア 5. その他( )</p>
<p>問26-4. 現在、通園や通学をしている方に伺います。 通園・通学先への移動の方法は何ですか。 また自宅を出発し到着するまでの所要時間は片道平均どれくらいですか。 当てはまるものを選択してください。</p>	<p>1.【移動の方法】 当てはまるもの全て○を付けてください。 ア. 徒歩 1. 介助者の車両 ウ. 移動支援サービス エ. 公共交通機関 オ. スクールバスや事業所等の車両 カ. その他( ) 2.【所要時間(片道)】 1つ○を付けてください。 ア. 30分未満 1. 30分～1時間未満 ウ. 1時間以上</p>

<p>問26-5. 現在、通園や通学をしている方に伺います。 通園・通学先で過ごす際に家族の付き添いは必要ですか。 必要な場合はその理由について当てはまるもの全てに○を付けてください。</p>	<p>1. 付き添いは不要 2. 看護師が配置されていないため、家族が付き添っている 3. 看護師がいるが常駐していないため、家族も連携して対応している 4. 看護師は常駐しているが、家族の希望により家族が対応している 5. 看護師は常駐しているが、学校等の希望により家族が対応している 6. その他( )</p>
<p>問26-6. 【問26-5で「家族が付き添いをしている・対応している」と回答いただいた方に伺います。</p>	<p>1.【付き添い頻度(回数)】 当てはまる頻度に1つ○を付けてください。 週( 1 . 2 . 3 . 4 . 5 . 6 )回、 月( 1 . 2 . 3 . 4 . 5 )回、 学校からの求めに応じて、 その他( ) 2.【1回の付き添い時間】 当てはまるもの全てに○を付けてください。 ア. 常に、医療的ケアを行うため付き添いを必要とする。 1. 食事の際など、特定の時間に付き添いを必要とする。 ウ. その他( )</p>
<p>問26-7. 現在、どこにも通っていない方(19歳未満の方)に伺います。 通園や通学をしていない理由は何ですか。当てはまるもの全てに○を付けてください。</p>	<p>1. 必要がない 2. 身近な地域に幼稚園・保育所・学校等がなかった(情報が分からなかった) 3. 費用が高かった 4. 移動することが困難であきらめた 5. 医療的ケアを理由に断られた 6. 定員が埋まっていた 7. 手続きや方法が分からなかった 8. 子供を通わせることが不安になった 9. 家族や親族に反対された</p>

問27-1. 通園・通学に関して希望したところに通えていますか。また、通えていましたか。希望どおりに通えていない・通えていなかった場合は、その理由を教えてください。

1. 通えている、通えていた
  2. 通えていない、通えていなかった
- ア. 希望したところが家から遠かった
- イ. 保護者の付き添いなしで通うことができなかった
  - ウ. スクールバスを利用できなかった
  - エ. 定員オーバーだった
  - オ. 医療的ケアを理由に断られた
  - カ. その他 ( )
- 【オの場合】
- A. 断られた先について、1つ○を付けてください。
    1. 幼稚園
    2. 特別支援学校幼稚部
    3. 保育所
    4. 認定こども園(保育を必要としない1号認定)
    5. 認定こども園(保育を必要とする2号または3号認定)
    6. 小規模保育事業所
    7. 認可外保育施設(企業内保育所を含む)
    8. 小学校
    9. 特別支援学校小学部
    10. 中学校
    11. 特別支援学校中学校部
    12. 高等学校(公立、私立、専修など)
    13. 特別支援学校高等部
    14. 専門学校
    15. 大学・大学院
    16. その他 ( )
  - B. 断られた理由となった主な医療的ケアの内容について、1つ○を付けてください。
    1. 人工呼吸器管理
    2. 気管切開の管理
    3. 鼻咽喉エアウェイの管理
    4. 酸素療法
    5. パルスオキシメーター(血液・血中酸素濃度計)の使用
    6. たんの吸引(口腔・鼻腔)
    7. たんの吸引(気管カニューレ)
    8. 排痰補助装置(カフマシンの使用)
    9. ネブライザー等による薬液の吸入
    10. 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう・その他の経管栄養)
    11. 中心静脈栄養(IVH)
    12. 皮下注射(インスリン)
    13. 血糖測定(持続血糖測定器を含む)
    14. 継続する透析(腹膜透析を含む)
    15. 導尿
    16. 人工肛門
    17. 排便・洗腸
    18. その他(「問9.現在の医療的ケア」の「17.その他」で回答したケア内容)

