

医療的ケア児（者）の実態把握について

〔資料1-1〕

1 目的

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を把握し、市町村の施策・計画の基礎とするほか、県全域の実態把握を行う。

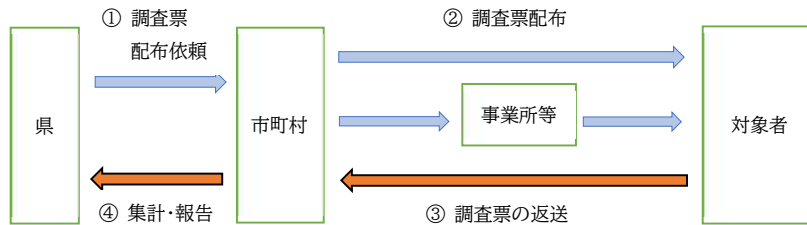
2 調査時点

令和7年4月1日時点

3 調査方法

県から市町村に調査票等を送付し、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

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。

調査項目は令和元年度愛知県医療的ケア児者の実態調査の項目と概ね同様であり、別紙「令和7年度 愛知県医療的ケア児者実態調査票(案)」のとおり。

5 調査対象

調査時点（令和7年4月1日時点）で、愛知県内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な医療的ケアを必要とする者のうち、調査時点で下記の医療・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、鼻咽頭エアウェイの管理、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 調査スケジュール

日程	内容
令和6年8月	県から市町村へ調査票等を示し、翌年度の実施に向けて依頼 市町村は必要に応じて、内容・方法の検討及び予算要求
令和7年度中	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 ⇒対象者から市町村へ調査票を返送 ⇒⇒市町村にて集計し、県へ報告

7 その他

(1) 市町村へ配布するもの

- ・調査要領 …… 資料1-4
- ・調査票 …… 資料1-5、1-6、1-7
- ・市町村事務に伴うFAQ

(2) 関連 県スケジュール

年度	今後の予定
令和5年度	一部市町村をヒアリング調査【済】 委員からの意見を反映し、調査方法及び項目を修正【済】
令和6年度	市町村に対して意見照会【済】 ⇒照会結果等は資料1-2、照会内容は資料1-3のとおり 項目及び内容の確定（第1回部会） 市町村へ周知（必要に応じて市町村において予算要求）
令和7年度	市町村からの報告を集計
令和8年度	県の次期あいち障害者福祉プランに反映

(3) 参考：国の指針（厚生労働省調査研究より）

「医療的ケア児の実態把握のあり方及び医療的ケア児等コーディネーターの効果的な配置等に関する調査研究」（厚生労働省 令和3年度障害者総合福祉推進事業）では、調査方法について以下のとおり例が示されていたため、こちらを根拠とし、市町村には実態調査をお願いする。

・(例) 支援が必要な医療的ケア児の名簿の作成を目的として調査を実施する場合、一度大規模に調査を実施してリストを作成したのち、毎年各圏域の保健師や医療的ケア児等コーディネーターの協力を得てリストの更新を行う

・(例) 医療的ケア児の生活状況等を把握し、施策の評価や立案に役立てるため、障害福祉サービス事業所に対しては毎年医療的ケア児の受入れ可否や受入人数の実態調査を行う。加えて数年に1回、医療的ケア児の生活状況や支援ニーズを把握するため、医療的ケア児を対象としたアンケートを実施する。

意見照会を踏まえた主な調査様式の修正箇所 等について（令和5年度医療的ケア児支援部会委員からのご意見、市町村からのご意見、県の考え方などを一部抜粋）【資料1-2】

番号	該当箇所	委員等	記載内容・設問、もしくは概要	ご意見	県の考え方
資料1-3 照会及び調査の概要					
1	調査の概要	夏目委員	記載方法について	資料1-7が令和元年度調査の1次調査にあたることが分かったが、調査要綱を見てもそれについての記載がほとんどない。1次調査は基礎データとなる大事な部分であるため、しっかりと明記してほしい。	調査の概要及び調査要領に明記しました。
2	調査の概要	市町村	記載方法について	00_照会及び調査の概要-愛知県医療的ケア児者実態調査の概要（案）について・実態調査の基本情報が記載されていない場合は、④にある「漏れなく記載」はできないが、それで良いか。	基本情報を除いて集計していただくものなので、回答がありましたら、集計に加えていただくをお願いします。
資料1-4 調査要領					
3	3.調査方法	市町村	調査票の送付先について	相談支援事業所等とあるが他にどの機関が対象となるのか？（保健所とか）	医療的ケア児等コーディネーターや、訪問看護ステーション、保健所など、地域の医療的ケア児者をつながりを持ち、調査に理解・協力いただける方・機関です
4	3.調査方法	市町村	調査の回答先について	前回調査（H31年度）同様、ニーズ調査の回答先は県にしてほしい。 （県の返信用封筒を同封する、あいち電子申請システムを利用するなど）	医療的ケア児支援では、地方自治体に必要な施策を実施することが責務として定められています。特に市町村におかれましては、医療的ケア児者が暮らす基礎自治体として、はじめに把握していただく必要があると考えております。 既に市町村として把握されている場合においても、同時期に同じ項目で一斉に調査を行うことは、比較の観点でも意味があると考えています。さらに今回の調査項目には、まだ取組の進んでいないことが多いと思われる項目（災害・歯科口腔など）も追加しております。 また、県として施策に反映させる場合は、県全域の実態や圏域毎の比較・傾向分析を把握することから、対象の方個人の情報を必要としないため、個人情報について把握する目的がなく、市町村施策に繋がりにくいことが考えられます。また同意を得た場合でも個人情報を本来要しない県から、市町村にお渡しする必要があることによる漏洩の恐れが想定されます。 以上のことから、調査へのご協力をお願いいたします。
5	3.調査方法	市町村	調査の回答先について	市町村から対象者へ調査票を送付するスキームだが、障害児通所利用者等で市と関わりのある者に限定され、把握できていない者は漏れる。愛知県で実施する調査であれば医療機関に対し「恒常的に医療的ケアを必要とする40歳未満の者」へ調査票の配布を依頼する方法で対象者漏れがないよう実施を。（県外病院受診者でも自宅付近で受診する病院もあると思う）	番号4の回答と同じ
6	3.調査方法	市町村	医療的ケア児等コーディネーターへの調査依頼について	正確さを求めるなら、対象者に配布するより医療的ケア児等コーディネーターに調査を依頼したほうがいいのではないか。	「事業者等」の標記としておりますが、地域の体制を鑑みて、医療的ケア児等コーディネーター経由での調査も可能です。
7	5.調査対象	市町村	調査対象者について	調査対象に、癲癇を追加すると良いか。	2019年度調査をベースに、医療的ケア児判定スコアの14項目と、医療的ケア児支援センターのネットワーク構築事業を参考に整理しております。ほかの項目は主だって対象とはしていませんが、必要に応じて問9の「その他」に追加いただくことは可能です。
8	5.調査対象	市町村	調査の範囲について	・「5 調査対象」で、下記の～サービス等を利用している児者とあるが、例えば手帳を交付されている方の中で、市に申告はなく医ケア支援を受けていた、という場合もある。インスリン等については福祉サービスを利用していなくても治療として恒常的にケアを行っている方もいらっしゃる（動ける医ケア児者等）。市が把握できていない（把握が困難な）対象者抽出に、調査以前の市の業務の負荷が大きくなることを懸念するとともに、「医ケア」における対象者が曖昧且つ、各市町村によってアンケートを行う範囲が異なっても問題ないか。（市町村ごとにある程度対象者を決めてアンケートを行ってよいか。）	市町村によって地域の支援体制や関係者間のつながり等の状況が異なるため、そうしたヒト・モノを活用する調査の結果に、ある程度の違いが生じることはやむを得ないと考えております。今回の調査は市町村が予め施策を講じるべき医療的ケア児(者)を把握することが目的であるため、定義を踏まえて調査対象であるかどうかについては、市町村にてご判断願います。
9	7.提出期限	市町村	提出期限について	・庁内の複数の部署で対応することが考えられるため、提出期限に対して余裕を持った調査の依頼をお願いしたい。	提出時期については、余裕をもってご依頼させていただきます。
資料1-5 愛知県医療的ケア児者実態把握の御協力をお願い					
10	1.リード文	市町村	無記名回答の際の対応について	無記名回答があった場合に、誰からの提出かわからないため、未提出と思われる方への提出依頼ができなくなる。送付すればその後の対応は無しという理解でよろしいか。	未提出者の特定ができなければ、やむを得ないと考えます。
11	1.リード文	市町村	依頼文書について	ご協力をお願いは対象者向けと事業所等の機関向けで分けないのか？	事業所等を経由する場合、具体的にどの関係者・関係機関であるか、様々に想定されるため、大変恐れ入りますが、必要に応じて鑑文を作成するなどのご対応をお願いしたく存じます

