

(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【経鼻・胃ろう・腸ろう ※あてはまるもの全てに○をつけてください。】
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人工呼吸器の使用 (鼻マスク式も含む)	01 使用している 02 使用していない 【使用している人工呼吸器】01 鼻マスク式(非侵襲型) 02 それ以外の人工呼吸器 【使用状況】01 終日使用 02 夜間のみ使用 03 その他()
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。

5. 調査対象となるお子様の医療機関等の利用状況(直近2年程度)について、ご回答ください。

※通院・受診または利用している場合は、その頻度・内容についてご記入ください。

- ①大学病院・こども病院・障害児専門医療機関への通院・受診
- 01 定期的に通院している 02 必要と感じたときに受診している
03 通院・受診はしていない
- 【通院・受診の頻度】年()回程度・月()回程度

②地域の一般病院・診療所等への通院・受診	01 定期的に通院している 02 必要と感じたときに受診している 03 通院・受診はしていない 【通院・受診の頻度】年（ ）回程度・月（ ）回程度
③訪問看護	01 利用している 02 利用していない 【利用頻度】月（ ）回程度・週（ ）回程度
④その他	01 利用している 02 利用していない 【利用内容】（ ） 【利用頻度】月（ ）回程度・週（ ）回程度

6. 調査対象となるお子様の障害福祉サービス等の利用状況（直近3ヶ月程度）について、ご回答ください。

※利用している場合は、その頻度・内容についてご記入ください。

(1)障害児通所支援事業の利用状況

①児童発達支援センター・児童発達支援事業所	01 利用している 02 利用していない（特に利用を希望していない） 03 利用を希望しているが利用できない（理由： ） 【利用頻度】月（ ）回程度・週（ ）回程度
②放課後等デイサービス	01 利用している 02 利用していない（特に利用を希望していない） 03 利用を希望しているが利用できない（理由： ） 【利用頻度】月（ ）回程度・週（ ）回程度
③その他	01 利用している 02 利用していない（特に利用を希望していない） 03 利用を希望しているが利用できない（理由： ） 【利用内容】（ ） 【利用頻度】月（ ）回程度・週（ ）回程度

(2)在宅障害福祉サービスの利用状況

①居宅介護	01 利用している 02 利用していない（特に利用を希望していない） 03 利用を希望しているが利用できない（理由： ） 【利用頻度】月（ ）回程度・週（ ）回程度
②同行援護	01 利用している 02 利用していない（特に利用を希望していない） 03 利用を希望しているが利用できない（理由： ） 【利用頻度】月（ ）回程度・週（ ）回程度
③行動援護	01 利用している 02 利用していない（特に利用を希望していない） 03 利用を希望しているが利用できない（理由： ） 【利用頻度】月（ ）回程度・週（ ）回程度
④短期入所（福祉型・医療型）	01 利用している 02 利用していない（特に利用を希望していない） 03 利用を希望しているが利用できない（理由： ） 【利用頻度】月（ ）回程度・週（ ）回程度
⑤外出支援	01 利用している 02 利用していない（特に利用を希望していない） 03 利用を希望しているが利用できない（理由： ） 【利用頻度】月（ ）回程度・週（ ）回程度
⑥その他	01 利用している 02 利用していない（特に利用を希望していない） 03 利用を希望しているが利用できない（理由： ） 【利用内容】（ ） 【利用頻度】月（ ）回程度・週（ ）回程度

7. 調査対象となるお子様の通園・通学状況等について、ご回答ください。 ※お子様が <small>小学校就学後（6歳児以上）</small> の場合 → <u>(1)の設問についてご回答ください。</u> ※お子様が <small>小学校就学前（0～5歳児）</small> の場合 → <u>(2)の設問についてご回答ください。</u>	
(1)お子様が小学校就学後（6歳児以上）の場合	
①年代	01 小学生年齢 02 中学生年齢 03 高校生年齢
②通学先	01 地域の小・中・高等学校 02 特別支援学校 03 その他（ ） 04 通学していない（高校生年齢の場合のみ）
③通学先での医療的ケアの実施状況	01 実施している 02 実施していない
※③で「01 実施している」と回答された場合のみ、次の④・⑤の設問にご回答ください。 （あてはまるもの全てに○をつけてください。）	
④学校での医療的ケアの実施者	01 保護者 02 教職員 03 学校の看護師 04 訪問看護ステーションの看護師 05 その他（ ）
⑤学校で実施している医療的ケアの内容	01 吸引 02 吸入・ネブライザー 03 経管栄養（経鼻、胃ろう、腸ろう） 04 中心静脈栄養 05 導尿 06 酸素補充療法 07 咽頭エアウェイ 08 パルスオキシメーター 09 気管切開部の管理（ガーゼ交換等） 10 人工呼吸器の使用 11 その他（ ）
(2)お子様が小学校就学前（0～5歳児）の場合	
①保育所・幼稚園等（*）の利用状況（直近3ヶ月程度） *「保育所・幼稚園等」とは「認定こども園、幼稚園、認可保育所、小規模保育、認可外保育施設」のことをいうものとします。 01 利用している 02 利用していない（「利用を希望しているが利用できない場合」も含まれます。⑦の設問で利用できない理由をご回答ください。）	
※①で「01 利用した」と回答された場合 → <u>②・③の設問についてご回答ください。</u> ※①で「02 利用していない」と回答された場合 → <u>⑦の設問についてご回答ください。</u>	
②利用した保育所・幼稚園等の種別 01 認定こども園 02 幼稚園 03 認可保育所 04 小規模保育事業 05 認可外保育施設 06 その他（ ）	
③保育所・幼稚園等の利用頻度 01 毎日（土日祝日等を除く） 02 週に2～3日程度 03 週1回程度 04 その他（ ）	
④保育所・幼稚園等での医療的ケアの実施状況	01 実施している 02 実施していない
※④で「01 実施している」と回答された場合のみ、次の⑤・⑥の設問にご回答ください。 （あてはまるもの全てに○をつけてください。）	
⑤保育所・幼稚園等での医療的ケアの実施者	01 保護者 02 看護師 03 看護師以外の職員 04 訪問看護ステーションの看護師 05 その他（ ）
⑥保育所・幼稚園等で実施している医療的ケアの内容	01 吸引 02 吸入・ネブライザー 03 経管栄養（経鼻、胃ろう、腸ろう） 04 中心静脈栄養 05 導尿 06 酸素補充療法 07 咽頭エアウェイ 08 パルスオキシメーター 09 気管切開部の管理（ガーゼ交換等） 10 人工呼吸器の使用 11 その他（ ）

- 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。