問27-2. 通園・通学に関する希望等(もしくは過去、通園・通学していた際に思っていたこと)があれば当てはまるもの全て○を付けてください。

1. 通園・通学したい
2. 通う日数を増やしたい
3. 今より近いところに通いたい
4. スクールバスを利用して通園・通学したい
5. 保護者の付き添いなしで通園・通学したい
6. 園外・校外学習に参加したい
7. その他 ( )
8. 特に希望はない

学校教育について感じていることなどコメントがあれば自由にお書きください。  
(自由記述)

日中活動の状況について

問28. 現在、幼稚園、保育所、学校等以外で定期的に通っている日中活動の場はありますか。当てはまるもの全て○を付け、利用日数を記入してください。

- 1. 児童発達支援(母子通園) (週\_\_日)
- 2. 児童発達支援(単独通園) (週\_\_日)
- 3. 放課後等デイサービス (週\_\_日)
- 4. 学童保育 (週\_\_日)
- 5. 生活介護 (週\_\_日)
- 6. 日中一時支援(デイサービス) (週\_\_日)
- 7. 就労移行支援 (週\_\_日)
- 8. 就労継続支援 (週\_\_日)
- 9. 就労先 (週\_\_日)
- 10. その他( ) (週\_\_日)
- 11. ない →「11.ない」に該当する方は問31へ

問29. 現在、幼稚園、保育所、学校等以外で定期的に通っている日中活動の場で実施している医療的ケアについて、当てはまるもの全て○を付け、誰が行っているかそれぞれ選択して記入してください。

- 1. 【実施している医療的ケア】 当てはまるもの全て○を付けてください
- ア. 口腔内吸引 イ. 気管吸引 ウ. 注入(経管栄養等) エ. 導尿
- オ. 酸素療法 カ. その他( ) キ. 日中の医療的ケアは不要

2. 【医療的ケアを行う人】 ケアの内容を1から選択

医療的ケアを行う人	実施している医療的ケア
看護師、准看護師	
看護師、准看護師以外の職員	
家族	
ご本人(セルフケア)	
職員の誰が行っているか知らない	

問30. 問28で回答した、現在通っている日中活動について、利用に関する希望はありますか。日中活動ごとに希望として当てはまる番号を全て記入してください。  
※ 希望内容(複数回答可) (下記1~6から選択。( )のある項目は内容を記入)

現在通っている日中活動について回答

希望内容 (複数回答可)	(自由記述)のある項目は内容を記入
1. 児童発達支援(母子通園)	
2. 児童発達支援(単独通園)	
3. 放課後等デイサービス	
4. 学童保育	
5. 生活介護	
6. 日中一時支援(デイサービス)	
7. 就労移行支援	
8. 就労継続支援	
9. 就労先	
10. その他	

【希望内容】

- 1. 利用日数を増やしたい
- 2. 今より近いところに通いたい
- 3. 今とは違う日中活動に変わりたい(希望するもの:自由記述)
- 4. 他の日中活動を追加して通いたい(希望するもの:自由記述)
- 5. その他(自由記述)
- 6. 特に希望はない

問31. 「問28」で現在通っている日中活動の場が「11. ない」と答えた方に伺います。  
この先1～2年のうちに通いたい日中活動はありますか。  
日中活動ごとに、現在通っていない理由として当てはまる番号全てを記入してください。