意見照会を踏まえた主な調査様式の修正箇所 等について（令和5年度医療的ケア児支援部会委員からのご意見、市町村からのご意見、県の考え方などを一部抜粋）【資料1-2】

番号	該当箇所	委員等	記載内容・設問、もしくは概要	ご意見	県の考え方
12	1.リード文	市町村	表現及び目的について	・文章が全体的に表現が硬く、調査の意図が汲み取りにくい。地域にはいろんな理解度の方がみえるので、分かりやすく柔らかい文章が良いと思う。 ・この調査は「施策・計画の基礎とする」と記載されているが、基本情報を記載する時点で個人の困りごとに対応するところまで求められているようにも感じる。この実態調査はどこまで何を目的としているのかが分かりづらい。	・表現については、さらに精査しわかりやすい文章を検討してまいります。 ・また「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、ご了承願います。」の文言を、資料1-6のリード文に追記させていただきます。
13	1.リード文	市町村	(〇3つ目)	「県に対しては、個人情報を除いて一部を共有します、」 ⇒「愛知県に対しては、40歳未満の方の分のみ、氏名、生年月日、居住地の情報を除去して報告いたします。」に変更する。 理由：県が必要とする情報を明示するため。	ご指摘を踏まえ、「県に対しては、基本情報を除いて報告します。」と代えさせていただきます。 なお県としては、今回の調査対象者を40歳未満としお願いさせていただいているため、このままの標記とさせていただきますが、独自で年齢制限をせず調査する場合は、適宜追記・修正いただいて構いません。
14	1.リード文	市町村	(〇4つ目)	「集計結果は統計データとしてのみ一般に公開しますので、個人情報が公になることはありません。回答欄に御記入いただいた内容については厳正に管理し、結果は統計的に処理し回答内容から個人を特定することはありませんので、安心して御回答ください。」 ⇒「集計結果について、愛知県は統計データとしてのみ使用し、結果を一般公開しますが、個人情報が公になることはありません。●●市は、ライフステージに応じた切れ目のない支援を行うため、庁内関係課（福祉、教育、保育、防災）と個人情報を共有します。なお、愛知県が委任した医療的ケア児等アドバイザー、医療的ケア児等コーディネーターについては、ご本人・ご家族の承認がない限り、個人情報の共有を行うことはありません。」に変更する。 理由：市町村は、就学・就園のニーズを的確には把握する必要があるなど、現実の支援を行うにあたり、正確な個人情報を必要とするため。	ご指摘を踏まえ、「集計結果について、愛知県は統計データとしてのみ使用し、結果を一般公開しますが、個人情報が公になることはありません。●●市は、ライフステージに応じた切れ目のない支援を行うため、庁内関係課（福祉、教育、保育、防災）と個人情報を共有します。」に代えさせていただきます。 なお個人情報を除いて県にご報告をいただくため、県からアドバイザー等に個人情報を提供することはございません。
15	2.調査対象者	市町村	調査対象者の明記について	R5年度に実態把握調査を行った際、事業所経由で調査票の配付を行いました。どのような医療的ケアが調査対象となるか案内文に明記していなかったため、例えばインスリン注射が必要な方に調査票が渡っていなかったり、逆に医療的ケアが必要のない人に渡っていたケースもありました。 よって、関係事業所にも配付協力依頼するのであれば、調査対象者が明記されているとより適切に配付していただけたと思います。	資料1-5についても【調査の対象者】を追記させていただきます。
16	3.提出方法	市町村	提出方法について	電子申請での回答が難しい場合、回答方法や回収方法はどのようにしたら良いか。調査票の郵送や、返信封筒による回収は可能か。	市町村によって回収方法を決めていただいて構いません。なお、集計様式は県から指定させていただきます。
17	3.提出方法	市町村	提出方法について	市で個人のアドレスを把握する必要が生じてしまうこと、回答がさまざまなメールと混在してしまうため、事務が煩雑になる。原則、電子申請システムもしくは書面での回答にすることはできないか。	市町村によって提出方法は検討いただいて差し支えありません。なお、集計様式は県から指定させていただきます。
18	4.問合せ先	市町村	問合せ先について	当該調査の実施主体は貴県であるため、実施主体、調査実施目的、問い合わせ先等を愛知県であることを明記し、実施主体で問い合わせ、集計等の対応をしていただきたい。	番号4の回答と同じ
19	5.その他	市町村	調査時間について	調査の回答にかかる時間の目安の記載があると良い。	追記させていただきます。
資料1-6 愛知県医療的ケア児者実態調査票（ニーズ調査）					
20	全体	(県)	調査票について	-	調査票をエクセルにしました。
21	表紙	(県)	【新設】 表紙について	-	アンケート調査を行う理由や調査の対象者、基本情報を記載いただくページを新たに作成しました。
22	表紙	市町村	40歳未満の理由について	令和7年4月1日現在の年齢とあるが、対象の生年月日の表記があるとよい。また、40歳未満に設定した理由も教えていただきたい。	対象者の生年月日については、ご指摘のとおり追記させていただきます。 年齢の考え方については、2019年度調査時の考え方と同じく、成人となっても切れ目のない支援が必要であるため、見だけでなく者も含めた調査としております。ただし、40歳以上は介護保険の受給者となり得ること、調査負担軽減の観点から、40歳未満としました。
23	表紙	守屋委員	個人情報について	社会調査的なアンケートをする際には、無記名が一般的であり、この記載を必須とするかしないかによって回答率がぶれる。 仮に無記名でもよい場合、実態の把握という意味では、氏名等を書いていただくのが望ましいが、そうした中で、学齢期のお子さんについては、例えば回答がいただけなかった部分の情報とかを、市町村立の学校と、県立の学校さんとうまく協力し合い名簿を作成していく形になると、より実態の数が把握できると思うため、またご相談したい。	基礎情報について、答えられない内容については、空欄回答を可とさせていただきます。 できる限り協力し、名簿作成できるよう関係機関と調整してまいります。

意見照会を踏まえた主な調査様式の修正箇所 等について（令和5年度医療的ケア児支援部会委員からのご意見、市町村からのご意見、県の考え方などを一部抜粋）【資料1-2】

