



(7) 日常生活の状態等について、あてはまるもの一つにご回答ください。  
 ※複数の選択肢にあてはまる場合は、選択肢の番号の大きい方に○をつけてください。  
 (例：02と03の両方にあてはまる場合は、03のみに○をつける。)

①姿勢	01 一人では座位保持（座ること）ができない 02 一人で座位保持ができる 02 つかまり立ちができる 03 一人で立つことができる
②移動	01 全く移動できない 02 寝返りができる 03 背ばい・腹ばいができる 04 よつんばいができる 05 伝い歩きができる 06 一人歩きができる
③食事	01 全面的な介助が必要 02 一部介助が必要 03 介助なしで食事できる 04 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）
④食形態	01 流動食 02 ミキサー食 03 きざみ食 04 軟らかく調理したもの 05 普通食 06 経管栄養剤
⑤排泄時の介助	01 全面的な介助が必要 02 一部介助が必要 03 時々介助が必要 04 介助の必要はない
⑥入浴時の介助	01 全面的な介助が必要 02 一部介助が必要 03 時々介助が必要 04 介助の必要はない
⑦言語等の理解	01 言語が理解ができない 02 簡単な言語が理解できる 03 簡単な色や数の理解ができる 04 簡単な文字や数の理解ができる 05 文章を読んで理解できる
⑧意思表示	01 ほとんどない 02 声や身振りで表現できる 03 意味のある単語を話すことができる 04 簡単な文章（2語文・3語文）で話すことができる 05 会話ができる

**3. 調査対象となるお子様が日常生活で必要とする医療的ケアについて、ご回答ください。**  
 ※実施している場合は、実施回数・所要時間について、ご記入またはあてはまるものに○をつけてください。

①吸引	01 実施している 02 実施していない 【実施回数・所要時間】 1日（ ）回 1日（ ）分
②吸入・ネブライザー	01 実施している 02 実施していない 【実施回数・所要時間】 1日（ ）回 1日（ ）分
③経管栄養（経鼻、胃ろう、腸ろう）	01 実施している 02 実施していない 【種別】 01 経鼻 02 胃ろう 03 腸ろう 04 その他（ ） 【実施回数・所要時間】 1日（ ）回 1日（ ）分
④中心静脈栄養	01 実施している 02 実施していない 【実施回数・所要時間】 1日（ ）回 1日（ ）分
⑤導尿	01 実施している 02 実施していない 【実施回数・所要時間】 1日（ ）回 1日（ ）分
⑥在宅酸素補充療法	01 実施している 02 実施していない 【実施回数・所要時間】 1日（ ）回 1日（ ）分
⑦咽頭エアウェイ	01 実施している 02 実施していない 【実施回数・所要時間】 1日（ ）回 1日（ ）分
⑧パルスオキシメーター	01 実施している 02 実施していない 【実施回数・所要時間】 1日（ ）回 1日（ ）分

⑨気管切開部の管理 (ガーゼ交換等)	01 実施している 02 実施していない 【実施回数・所要時間】 1日 ( ) 回 1日 ( ) 分
⑩人工呼吸器の管理	01 実施している 02 実施していない 【実施回数・所要時間】 1日 ( ) 回 1日 ( ) 分
⑪服薬管理	01 実施している 02 実施していない 【実施回数・所要時間】 1日 ( ) 回 1日 ( ) 分
⑫その他	01 実施している 02 実施していない 【実施内容】 ( ) 【実施回数・所要時間】 1日 ( ) 回 1日 ( ) 分

**4. 調査対象となるお子様の在宅での医療的ケアを実施されている方について、ご回答ください。**

(1)在宅での医療的ケアを実施されている方について、あてはまるもの全てに○をつけてください。  
01 父 02 母 03 兄弟姉妹 04 祖父母 05 訪問看護ステーションの看護師  
06 ホームヘルパー 07 福祉サービス事業所の看護師 08 福祉サービス事業所の職員(看護師以外)  
09 その他 ( )