「問28」「11. ない」と答えた方のみ 通いたい日中活動を回答	通っていない理由 (複数回答可)	その他の場合は理由を自由記述
1. 児童発達支援(母子通園)		
2. 児童発達支援(単独通園)		
3. 放課後等デイサービス		
4. 学童保育		
5. 生活介護		
6. 日中一時支援(ゲイザース)		
7. 就労移行支援		
8. 就労継続支援		
9. 就労先		
10. その他( )		

【通っていない理由】

1. 制度や内容を知らない
2. 利用するための手続きや利用方法が分からない
3. 利用できる施設や事業所が近くにない
4. 利用できる日中活動の量(日数、時間数、回数等)が足りない
5. 活動内容の質が十分ではない
6. 利用にかかる費用が高い
7. 申し込んだが、空きがなく断られた
8. 申し込んだが、医療的ケアが必要なことを理由に断られた
9. 日中活動に通うための送迎がない
10. 通うことに不安がある
11. ご本人が希望しない
12. 通いたいところがない
13. 必要性を感じない
14. その他

日中活動について感じていることなどコメントがあれば自由にお書きください。

(自由記述)

サービスの利用状況について

問32. 最近1年間に利用したことのあるサービス全て○を付けてください。

1. 訪問診療
2. 訪問看護
3. 訪問歯科診療
4. 訪問入浴
5. 訪問リハビリテーション
6. リハビリテーション(医療機関に受診して実施)
7. リハビリテーション(通所施設等で実施)
8. 訪問薬剤管理指導
9. 居宅介護(ホームヘルプ)
10. 重度訪問介護
11. 移動支援
12. 保育所等訪問支援
13. 児童発達支援
14. 居宅訪問型児童発達支援
15. 短期入院・レスパイト入院
16. 短期入所
17. 生活介護
18. 放課後デイサービス
19. 共同生活援助(グループホーム)
20. 障害者相談支援専門員による計画相談
21. その他 ( )
22. 利用していない → 「22. 利用していない」に該当する方は問33-2へ

問33-1. 問32で回答した中で、利用をやめたサービスがある方に伺います。利用をやめたサービスとやめた理由は何ですか。サービスごとに、利用をやめた理由として当てはまる番号を全て選択してください。

利用をやめたサービスについて回答	やめた理由 (複数回答可)	その他の場合は理由を自由記述
1. 訪問診療		
2. 訪問看護		
3. 訪問歯科診療		
4. 訪問入浴		
5. 訪問リハビリテーション		
6. リハビリテーション(医療機関に受診して実施)		
7. リハビリテーション(通所施設等で実施)		
8. 訪問薬剤管理指導		
9. 居宅介護(ホームヘルプ)		
10. 重度訪問介護		
11. 移動支援		
12. 保育所等訪問支援		
13. 児童発達支援		
14. 居宅訪問型児童発達支援		
15. 短期入院・レスパイト入院		
16. 短期入所		
17. 生活介護		
18. 放課後デイサービス		
19. 共同生活援助(グループホーム)		
20. 障害者相談支援専門員による計画相談		
21. その他( )		

【 やめた理由 】

1. 利用できるサービスの量(日数、時間数、回数等)が足りなかった
2. サービスの質が十分ではなかった
3. 利用にかかる費用が高かった
4. サービスを利用するための送迎がなかった
5. 利用することに不安が生じた
6. ご本人がいやだった
7. 必要性を感じなくなつた
8. その他

問33-2. 問32で「22. 利用していない」と答えた方や、サービスを追加したい方に伺います。この1~2年のうちに利用したいサービスはありますか。サービスごとに現在利用していない理由として当てはまる番号を全て記入してください。

利用したいサービスを回答	利用していない理由 (複数回答可)	その他の場合は理由を自由記述
1. 訪問診療		
2. 訪問看護		
3. 訪問歯科診療		
4. 訪問入浴		
5. 訪問リハビリテーション		
6. リハビリテーション(医療機関に受診して実施)		
7. リハビリテーション(通所施設等で実施)		
8. 訪問薬剤管理指導		
9. 居宅介護(ホームヘルプ)		
10. 重度訪問介護		
11. 移動支援		
12. 保育所等訪問支援		
13. 児童発達支援		
14. 居宅訪問型児童発達支援		
15. 短期入院・レスパイト入院		
16. 短期入所		
17. 生活介護		
18. 放課後デイサービス		
19. 共同生活援助(グループホーム)		
20. 障害者相談支援専門員による計画相談		
21. その他( )		