番号	該当箇所	委員等	記載内容・設問、もしくは概要	ご意見	県の考え方
24	表紙	市町村		祖父母の記載については母方祖父母、父方祖父母と記載すると良いか。	簡略化のため、このままとします。
25	問04	市町村	同居されている家族構成（ご本人から見た続柄）について人数を記入してください。	調査対象者が40歳未満であれば、家族構成の選択肢に「子」があっても良い。	ご指摘のとおりとさせていただきます。
26	問04	市町村	同居されている家族構成（ご本人から見た続柄）について人数を記入してください。	「本人のみ」の場合を追加	ご指摘のとおりとさせていただきます。
27	問04	(県)	同居されている家族構成（ご本人から見た続柄）について人数を記入してください。		過去部会での意見を参考に、兄弟姉妹がいる場合の兄弟姉妹の人数を新規項目としました。
28	問07-2	市町村	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。	選択肢に「医療的ケア児等コーディネーター」を入れてはどうか。	追加させていただきます。
29	問08	市町村	医療的ケアが必要となった基礎疾患は何ですか。	インスリン注射も調査対象となっていることから、調査票の「問8」には「内分泌系疾患」の選択肢もあって良いと思う。	ご指摘のとおり選択肢に「内分泌系疾患」を追加させていただきます。
30	問09	中神委員	現在の医療的ケアについて、当てはまるもの全て選択してください。	実際にはこの項目に入っていない、ICDの埋め込み、座薬、褥瘡はどうしたらよいか。	番号7の回答と同じ
31	問09	(県)	現在の医療的ケアについて、当てはまるもの全て選択してください。		元年度調査は「4.酸素吸入」、「5在宅酸素療法」としていましたが、ネットワーク構築事業の標記とあわせ、4.5を併せて「酸素療法」と整理しました。
32	問09	(県)	現在の医療的ケアについて、当てはまるもの全て選択してください。		「15.導尿」の「ウ.膀胱留置カテーテル」を、「持続的導尿」に変更しました。
33	問09	大南委員	現在の医療的ケアについて、当てはまるもの全て選択してください。	洗腸なのか、洗腸なのか、「排便・洗腸・洗腸などの排便管理」と記載があり、また人工肛門との順番も、違っていたりするので、統一するべき。	ネットワーク構築事業と同じく、「排便・洗腸」に統一させていただきます。
34	問15	富田委員	【新設】 ご本人の口腔ケア（歯磨き）について伺います。	予防的な口腔ケアの項目が欲しいのと、そういった口腔ケアで悩んでいることがないのか項目に追加いただきたい	ご意見を踏まえ、新たに項目を付け加えました。
35	問15	市町村	ご本人の口腔ケア（歯磨き）について伺います。	口腔ケアという表現は専門用語で分かりにくいので、例歯磨きみたいなのもう少し明細に明記したほうが分かりやすい。	修正させていただきます。
36	問23	市町村		問7-2の相談相手に係る質問と同様の内容ではないか。	問7-2では、在宅で医療的ケアを実施することになった「当初」に、不安や困りごとを相談するお相手を回答していただく箇所です。 問23については、「普段」の相談相手をお伺いしているところです。
37	問23	市町村	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。	選択肢に「医療的ケア児等コーディネーター」を入れてはどうか。	追加させていただきます。
38	問23	(県)	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。		回答項目の語句を一部変更をいたしました。 11.「看護・介護者同士（仲間）」⇒「ほかの看護、ほかの介護者」 12.「看護・介護者同士（仲間）以外の友人・知人」⇒「ほかの看護、ほかの介護者」「以外の友人・知人」
39	問25	市町村	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。	・調査票「問25」の「12.高等学校」では、専修学校など迷うと思うので、「12.高等学校（公立、私立、専修など）」としてはどうか。	ご指摘のとおりとさせていただきます。
40	問26-1	市町村	現在の通園状況について、当てはまるもの全てを 選択し、通園日数を記入してください。	未就学児の現在の通園状況に児発の事業所は含まれるのか？ 含まれないなら設問に追記したほうが分かりやすいと思われる。	問28で「日中活動の状況」について伺っているため、そちらの設問で回答いただきます。
41	問26-3	(県)	通園・通学時は誰が付き添いますか。		設問の文言を一部変更しました。 「通園・通学先へは」誰が付添いますか。⇒「通園通学時は～」 回答項目を一部変更しました。 2.「保護者」⇒「家族」 3.「ヘルパー」⇒「施設や福祉事業所の職員」
42	問26-4	(県)	問26-5との順番を変更		令和元年度調査時と順番を入れ替え、時系列に沿った順番としました。
43	問26-5	(県)	通園・通学先で過ごす際に家族の付き添いは必要 ですか。		設問及び回答の「保護者」の文言を「家族」に変更しました。

意見照会を踏まえた主な調査様式の修正箇所 等について（令和5年度医療的ケア児支援部会委員からのご意見、市町村からのご意見、県の考え方などを一部抜粋）【資料1-2】

番号	該当箇所	委員等	記載内容・設問、もしくは概要	ご意見	県の考え方
44	問26-6	三浦委員	【新設】 【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。 1. 【付き添い頻度（回数）】 2. 【1回の付き添い時間】	付添いは不要なのか、保護者が対応しているかの2択になってしまう。しかし現場を見ると、付添いの回数はかなり減ってきている。 学校によって大抵はフルケアになっているが、月に1、2回は保護者の付添いをお願いしている場合もある。対応しているという書き方だけでは、実態が掴みにくくなるかなと思うので、前回との比較は異なるが、月に何回程度、依頼があったときのみ、など項目を工夫していただくとより実態がわかる。	ご意見を踏まえ、新たに設問を付け加えました。
45	問26-7	市町村	現在、どこにも通っていない方（に伺います。通園や通学をしていない理由は何ですか。	意見：生年月日が2006/4/2以降に限定する。 理由：19歳以上の人には聞く必要がないため。	ご指摘のとおり回答対象者（19歳未満の方）を追記させていただきます。
46	問27	市町村	通園・通学に関する希望等があれば、当てはまるもの全てを選択してください。	既に学校卒業した方にもどうしたかったか聞けるとよいと思います。	対象者を全員とし、以前「通園・通学していた際に思っていたこと」についても記載していただくようにします。 設問にコメントを追加しました⇒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、当てはまるものを選択してください。
47	問27	(県)	通園・通学に関する希望等があれば、当てはまるもの全てを選択してください。		「9.断られた理由となった主な医療的ケアの内容」を記載いただく欄を追記しました。 具体的な医療的ケアの内容を知ること、教育現場に生かすことができるかと思ひ、追記しています。
48	問29	市町村	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選択し、誰が行っているかそれぞれ選択して記入してください	「注入」とは具体的に何の医療的ケアですか。	選択肢の文言を「注入（経管栄養等）」としました。シリンジやチューブなどを使って、食べ物や薬を直接胃に入れることを注入といいます。
49	問29	市町村	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選択し、誰が行っているかそれぞれ選択して記入してください	医ケアの内容は先の質問「問9」で確認しているため不要ではないか。	問29は「日中活動の場」で必要な医療的ケアについて、お伺いするための設問項目です。
50	問30	市町村	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。	意見：問28の選択肢1～10を列記し、それぞれに希望を書かせる方式にする。 理由：アンケートの答え方がわかりづらいように思う。	ご意見を踏まえ、ご指摘のとおり修正しました。
51	問32	(県)	最近1年間に利用したことのあるサービス全てを選択してください。		「16.放課後等デイサービス」を追加しました。
52	問33-1	市町村	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	意見：問32の選択肢1～18を列記し、それぞれに希望を書かせる方式にする。 理由：アンケートの答え方がわかりづらいように思う。	番号50の回答と同じ
53	問33-2	市町村	問32で「20.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。ここ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。	意見：問32の選択肢1～18を列記し、それぞれに希望を書かせる方式にする。 理由：アンケートの答え方がわかりづらいように思う。	番号50の回答と同じ
54	問33-3	加藤委員	【新設】 療的ケア児等コーディネーターについて伺います。医療的ケア児等コーディネーターを知っていますか。またご本人に医療的ケア児等コーディネーターは専任されていますか。	医療的ケア児等コーディネーターがどの程度マッチングしているのか、聞いてみてもよいと思う。前回の調査時はコーディネーターの話が出てきてない時代だったので、項目にはなかったと思う。	ご意見を踏まえ、新たに設問を付け加えました。
55	問34	魚住委員	災害時に備えて医療的ケアに関する物品で保有していますか。当てはまるものを全て選択してください。	災害緊急時の対策の項目のどこかに、必要なお薬は常に持っているのか、何日分持っているのかという問いがあると、緊急時に使える。高齢者の方々は自分の臨時薬を、1ヶ月分ぐらい持っている方が多いとの話もある。	ご意見を踏まえ、選択肢に追加させていただきました。