(2)在宅での医療的ケアを主に実施されている方について、あてはまるもの一つに○をつけてください。  
01 父 02 母 03 兄弟姉妹 04 祖父母 05 訪問看護ステーションの看護師  
06 ホームヘルパー 07 福祉サービス事業所の看護師 08 福祉サービス事業所の職員(看護師以外)  
09 その他 ( )

(3) (2) で回答いただいた主たる医療的ケアの実施者が、病気・外出等により医療的ケアが実施できない場合に、代わりに医療的ケアを依頼できる相手はいますか。  
01 いる 02 いない 03 わからない  
※「01 いる」と回答された場合は、代わりに実施される方について、あてはまるもの全てに○をつけてください。  
01 父 02 母 03 兄弟姉妹 04 祖父母 05 訪問看護ステーションの看護師  
06 ホームヘルパー 07 福祉サービス事業所の看護師 08 福祉サービス事業所の職員(看護師以外)  
09 その他 ( )

(4)(2)で回答いただいた主たる医療的ケアの実施者は、現在、収入のある仕事をされていますか。  
01 している 02 職に就いているが現在は休職・休業中 03 していない  
※「01 している」と回答された場合  
(2)で回答いただいた主たる医療的ケアの実施者の、雇用形態、勤務日数、労働時間をご記入ください。  
【雇用形態】 01 正社員 02 非正社員 (パート・アルバイト・派遣社員・契約社員等)  
【1週間あたりの勤務日数】 ( ) 日 【1週間あたりの労働時間】 ( ) 時間  
※「03 していない」と回答された場合  
(2)で回答いただいた主たる医療的ケアの実施者の、就労のご希望について、あてはまるものに○をつけてください。  
01 就労を希望している 02 就労は特に希望していない。





- ⑦ (①で「利用していない」と回答された場合) 保育所・幼稚園等を利用していない理由
- 01 特に利用を希望していない 02 利用を希望しているが、利用できる保育所・幼稚園等がない
- 03 その他 ( )

**8. 医療的ケアを必要とされるお子様の通園・通学のための送迎について、ご回答ください。**

※ 7. の設問で、学校または保育所・幼稚園等へ通学していると回答された場合のみ、ご回答ください。

(1)通園・通学のための送迎体制について、あてはまるもの一つに○をつけてください。

- 01 自力での通園・通学が可能であり、送迎の必要がない（同級生による付き添い等を含む）。
- 02 幼稚園・学校による通園・通学バスなどの送迎体制があり、利用している（01 の場合を除く）。
- 03 幼稚園・学校による通園・通学バスなどの送迎体制があり、利用していない（01 の場合を除く）。
- 04 幼稚園・学校による通園・通学バスなどの送迎体制はない（01 の場合を除く）。
- 05 その他 ( )

(2)通園・通学のための送迎中の医療的ケアの実施状況について、あてはまるものに○をつけてください。

- 01 送迎中に医療的ケアを実施している 02 送迎中は医療的ケアを実施していない

※「01 送迎中に医療的ケアを実施している」と回答された場合、その実施者について、あてはまるもの全てに○をつけてください。

- 01 看護師 02 教職員 03 保育士 04 家族 05 その他 ( )

**9. 医療的ケアを必要とされるお子様が在宅で生活されるうえで、介護される方やご家族が負担と感じられることについて、ご回答ください。**

**10. 医療的ケアを必要とするお子様やそのご家族のために、今後どのようなサービスや支援策があれば良いと思われませんか。その他のご意見などもあれば、自由にご記入ください。**

○設問は以上となります。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

○**同封の返信用封筒（切手不要）を用いて、ご返送ください。**

※封筒には、差出人の住所・氏名等は記入しないでください。個人情報保護の観点から、個人を特定する情報はいただかないようにしております。ご理解・ご協力の程、お願い申し上げます。