【 利用していない理由 】

1. 制度やサービスの内容を知らない
1. 利用するための手続きや利用方法が分からない
2. サービスを提供してくれる施設や事業所が近くにない
3. 利用できるサービスの量(日数、時間数、回数等)が足りない
4. サービスの質が十分ではない
5. 利用にかかる費用が高い
6. 申し込みだが、空きがなく断られた
7. 申し込みだが、医療的ケアが必要なことを理由に断られた
8. サービスを使うための送迎がない
9. サービスを利用するための送迎がない
10. 利用することに不安がある
11. ご本人が希望しない
12. 利用したいサービスがない
13. 必要性を感じない
14. その他



問36-1. 災害時の避難場所はどこを想定していますか。

- 1. 決まっている
- 2. 決まっている
  - ア. 自宅避難を想定
    - 1. 自宅から近い避難場所
  - ウ. 福祉避難所(※)
 

(※高齢者や、障害者その他の特別な配慮を必要とする要配慮者を受け入れるための設備、器材人材を備えた避難所施設のことです。お住まいの市町村によって開設及び避難するまでの流れが異なります)
- エ. その他 ( )

問36-2. 避難所や福祉避難所へ行く場合はケア用品を持ち運ぶ必要があることが考えられます。そのような場合家族や民生委員など、移動介助を担える人はいますか。

- 1. いない
- 2. いないが避難先にケア用品は揃っている
- 3. いる

問37. お住まいの市町村に避難行動要支援者名簿があることを知っていますか。また登録していますか。当てはまる番号と選択肢に○をつけてください。  
(避難行動要支援者名簿とは、災害発生時に避難の支援、安否の確認その他生命又は身体を災害から保護するために必要な措置を実施するために、市町村に居住地、病状その他避難支援等に必要となる事項に関する情報を登録した名簿のことです。「避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針」(平成25年8月策定、令和3年5月改定)において、「医療的ケア児」等も対象となりと示されています。)

- 1. 登録している
- 2. 登録していない
  - ア. 知っているが、登録の方法が分からない
  - イ. 知っているが、登録できない (理由: )
  - ウ. 知っているが、登録したくない (理由: )
  - エ. 知っているが、決めていない (理由: )
  - オ. 知らなかったが、今後登録したい
  - カ. 知らなかったが、登録したくない (理由: )
  - キ. 知らなかったが、まだ決められない (理由: )
  - ク. 近所や地域の方へ避難の際の支援を依頼しているため登録していない
  - ケ. その他 ( )

問38. 災害時に行政に支援してほしいと望むことのうち、優先順位の高いものを3つまで○を付けてください

- 1. 受け入れ可能な福祉避難所や医療機関等の情報がほしい
- 2. 避難所への移動を手伝ってほしい(避難所へ送ってほしい)
- 3. 福祉避難所でも家族全員と一緒に過ごせるようにスペースを確保してほしい
- 4. 医療的ケアや排泄を行うために、避難先のスペースや衛生面等に配慮してほしい
- 5. 水や食料の配給に並べない可能性があるのので配慮してほしい
- 6. 医療機器の電源を確保したい
- 7. 医療的ケアに必要な物品を届けてほしい
- 8. 医療品や薬がなくなっときに診察や処方箋なども手に入れたい
- 9. 電気、都市ガス、水道の正確な復旧見込みが知りたい
- 10. その他 ( )

その他

問39. 困っていることや不安なことがあればご記入ください。

(自由記述)

問40. 行政、医療機関、事業者等に求めること、その他、コメントがあればご記入ください。

(自由記述)

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。