意見照会を踏まえた主な調査様式の修正箇所 等について（令和5年度医療的ケア児支援部会委員からのご意見、市町村からのご意見、県の考え方などを一部抜粋）【資料1-2】

番号	該当箇所	委員等	記載内容・設問、もしくは概要	ご意見	県の考え方
56	問34	(県)	災害時に備えて医療的ケアに関する物品で保有していますか。当てはまるものを全て選択してください。		回答の語句を追加しました。 ク、吸引や導尿、「経管栄養」等の処置に必要な予備の医療材料
57	問35	市町村	災害等緊急時にご本人の状況について、家族以外で誰に連絡するか決まっていますか。	意見：「医療的ケア児等コーディネーター」を追加する。 理由：連絡先として想定されるため。	追加させていただきます。
58	問36-1 問36-2	中神委員	災害時の避難場所を想定していますか。 移動介助を担える人はいますか。	令和3年の災害対策基本法の改正で自宅避難が認められており、重心をこどもを持つお母さんからも避難場所には行かないという声もある。 自宅避難、移動問題、二次避難所での生活を考えると、避難できない状況もあるため、もう少し深掘りしてもよい。	ご指摘を踏まえ、自宅避難を回答に追加しました。
59	問36-1 問36-2	高嶋委員	災害時の避難場所を想定していますか。 移動介助を担える人はいますか。	避難場所について、普通の健常児と同じところに避難していただきたいというふうには、教えられているケースがほとんど。ただ医療的ケアの子たちと重心の子たちというのは、そこにいたとしても全く何もできない。把握している把握していないだけでなく、もし把握しているのであれば、どこどこです、とか書いていただいて、電源もないようなところを避難場所として書いている方が、どのぐらいいるのかというのがすごく知りたい。 あと、福祉避難所のような電源が必要な子どもが行けるような場所をお母さんたちは確保していますかと、知っていますかとかそういったことを聞いたほうがよい。このアンケートの書き方だと、知っているか、知らないかだけで終わってしまう内容であると思うので、もう少し深掘りすべき。	ご指摘を踏まえ、設問を一部変更し、避難場所を「把握しているか」、から「どこを想定しているか」の変更し、問36-2を新設しました。市町村としては、対象者の個人情報、医療的ケア、避難場所の想定回答から、本当にその避難場所で問題ないか、本人やその家族と直接検討することができるかと考えています。
60	問36-1 問36-2	大石委員	災害時の避難場所を想定していますか。 移動介助を担える人はいますか。	一般避難所に行ける方と、避難所だけでは難しい方と、電源がちゃんと必要な人と大きく3つに分かれるのかと思うんですけど、やはりそういったことも把握出来たら良いのかなと思います。	問36-1をどこの避難場所を想定しているか、に変更し、回答項目を、「自宅避難」、「自宅から近い避難場所」「福祉避難所」「その他」としました。市町村としては、対象者の個人情報、医療的ケア、避難場所の想定回答から、本当にその避難場所で問題ないか、本人やその家族と直接検討することができるかと考えています。
61	問36-2	市町村	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。	・調査票「問36-2」の「2」のような方は基本的にいないと思うが、選択肢として適切なのかどうか疑問を感じる。	市町村目線からしても、対象者が災害時の備えについて、どのくらい準備できているか調査するひとつの指針になるかと思ひ、項目に挙げさせて頂きました。
62	問37	中神委員	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。	令和3年の災害対策基本法の改正でこどもの登録も可能となった。しかし、認知が足りないため、PRが必要であり、設問を追加するとよい。	設問に反映させていただきます。 ⇒「災害対策基本法の改正に伴い、医療的ケア児者も名簿の対象になりました。」を追記
63	問37	市町村	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。	意見：回答に「知っているが、決めていない」「知らなかったが、まだ決められない」を追加する。 理由：本人が幼少の場合、まだ「登録する」「登録しない」を選択できない場合があると思われるため。	追加させていただきます。
64	問37	大南委員	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。	この項目のどこかにご自身の個別避難計画は策定されていますか、内容について承知していますかという辺りも聞くと、どの程度個別避難計画の策定を通じて、理解や見通しが立っているのかということも、使いやすくなるのかなと思う。	個別避難計画の策定状況については、部会資料作成時に、毎年度市町村に照会をしておりますが、「策定できていない」と回答する市町村が約半数いることから、対象者への事務負担軽減の観点から調査項目としては上げないことにしました。県としては引継ぎ、市町村に対して計画の策定を進むよう努めてまいります。
65	問38	市町村	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つまで選択してください	意見：「電気、都市ガス、水道の正確な復旧見込みが知りたい」を追加する。 理由：現実的には、自宅避難を選択する者が多いと思われ、ライフラインの復旧の見込みが最大の関心事だと思われるため。ライフラインの復旧の見込みが無い場合は、次の段階として、避難か物資の供給を選択する必要があると思われるため。	ご指摘のとおりとさせていただきます。
66	問40	市町村	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。	質問項目に行政サービスに対するの満足度について聞けると良いか。	問40で網羅的に把握できると考えています。
資料1-7 愛知県医療的ケア児者実態調査票（市町村集計・数調査）					
67	原疾患	県	原疾患項目の追加について		原疾患に「内分泌系疾患」を加えました。
68		夏目委員	令和元年度調査との比較について	令和元年度調査の1次調査時の項目には含まれていた「運動機能」、「多胎児の該当」について今回削除されている意図はなにか。	市町村としては資料1-5の削除している運動機能であったり多胎児の項目については、基本的に把握していないと答える市町村が多くあったため削除しました。

意見照会を踏まえた主な調査様式の修正箇所 等について（令和5年度医療的ケア児支援部会委員からのご意見、市町村からのご意見、県の考え方などを一部抜粋）【資料1-2】

