

医療的ケアを必要とする子どもに関する調査

【注意事項】この調査は、医療的ケアのあるお子様のニーズや課題を把握するため任意でご回答いただくものです。差しつかえのない範囲でお答えください。なお、平成30年7月1日現在の状況をご回答ください。

1 回答者について、調査対象となるお子様とのご関係をご回答ください。

01 父 02 母 03 兄弟 04 祖父母 05 その他()

2 調査対象者となるお子様の状況について、ご回答ください。

(1) 名前	フリガナ ※差しつかえのない場合のみ、ご記入ください。
(2) 年齢	才 (3) 性別 男 ・ 女
(4) 居住地	※居住されている町名()
(5) 身体障害者手帳の交付状況	01 交付あり 02 交付なし 【障害種別】 肢体不自由 ・ 内部機能障害(障害のある機能:) 【障害程度】()級
(6) 療育手帳の交付状況	01 交付あり 02 交付なし 【障害程度】A ・ B1 ・ B2
(7) 医療費助成の受給状況	01 小児慢性特定疾病医療費助成 02 遷延性意識障害者訪問看護利用助成 03 在宅重症心身障害児訪問看護支援事業 04 自立支援医療 05 助成を受けていない 06 その他()
(8) 病 名 (複数回答可)	

3 調査対象者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、あてはまるものすべてに○をつけてください。

(医療的ケアを主で行っている方は、◎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 福祉サービス事業所の看護師 07 福祉サービス事業所の職員(看護師以外)
08 その他()

(2) (1)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 職についているが現在は休職中 03 していない

4 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。

①吸引	01 気管吸引 02 鼻口内吸引 03 実施していない 【頻度】1時間に()回
②吸入・ネブライザー	01 実施している 02 実施していない 【頻度】1日に()回
③経管栄養(経鼻、胃ろう、腸ろう)	01 実施している(経鼻・胃ろう・腸ろう) 02 実施していない 【頻度】1回()分×()回 もしくは 持続注入
④中心静脈栄養	01 実施している 02 実施していない 【頻度】1回()分×()回
⑤定期的な注射	01 静脈注射 02 皮下注射 03 インシュリン 04 実施していない 【頻度】1回()分×()回
⑥導尿	01 実施している 02 実施していない 【頻度】1日()回・()時間おき / 持続的
⑦排せつのケア	01 ストーマ増設 02 浣腸もしくは摘便 03 ブジー 04 実施していない
⑧在宅酸素補充療法	01 実施している 02 実施していない 【頻度】1日に()回
⑨咽頭エアウェイ	01 実施している 02 実施していない 【頻度】1日に()回
⑩気管切開の管理	01 カニューレあり(週間ごとの交換) 02 カニューレなし 03 実施していない ※01・02を選んだ方: ガーゼの交換()回/月、気管切開部のケア()回/日
⑪人工呼吸器の使用(鼻マスク式も含む)	01 実施している 02 実施していない 【人工呼吸器の種類】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 03 その他()
⑫その他	

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。

①大学病院・こども病院等への通院・受診	01 定期的に通院している 【頻度】年()回程度 02 必要と感じたときに受診する 03 通院・受診はしていない
②地域医療とのかかわり	01 往診 02 通院 03 利用していない
③他科受診(耳鼻科・眼科等)	01 定期的に通院している 【頻度】年()回程度 02 必要と感じたときに受診する 03 通院・受診はしていない
④訪問看護	01 利用している 02 利用していない 【頻度】週に()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ヵ月程度)について、ご回答ください。

①身体介護	01 利用している【頻度】週()回程度 02 利用していない 03 利用を希望しているが利用できない(理由:)
②通院等介助	01 利用している【頻度】月()日程度 02 利用していない 03 利用を希望しているが利用できない(理由:)
③短期入所	01 利用している【頻度】月()日程度 02 利用していない 03 利用を希望しているが利用できない(理由:)
④移動支援	01 利用している【時間数】月()時間程度 02 利用していない 03 利用を希望しているが利用できない(理由:)
⑤障害児通所支援の利用状況	01 利用している(児童発達支援センター/児童発達支援事業所/放課後等デイサービス) 【頻度】週()日 02 利用していない 03 利用を希望しているが利用できない(理由:)

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。

(1) お子様が小学校就学後(6歳以上)の場合

①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)
②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
※②で「01 実施している」と回答された場合のみ、下の③、④の設問にご回答ください。	
③学校での医療的ケアの実施者	01 保護者 02 学校の看護師 03 訪問看護ステーションの看護師 04 その他()
④学校での医療的ケアの内容	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地域の保育園・幼稚園等	01 保育所等 02 幼稚園等 03 利用していない
※①で「01 保育所等 02 幼稚園等」と回答された場合のみ、下の②、③の設問にご回答ください。	
②利用頻度	01 毎日(土日祝等を除く) 02 週に2～3日程度 03 週1回程度 04 その他()
③通園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

(2) お子様が小学校就学前(0~5歳児)の場合(続き)

※③で「01」と回答された場合のみ、下の②、③の設問にご回答ください。(当てはまるもの全てに○をしてください)	
④通園先での医療的ケアの実施者	01 保護者 02 保育士・幼稚園教諭 03 訪問看護ステーションの看護師 04 その他()
⑤通園先での医療的ケアの内容	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 導尿 05 酸素補充療法 06その他()
※①で「03 利用していない」と回答された場合の理由についてご回答ください。	
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 児童発達支援事業所を選択しているため 04 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、学校又は保育所、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、 <u>当てはまるもの一つ</u> 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 通園・通学タクシー、バス等の送迎体制があり、利用している 03 通園・通学タクシー、バス等の送迎体制はあるが、利用 できていない 04 通園・通学タクシー、バス等による送迎体制がない 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、 <u>あてはまるものに○</u> 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」ご回答された場合、実施者について全て○をつけてください。 看護師 ・ 家族 ・ その他()	

9. 医療的ケアがあることで、社会参加に不利益な場面がありましたら、その内容をご記入ください。

--

10. 医療的ケアを必要とされるお子様の在宅生活において、ご家族が負担と感じられることや、今後どのような支援策があればよいと思われるかなど、ご自由にご記入ください。

--

※設問は以上です。ご協力ありがとうございました。