番号	該当箇所	委員等	記載内容・設問、もしくは概要	ご意見	県の考え方
その他のご意見					
69		西脇委員	目的について	調査後、具体的にはどういった政策が行われるのでしょうか	何が足りないのかというところを把握をし、次の施策につなげていく、その点を今回の調査の狙いとしていきたいというふうに考えております。
70		西脇委員	目的について	市町村が把握したデータですが、令和8年度の反映前には、市町村にはそのデータがありますので、それを市町村が活用といいますが、そういったことに関してはどうなっているのでしょうか。	活用は可能でございます。
71		市町村	目的について	ここ数年で同様な調査を行っているため、対象者からの調査に対する声を記載する。 ・調査の目的が分からない。 ・回答しても施策に活かされていない。など	今回の調査の目的は要領のとおりでございます。 市町村におかれましては、把握された結果を地域にお住まいの医療的ケア児者おひとりおひとりに応じた福祉・教育・保育・防災等の施策に活用していただきたいと考えております。県においては、県全域の状況を把握し、県の医療的ケア児者支援において、より取組を進めるべきことの判別をはじめ、取組方針を決めるうえで活用させていただく予定です。
72		市町村	内容について	調査対象者の中には、介護で大変な思いをされている方もおり、貴重な時間を割いてこの調査に協力していただくこととなりますので、課題解決に結びつく内容で、可能な限り少ない質問で実施すべきかと考えます。 今回の調査は「対象者数」、「生活状況」、「支援ニーズ」の把握を目的としていますが、それらを把握して、その次はどのようにつなげていくお考えでしょうか。 調査票の案を拝見し、全体的な印象としては、何らかの統計は取れるが、その数字が何を意味するのか、狙いが何かがよく分からない質問が多いと思いました。 当市が今後解決していきたい課題として、「介護者の負担軽減」、「ヘルパー等医療的ケアに係る人材の育成」、「保育園、小中学校の看護師配置」を挙げています。他の市町村においても同じような課題があるかと思っておりますので、狙いを絞り、どのような質問内容にすれば課題解決に結びつくのかを検討すべきかと思っております。	ご家庭に回答をお願いするにあたり重要なことは、貴市のご意見のとおりです。 市町村におかれましては、把握された結果を地域にお住まいの医療的ケア児者おひとりおひとりに応じた福祉・教育・保育・防災等の施策に活用していただきたいと考えております。県においては、県全域の状況を把握し、県の医療的ケア児者支援において、より取組を進めるべきことの判別をはじめ取組方針を決めるうえで活用させていただく予定です。 具体的な施策内容については、結果を踏まえて検討を進めていくため、現時点では明確にお示ししかねます。 医療的ケア児者の方への支援は、多くの分野にまたがることから、質問項目が多くなってしまうと思いますが、回答いただきやすい方法等を目指してまいります。
73		北村委員	調査方法について	調査資料がすぐ多いため、保護者の理解力が問われる内容である。 医療的ケア児等コーディネーターから伴走する医療的ケア児の状況を報告していただければ、改めて実態把握をする必要はないと思える。 もしくは伴走するコーディネーターがいるのであれば配布ではなく、コーディネーターと一緒に、またはコーディネーターに調査依頼をして、アンケートを書いてもらうような形にすると、もう少し正確なものができるんじゃないかなというふうに思う。	市町村において伴走する医療的ケア児等コーディネーターの選定をしているため、コーディネーターからの報告により実態把握を行うことは可能であるかと思っております。しかしながらニーズの把握については、特段コーディネーターを通して把握していない現状もあるため、市町村として自主的主体的に計画を立てて施策を講じていけるよう、今回の調査を進めていくことが狙いでございます。 なお地域の体制を鑑みて、伴走する医療的ケア児等コーディネーターや事業所等のご協力により、回答を作成いただく方法も可能でございます。
74		守屋委員	調査方法について	就学前のお子さんは母子保健担当課で把握できるが、義務教育年齢のお子さんについては、ほぼ学校に在籍しているため、特別支援学校、特に県立特別支援学校などを經由し、調査票を配布していただけるような形でご協力いただきたい。	特別支援教育課と協議してまいります。
75		西脇委員	調査方法について	特別支援教育課についての話もあったが、愛知県の場合は、市町村立の特別支援学校がかなり少なく、ほとんどが県立でありそこに通っている子どもが非常に多いがゆえに市町村が全く把握できていない。その辺どのように協力を求めていくのか、またわずかではあります、市立の特別支援学校については当然県の教育委員会が特別管轄してるわけではないため、どのように考えられているか。	特別支援教育課と協議してまいります。
76		市町村	調査方法について	障害者手帳や福祉サービスを利用していない医療的ケア児者へ福祉課から調査を送付することは難しいので、小児慢性特定疾患児童など保健所で把握しているものは保健所（県）に調査を依頼してほしい。	市町村からの照会に保健所が応じて、難病・小児慢性特定疾患児童の情報を提供できるように調整を進めたいと考えております。
77		市町村	調査方法について	対象者を把握するため、主治医より県若しくは市町村へ対象者を報告するしきみを整えていただきたい。（現在、退院時に市へ連絡をいただくが、継続して医療が必要な状態であることを把握するため。年1回など頻度は検討必要）	2023年度からネットワーク構築事業により退院する際は、市町村に情報を提供するよう、医療機関と市町村に協力をお願いしているところです。 継続して医療機関から情報提供するには、該当情報の継続的な管理と情報提供の都度、各院の個人情報の取扱要件を満たす扱いを各院、関係団体と協議、調整する必要があるため、ご提案の仕組構築の検討は現時点で困難と考えております。
78		市町村	調査方法について	電子申請のフォームを開発して、市町村の負担を軽くしてください。	電子申請届出システムのフォームについては、愛知県でシートを作成し、各市町村の届出システム上で公開・回収していただく予定です。
79		市町村	調査方法について	電子申請のフォームを開発する場合、回答途中で保存ができることをわかりやすく表示してください	回答途中で保存できることをわかりやすく表示させていただきます。

意見照会を踏まえた主な調査様式の修正箇所 等について（令和5年度医療的ケア児支援部会委員からのご意見、市町村からのご意見、県の考え方などを一部抜粋）〔資料1-2〕

番号	該当箇所	委員等	記載内容・設問、もしくは概要	ご意見	県の考え方
80		市町村	調査方法について	このアンケートは回答に非常に手間がかかります。今後とも定期的に調査を行うならば、前回の回答が引用できるような仕組みを構築してください。	定期的な実施を見込むものの、国の調査では数年に一度の実施が望ましいとされており、次回実施まで相当期間経過することが想定されます。そのため次回実施の際に調査項目を加筆修正することも考えられることから、ご提案の仕組み構築は難しいと考えられますが、引き続き回答いただく方の利便を考え、市町村のご意見を踏まえながら、あり方を検討してまいります。
81		市町村	調査方法について	本市は対象者数が多いため、毎年集計に時間を要している。ニーズ調査を電子申請とし、CSVデータから集計表に反映できる等、簡易的な方法になるように検討していただきたい。	ニーズ調査の方法については、各市町村で取組のしやすい形式にて進めていただきますようお願いいたします。 電子申請CSV出力表とエクセル提出シートのとりまとめ表は、整合できるよう現在精査中です。
82		市町村	問合せ先について	調査に関し、集計、問い合わせ先を地方分権の観点から実施主体で行うよう事務を見直されたい。集計内容を各市町村が把握する必要があるのであれば、結果を共有いただければ問題ないため、市町村を経由する必要性はないと感じる。市町村の業務負担も大きい。	番号4の回答と同じ
83		水野委員	調査の実施後について	比較したいため、他市の調査結果のついて知ることは可能であるか。	公表としては圏域単位ではございます。市町村に対するフィードバックとしては、検討してまいります。
84		松浦委員	調査の実施後について	石川県も実態調査のようなものやっていたが、データが全く生かされてない。実態調査を行うならデータを活かさないといけない。もちろんその個々の避難計画を立てないといけないです。それから先ほど水野委員が発言されたように、市町村ではどこにどういう方がいるのか公開しなくても把握しなくてはならないと思いますので、圏域ごとに公開することは良いのですが、何かあったときにその全体のデータを、みんなで共有するなどの取組みをしていただきたい。	データの活用につきまして、現時点で具体的な進め方は用意しておりませんが、今回のご意見を踏まえ検討してまいります。
85		北村委員	調査の実施後について	実態把握や調査をした後のその後について報告いただきたい。また各市町村は必ず計画作ったことを報告していただきたい。そうすれば、市町村ごとの会議で更に検討することができると考えてます。か公表や報告がないことが問題かと思えます。	調査結果については、元年度調査と同様に公表していく予定でございます。市町村の施策に繋がることも本調査の目的のひとつでございますので、市町村に対しても、計画策定や、調査結果を協議の場で活用いただくなどをお願いしてまいります。
86		北村委員	調査の実施後について	医療的ケア児の避難場所みないなことについても、市町村の計画に入れてほしい。一般の子もたちを預かるだけでも大変な状態になると思うので、そんなことも検討の中に入れてもらえばありがたい。	市町村に働きかけてまいります。



6 障 福 第 6 1 2 号
令和 6 年 5 月 2 3 日

愛知県医療的ケア児者実態調査の概要（案）

概 要

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
医 療 療 育 支 援 室 長

令和 7 年度愛知県医療的ケア児者実態調査に関する意見照会について（照会）

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。
医療的ケア児支援については、地域で支援体制を組むことが必要であり、必要な支援につなげるためには、前もって医療的ケア児の実態を把握することが不可欠であります。

本県では各市町村の協力のもと、医療的ケア児者の実態調査を令和元年度に実施したところですが、その後の実態調査を令和 7 年度に実施することをし、その調査要領等について別紙のとおり検討しております。

つきましては、記載内容にご意見等ございましたら、6月6日（木）までに意見用紙に記載いただき、提出をお願いいたします。

なお、いただいたご意見につきましては、愛知県障害者自立支援協議会医療的ケア児支援部会で共有させていただく予定です。

※ 意見照会反映後となっています

1 送付資料

- ・ 00_照会及び調査の概要 ※本紙
- ・ 01_調査要領 **【資料1-4】**
- ・ 02_愛知県医療的ケア児者実態調査の御協力をお願い **【資料1-5】**
- ・ 03_愛知県医療的ケア児者実態調査票（ニーズ調査） **【資料1-6】**
- ・ 04_愛知県医療的ケア児者実態調査票（市町村集計・数調査） **【資料1-7】**
- ・ 別紙「意見用紙」

2 提出様式

別紙「意見用紙」

3 提出締切及び提出方法

令和 6 年 6 月 6 日（木）午後 6 時まで

障害福祉課医療療育支援室メールアドレス (iryouryouikusien@pref.aichi.lg.jp) 宛てに提出

※ご意見等ない場合は提出不要とさせていただきますが、提出期日に遅れる場合は、その旨ご連絡をお願いいたします。

4 その他

本照会は、令和 5 年度第 2 回愛知県障害者自立支援協議会医療的ケア児支援部会にて委員からの意見を反映した資料となっています。詳しくは以下の URL をご覧ください。

URL : <https://www.pref.aichi.jp/soshiki/shogai/iryousiennbukai-kaisaikukka.html>

担 当 重症心身障害児者支援グループ（加納、北村）
電 話 052-954-6629（ダイヤルイン）
メールアドレス iryouryouikusien@pref.aichi.lg.jp

1 実施主体

県内市町村（把握した結果を県で集約する。）

2 調査時点

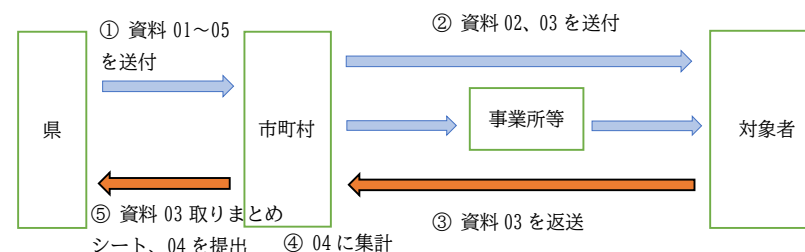
令和 7 年 4 月 1 日時点

3 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 【（現在作成中）今回の意見照会でいただいたご意見をもとに作成】

4 調査方法

- ① 県から市町村へ上記「3 市町村への配布資料」を送付。
- ② 市町村は「02 協力のお願い及び 03 実態調査票（ニーズ調査）」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。
- ③ 対象者から「03 実態調査票（ニーズ調査）」を回収。
- ④ 回答を抜粋し、「04 実態調査（市町村集計・数調査）」に転記。回答が得られなかったが、市町村にて把握している対象者についても、こちらに漏れなく記載する。
- ⑤ 県に「03 実態調査票（ニーズ調査）の取りまとめシート（作成中）、04 実態調査票（市町村集計・数調査）」を提出。



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、鼻咽頭エアウェイの管理、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

医療的ケア児（者）の実態把握 調査要領 案

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。

については、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

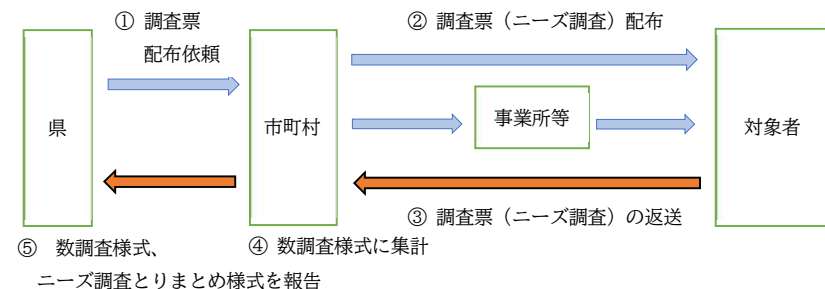
令和7年4月1日時点

3 調査方法

県から市町村に調査票等を送付し、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。

なお回答が得られなかったが、市町村にて把握している対象者についても、可能な限り数集計様式に漏れなく記載する。



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、鼻咽頭エアウェイの管理、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、排便・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

電子メールにて県に送信する。

送信先：iryouryouikusien@pref.aichi.lg.jp

7 提出期限

令和7年●月●日（●）（11月頃予定）

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

（ニーズ調査）

【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」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」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入らない場合は、その他欄に記入するか、若しくは、その病名等を文字で記入してください。

【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回答する必要はありません。

【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、大島分類でいう「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）を対象者に配布を行う。
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、愛知県医療的ケア児者実態調査票（市町村集計・数調査）に新規追加・更新する。
- 愛知県医療的ケア児者実態調査票（ニーズ調査）の内容についても、県において集計様式を示し、愛知県医療的ケア児者実態調査票（市町村集計・数調査）と併せて提出いただく。
（この集計様式については、現在作成中です。市町村によっては、電子申請届出システムを活用した調査を行うとも聞いているため、その場合でも対応できる様式で検討しています。）

令和7年度 愛知県医療的ケア児者実態調査の御協力のお願い

各位

日ごろから、●●市の障害福祉施策に御理解と御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

医療的ケアが必要な方への必要な施策の検討を、県と市町村で進めるため、次のとおりアンケート調査を実施いたします。

つきましては、お忙しい中で恐れ入りますが、何卒調査への御協力をお願いいたします。

- 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。
- 回答いただいた情報につきましては、福祉・教育・保育・保健・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、基本情報を除いて報告します。なお、無記名回答を希望される方については、氏名欄は空欄で結構です。
- 集計結果について、愛知県は統計データとしてのみ使用し、結果を一般公開しますが、個人情報が入ることはありません。●●市は、ライフステージに応じた切れ目のない支援を行うため、庁内関係課（福祉、教育、保育、防災）と個人情報を共有します。

【調査の対象者】

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、鼻咽頭エアウェイの管理、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

【提出方法】

（●●市電子申請・届出システムにて回答する場合）

以下の2次元コードもしくはURLより●●市電子申請・届出システムにてご回答ください。

URL：https://～～

（メール提出の場合）

以下、問合せ先のメールアドレスに回答してください。
 件名は「愛知県医療的ケア児者実態調査」としてください。

2次元
コード

（紙提出の場合）

記入した調査票は、令和7年●月●日（●）までに●●市●●課に提出してください。
 提出先は●●としてください。

お問い合わせ先
 ●●市〇〇課（★★）
 住 所：
 電 話：
 メールアドレス：

※調査回答時間の目安：30分

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るようでしたら、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ありませんので、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につきましては、福祉・教育・保育・保健・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	
.....		父・母・祖父・祖母・その他()	
住所	●●市		
電話			
メールアドレス			
希望する連絡方法	選択式(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。	選択してください
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つ回答)	1つ回答
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	
その他の場合→	自由記述
問4. 同居されている家族構成(ご本人から見た続柄)について人数を記入してください。	
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
家族構成:	複数回答
(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教えてください。	選択してください
1. 男性 2. 女性 3. ほか	
問6. ご本人は多胎児ですか。	選択してください
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。(複数回答)

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 13. その他

その他の場合 →

自由記述

複数回答

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。(複数回答)

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. 相談相手がない
 5. 医療や障害福祉サービスの情報が分からない
 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

その他の場合 →

自由記述

複数回答

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つだけ選び記入してください。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)
選択してください	複数回答

【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↓	

その他の場合 →

自由記述

問9. 現在の医療的ケアについて、当てはまるもの全て選択してください。ア～オについても選択し頻度を記入してください。(当てはまらない場合はそのまま)

1. 人工呼吸器管理
 → ア. 24時間 イ. 夜間のみ ウ. 一日 ●時間程度 エ. 体調不良時のみ
 オ. 体調により大きく異なる 当てはまる場合のみ変更

2. 気管切開の管理 当てはまる場合のみ変更

3. 鼻咽頭エアウェイの管理 当てはまる場合のみ変更

4. 酸素療法
 → ア. 24時間 イ. 夜間のみ ウ. 一日 ●時間程度 エ. 体調不良時のみ
 オ. 体調により大きく異なる 当てはまる場合のみ変更

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 イ. 一日●回測定 ウ. 体調不良時に測定 当てはまる場合のみ変更

- 6. たんの吸引(口腔・鼻腔)
 - ア. 一日6回未満 イ. 一日6回以上(ウよりは少ない)
 - ウ. 一時間1回以上 エ. 体調不良時のみ オ. 体調により大きく異なる

当てはまる場合のみ変更
- 7. たんの吸引(気管カニューレ)
 - ア. 一日6回未満 イ. 一日6回以上(ウよりは少ない)
 - ウ. 一時間1回以上 エ. 体調不良時のみ オ. 体調により大きく異なる

当てはまる場合のみ変更
- 8. 排痰補助装置(カフマシンの)の使用

当てはまる場合のみ変更
- 9. ネブライザー等による薬液の吸入
 - ア. 一日6回未満 イ. 一日6回以上 ウ. 常時使用
 - エ. 体調不良時のみ オ. 体調により大きく異なる

当てはまる場合のみ変更
- 10. 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう・その他の経管栄養)

当てはまる場合:1日 約●回
- 11. 中心静脈栄養(IVH)

当てはまる場合のみ変更
- 12. 皮下注射(インスリン)

当てはまる場合のみ変更
- 13. 血糖測定(持続血糖測定器を含む)

当てはまる場合のみ変更
- 14. 継続する透析(腹膜透析を含む)

当てはまる場合のみ変更
- 15. 導尿
 - ア. 一日3回未満 イ. 一日3回以上 ウ. 持続的導尿
 - エ. 体調不良時のみ オ. 体調により大きく異なる

当てはまる場合のみ変更
- 16. 人工肛門

当てはまる場合のみ変更
- 17. 摘便・洗腸

当てはまる場合のみ変更
- 18. その他

(自由記述)

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

選択してください
 - 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

選択してください
 - 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

選択してください
 - 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 イ. 申請中 ウ. 利用なし エ. その他

選択してください
- その他の場合→ 自由記述

問11. ご本人の運動機能はどのようなですか。(1つ回答)

- 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
- 1つ回答
- その他の場合→ 自由記述

問12. ご本人の移動の手段は何ですか。(複数回答)

- 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
- 複数回答
- その他の場合→ 自由記述

問13. ご本人はどのように意思表示しますか。(複数回答)

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

複数回答

その他の場合→

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選択してください。
ア～ウについても選択し頻度を記入してください。(当てはまらない場合はそのまま)

1. 経口
→ ア. 全面介助 イ. 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)
その他の場合→
6. IVH(中心静脈栄養)を使用
7. その他
その他の場合→

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】 当てはまるもの全てを選択してください

ア. 1日3回以上 イ. 1日1～2回 ウ. あまりしない
エ. 全くしない オ. その他

1つ回答

その他の場合→

1つ回答

2. 【悩みについて】 当てはまるもの全てに選択してください

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

1つ回答

その他の場合→

看護・介護者の状況について

問16. どなたが主に看護・介護をされていますか。(1つ回答)

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. 施設や事業所のヘルパーなど 8. 本人の配偶者
9. その他

1つ回答

その他の場合→

留意点①: 問16で「7. 施設や事業所のヘルパーなど」身内以外を記入された方は、
問17～問24に関しては、身内の中での主な看護・介護者についてお答えください。

留意点②: 一人暮らしの方などで、身内の方が看護・介護をしていない場合は
問17～問24は回答不要です。

問17. 主な看護・介護者はおいくつですか。(令和7年4月1日現在)

問18. 主な看護・介護者の健康状況はいかがですか。(1つ回答)

1. 良好
2. 普通(特に問題はない)
3. 不良(通院は必要ない)
4. 不良(看護・介護のため通院できない)
5. 不良(通院中:月●回、または年●回)

1つ回答 5の場合→ (通院中:月 回、または年 回)

問19-1. 主な看護・介護者の一日の合計の平均睡眠時間はどれくらいですか。(1つ回答)

1. 3時間未満
2. 3時間以上4時間未満
3. 4時間以上5時間未満
4. 5時間以上6時間未満
5. 6時間以上(●時間)

1つ回答 6の場合→ (●時間)

問19-2. 主な看護・介護者の睡眠の形態はどれくらいですか。(1つ回答)

1. まとまった睡眠時間がとれている
2. 睡眠がとれる日と、とれない日がある
3. 睡眠がいつも断続的である(看護・介護等のため、短時間の睡眠が数回になる)

1つ回答

問19-3. 主な看護・介護者は、一晩に医療的ケアで何回程度起きますか。

●回

問20. 主な看護・介護者の就労状況はいかがですか。(1つ回答)

1. 就労したいが、看護・介護のため就労できない
2. 就労希望がある、または就職活動中
3. 就労希望はない
4. 就労している(週 日、一日 時間)
5. 産休・育休中

1つ回答 4の場合→ (週 日、一日 時間)

問21. 主な看護・介護者に、事前に予定(兄弟姉妹の行事、看護・介護者の外出予定等)が入っていることが分かっているときどうされていますか。(複数回答)

- 同居の家族が看護・介護をする
- 別居の親族に看護・介護を依頼する
- 訪問看護師に依頼する
- ホームヘルプサービス(居宅介護)を利用する
- 通所事業所(日中一時支援・放課後等デイサービス等)を利用する
- ショートステイ(短期入所)を利用する
- 短期入院・レスパイト入院を利用する
- 1~7以外のサービスを利用する
- 友人・知人に依頼する
- 看護・介護できなくなるような予定は作らない
- 特に何もしない(一人で留守番ができる)
- これまでそのような経験がない

複数回答

8の場合→ 自由記述

問22. 主な看護・介護者が緊急で看護・介護できなくなったときどうされていますか。(複数回答)

- 同居の家族が看護・介護する
- 別居の親族に看護・介護を依頼する
- 訪問看護師に依頼する
- ホームヘルプサービス(居宅介護)を利用する
- 通所事業所(日中一時支援・放課後等デイサービス等)を利用する
- ショートステイ(短期入所)を利用する
- 短期入院・レスパイト入院を利用する
- 1~7以外のサービスを利用する
- 友人・知人に依頼する
- その他
- 特に何もしない(一人で留守番ができる)
- これまでそのような経験がない

複数回答

8の場合→ 自由記述

10の場合→ 自由記述

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。(複数回答)

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

複数回答

その他の場合→

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つ選択)

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

1つ回答

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)

学校教育等について

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。(複数回答)

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

複数回答

その他の場合→

問26-1. 未就学児の方にかがいます。
現在の通園状況について、当てはまるもの全てを選択し、通園日数を記入してください。

1. 幼稚園(週 日)	当てはまる場合のみ変更
2. 特別支援学校幼稚部(週 日)	当てはまる場合のみ変更
3. 保育所(週 日)	当てはまる場合のみ変更
4. 認定こども園(保育を必要としない1号認定)(週 日)	当てはまる場合のみ変更
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)	当てはまる場合のみ変更
6. 小規模保育事業所(週 日)	当てはまる場合のみ変更
7. 認可外保育施設(企業内保育所を含む)(週 日)	当てはまる場合のみ変更
8. その他(週 日)	<input type="text" value="自由記述"/>
9. どこにも通っていない	当てはまる場合のみ変更

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選択し、登校日数を記入してください。

- 1. 小学校、中学校、高等学校、専門学校、大学・大学院(週 日) 当てはまる場合のみ変更
- 2. 特別支援学校(週 日) 当てはまる場合のみ変更
- 3. 訪問教育(家庭)(週 日) 当てはまる場合のみ変更
- 4. 訪問教育(施設)(週 日) 当てはまる場合のみ変更
- 5. 施設内教育(週 日) 当てはまる場合のみ変更

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。(複数回答)

- 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

1つ回答

その他の場合→ 自由記述

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。

- 1.【移動の方法】 当てはまるもの全てを選択してください
- ア. 徒歩
 - イ. 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

複数回答

その他の場合→ 自由記述

- 2.【所要時間(片道)】 1つだけ選択してください
- ア. 30分未満
 - イ. 30分~1時間未満
 - ウ. 1時間以上

1つ回答

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を選択してください。

- 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

複数回答

その他の場合→ 自由記述

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。

- 1.【付き添い頻度(回数)】 当てはまるものを1つ選択してください

(回答欄) 週●回、月●回、学校からの求めに応じて、その他

1つ回答

その他の場合→ 自由記述

- 2.【1回の付き添い時間】 当てはまるもの全てを選択してください

- ア. 常に、医療的ケアを行うため付き添いを必要とする。
- イ. 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

1つ回答

その他の場合→ 自由記述

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。(複数回答)

- 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

複数回答

問27. 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選択してください。

- 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
- 9. 医療的ケアが必要なことで入園・入学を断られたことがある

7. その他の場合→	自由記述	複数回答
9. 断られた先(幼稚園・保育所・認定こども園、特別支援学校、小学校等)→		1つ選択
9. 断られた理由となった主な医療的ケアの内容(問9のうち)→		1つ選択

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選択し、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)	当てはまる場合のみ変更
2. 児童発達支援(単独通園) (週 日)	当てはまる場合のみ変更
3. 放課後等デイサービス (週 日)	当てはまる場合のみ変更
4. 学童保育 (週 日)	当てはまる場合のみ変更
5. 生活介護 (週 日)	当てはまる場合のみ変更
6. 日中一時支援(デイサービス) (週 日)	当てはまる場合のみ変更
7. 就労移行支援 (週 日)	当てはまる場合のみ変更
8. 就労継続支援 (週 日)	当てはまる場合のみ変更
9. 就労先 (週 日)	当てはまる場合のみ変更
10. その他(週 日)	自由記述
11. ない →「11.ない」に該当する方は問31へ	当てはまる場合のみ変更

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選択し、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選択してください

- ア. 口鼻腔内吸引
- 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

	複数回答
その他の場合→	自由記述

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	当てはまる場合のみ変更
看護師、准看護師以外の職員	当てはまる場合のみ変更
家族	当てはまる場合のみ変更
ご本人(セルフケア)	当てはまる場合のみ変更
職員の誰が行っているか知らない	当てはまる場合のみ変更

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

【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)	理由を選択	
2. 児童発達支援(単独通園)	理由を選択	
3. 放課後等デイサービス	理由を選択	
4. 学童保育	理由を選択	
5. 生活介護	理由を選択	
6. 日中一時支援(デイサービス)	理由を選択	
7. 就労移行支援	理由を選択	
8. 就労継続支援	理由を選択	
9. 就労先	理由を選択	
10. その他	理由を選択	

【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選択してください。

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

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

【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. ご本人がいやがった
7. 必要性を感じなくなった
8. その他

問33-2. 問32で「20. 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。ここ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	理由を選択	
2. 訪問看護	理由を選択	
3. 訪問歯科診療	理由を選択	
4. 訪問入浴	理由を選択	
5. 訪問リハビリテーション	理由を選択	
6. リハビリテーション(医療機関に受診して実施)	理由を選択	
7. リハビリテーション(通所施設等で実施)	理由を選択	
8. 訪問薬剤管理指導	理由を選択	
9. 居宅介護(ホームヘルプ)	理由を選択	
10. 重度訪問介護	理由を選択	
11. 移動支援	理由を選択	
12. 保育所等訪問支援	理由を選択	
13. 居宅訪問型児童発達支援	理由を選択	
14. 短期入院・レスパイト入院	理由を選択	
15. 短期入所	理由を選択	
16. 放課後デイサービス	理由を選択	
17. 共同生活援助(グループホーム)	理由を選択	
18. 障害者相談支援専門員による計画相談	理由を選択	
19. その他	理由を選択	

【理由】

1. 制度やサービスの内容を知らない
2. 利用するための手続きや利用方法が分からない
3. サービスを提供してくれる施設や事業所が近くにない
4. 利用できるサービスの量(日数、時間数、回数等)が足りない
5. サービス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. サービスを使うための送迎がない
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33-3. 医療的ケア児等コーディネーターについて伺います。
医療的ケア児等コーディネーターを知っていますか。
またご本人に医療的ケア児等コーディネーターは専任されていますか。

1. 【認知について】 1つだけ選択してください

- ア. 何をしてくれるのか知っている
- イ. 名前だけは知っている・聞いたことがある
- ウ. 知らない
- エ. 聞いたことがない

1つ回答

2. 【専任について】 1つだけ選択してください

- ア. コーディネーターは専任されており、連絡もとっている
- イ. コーディネーターは専任されているが、あまり連絡はとっていない
- ウ. コーディネーターは専任されていないが、それに類する人が伴走してくれている
- エ. コーディネーターは専任されていない・わからない

1つ回答

サービス利用や医療的ケア児等コーディネーター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)

災害時・緊急時の対策について

問34. 災害時に備えて医療的ケアに関する物品で保有していますか。
当てはまるものを全て選択してください。

【保有の有無】

- 1. ひとつも保有していない
- 2. 保有している

1つ回答

【その理由等】

(保有していない場合の理由)

- ア. 保管場所がない
- イ. 医療機関でなければ交換等ができない
- ウ. 備品は必要ない
- エ. その他保有していない理由

(保有している物品)

オ. 人工呼吸器や吸引機等の医療機器に使用する予備電源(バッテリー)

(運転可能時間 計●時間)

カ. 在宅酸素療法に使用する予備の酸素ポンプ

キ. 自家発電機の燃料

ク. 吸引や導尿、経管栄養等の処置に必要な予備の医療材料

ケ. 内服薬(最低7日分)、処方箋(内服の名前等がわかるもの)

コ. その他保有している物品

複数回答

オの場合→ (運転可能時間 計●時間)

その他の場合→ 自由記述

問35. 災害等緊急時にご本人の状況について、家族以外で誰に連絡するか決まっていますか。
当てはまる番号と項目を全て選択してください。

- 1. 決まっていない
- 2. 決まっている
 - ア. 近所や地域の方
 - イ. かかりつけの医療機関
 - ウ. 病院ケースワーカー
 - エ. 訪問看護ステーション
 - オ. 地域の保健師
 - カ. 相談支援専門員
 - キ. 医療的ケア児等コーディネーター
 - ク. その他

複数回答

その他の場合→ 自由記述

問36-1. 災害時の避難場所はどこを想定していますか。

1. 決まっていない
2. 決まっている
 - ア. 自宅避難を想定
 - イ. 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

1つ回答 その他の場合→ 自由記述

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

1つ回答

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。災害対策基本法の改正に伴い、医療的ケア児者も名簿の対象になりました。)

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(理由を自由記述欄に記載)
 - ウ. 知っているが、登録したくない(理由を自由記述欄に記載)
 - エ. 知っているが、決めていない(理由を自由記述欄に記載)
 - オ. 知らなかったので、今後登録したい
 - カ. 知らなかったが、登録したくない(理由を自由記述欄に記載)
 - キ. 知らなかったが、まだ決められない(理由を自由記述欄に記載)
 - 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

複数回答

理由について記載ください→ 自由記述

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つまで選択してください

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たときに診察や処方箋なしでも手に入れたい
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

3つまで回答

その他の場合→ 自由記述

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。

