

## 【令和 8 年度医療的ケア児者実態調査（都民調査）】

※ 本調査の対象となるのは、以下のいずれかに該当する、東京都内で在宅生活をする方です。本調査では、以下の方を「ご本人」と記載します。

※グループホームや施設に入所されている方は含みません

### ① 医療的ケア児

問 3 の設問に記載する医療的ケアのいずれかが日常的に必要な 18 歳未満の方

### ②医療的ケア者

ア 医療的ケア児であった 18 歳以上 65 歳未満の方で、日常的に医療的ケアが必要な方

イ 日常的に医療的ケアが必要な 18 歳以上 65 歳未満の方のうち、自立した生活を営むことが困難な方

※夜間の CPAP（経鼻的持続陽圧呼吸療法）のみ、在宅酸素療法のみの方等は対象外です

### ③重症心身障害児者

重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している 65 歳未満の方

## 【回答者の状況】

問 1 このアンケートは、上記に該当するご本人またはそのご家族が回答してください。どなたが記入されているか、ご本人から見た関係でお答えください。必須

本人  父  母  兄弟姉妹  配偶者  祖父・祖母  子  その他

問 2 回答者の年代をご記入ください。必須

10 代  20 代  30 代  40 代  50 代  60 代  70 代  80 代  90 歳以上

【ご本人の状況】

問3 現在、日常的に行っている医療的ケアを教えてください。当てはまるものを全て選択してください。必須

- 医療的ケアは不要
- 人工呼吸器の管理（鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、ネーザルハイフロー、間歇的陽圧吸入法高頻度胸壁振動装置（スマートベスト等）を含む。）
- 排痰補助装置（カフアシストやコンフォートカフ等）
- 気管切開の管理
- 鼻咽頭エアウェイの管理
- 酸素療法
- 吸引（口鼻腔・気管内吸引に限る）
- ネブライザーの管理
- 経管栄養（経鼻胃管、胃ろう、経鼻腸管、経胃ろう腸管、腸ろう又は食道ろう）
- 経管栄養（持続経管注入ポンプ使用）
- 中心静脈カテーテルの管理（中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬等）
- 皮下注射（インスリン、麻薬等）
- 皮下注射（持続皮下注射ポンプ使用）
- 血糖測定（持続血糖測定を含む。埋め込み式血糖測定以外）
- 血糖測定（埋め込み式血糖測定による）
- 継続的な透析（血液透析、腹膜透析）
- 間欠的導尿（間隔を空けて実施する導尿）
- 持続的導尿（尿道留置カテーテル、膀胱ろう、腎ろう、尿路ストーマ）
- 排便管理（消化管ストーマ）
- 排便管理（摘便、洗腸）
- 排便管理（浣腸）
- 痙攣時の座薬挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置、経鼻・頬粘膜投与
- その他

問4 医療的ケア判定スコアのうち、基本スコア、見守りスコア、判定スコア（日中）、判定スコア（夜間）をご記入ください。（分からない方は「不明」を選択してください）※スコアについては実態調査 HP 上の参考資料をご参照ください。

**必須**

基本スコア（日中）※問3で「医療的ケアは不要」を選択した方は回答不要です。

基本スコア（夜間）※問3で「医療的ケアは不要」を選択した方は回答不要です。

見守りスコア ※問3で「医療的ケアは不要」を選択した方は回答不要です。

判定スコア（日中）※問3で「医療的ケアは不要」を選択した方は回答不要です。

判定スコア（夜間）※問3で「医療的ケアは不要」を選択した方は回答不要です。

問5 ご本人のお住まいの区市町村を教えてください。**必須**

問6 ご本人の年齢（令和8年4月1日時点）を選択してください。**必須**

問7 医療的ケアが必要となった理由は何ですか。(複数選択可) 必須

※問3で「医療的ケアは不要」を選択した方は回答不要です。

- 先天性の病気 難病(国指定・都指定) 出生時の異常 後天性の病気 基礎疾患の進行  
事故 原因不明 検査中 わからない・回答しない その他

問8 医療的ケアが必要となった年代を教えてください。必須

※問3で「医療的ケアは不要」を選択した方は回答不要です。

- 生後すぐ 0歳(生後すぐを除く)～5歳 6～12歳 13～17歳 18～29歳 30代   
40代 50代 60代 わからない・回答しない

問9 ご本人は、NICU・GCUへの入院経験がありますか。必須

- 生後すぐに入院経験あり 生後すぐではないが入院経験あり 入院経験なし わからない・回答しない  
その他

問10 ご本人の身体障害者手帳の取得の有無及び障害の種別について教えてください。当てはまるものを全て選択してください。必須

- なし 申請中 視覚障害 聴覚障害 平衡機能障害 音声・言語機能の障害 そしゃく機能の障  
害 肢体不自由(上肢) 肢体不自由(下肢) 肢体不自由(体幹機能) 肢体不自由(脳病  
変による運動機能障害) 心臓機能障害 じん臓機能障害 呼吸機能障害 ぼうこう又は直腸機能  
障害 小腸機能障害 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 肝機能障害 わからない・回答しな  
い その他

問11 ご本人の愛の手帳の取得の有無及び等級について教えてください。必須

- なし 申請中 1度 2度 3度 4度 わからない・回答しない

問12 ご本人の精神障害者保健福祉手帳の取得の有無及び等級について教えてください。必須

- なし 申請中 非該当 1級 2級 3級 わからない・回答しない

問13 ご本人の障害支援区分について教えてください。必須

- なし 申請中 非該当 区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6 わか  
らない・回答しない

問 14 ご本人が 40 歳以上かつ、介護保険（第二号被保険者）の対象となっている場合、回答してください。

※40 歳以上 65 歳未満で、健保組合、全国健康保険協会、国保などの医療保険加入者が対象となります

介護保険（第二号被保険者）の対象者である

問 15 ご本人の小儿慢性特定疾病医療費支給認定について教えてください。

認定あり  申請中

問 16 ご本人が難病（国指定・都指定）に罹患している場合、回答してください。

難病（国指定・都指定）に罹患している

問 17 ご本人の運動機能について教えてください。当てはまるものを全て選択してください。必須

追視（目で物を追う）  頸定（首が座っている）  寝返り  座位保持（装置や介助があれば座れる）  座位保持（介助なしで座れる）  腹ばい移動（ずりばい）  背ばい移動  四つ這い移動（ハイハイ）  つかまり立ち  車いすによって自ら移動  伝い歩き  独歩（介助なし）  走れる（介助あり）  走れる（介助なし）  わからない・回答しない  その他

問 18 ご本人のコミュニケーション手段について教えてください。当てはまるものを全て選択してください。必須

コミュニケーションがほとんどできない  表情、目の動き  
 声（あー、うー等のなん語を含む）や手振りや身振り  単語による意思表示  
 会話  手話  文字盤  
 意思伝達装置  わからない・回答しない  その他

問 19 医療的ケアを実施する主な介護者の関与度を教えてください。必須

※問 3 で「医療的ケアは不要」を選択した方は回答不要です。

ご本人が介護者の見守りや補助なく医療的ケアができる  
 定時対応やご本人の意思表示により、介護者が見守りや補助をすれば、ご本人が医療的ケアできる  
 ご本人では医療的ケアができないが、定時対応やご本人の意思表示により、介護者が医療的ケアを行う  
 ご本人が医療的ケアが必要だと意思表示ができず、介護者がご本人の状態を観察して医療的ケアを行う必要がある  
 わからない・回答しない  その他

問 20 (成人の方のみ) ご本人の就労の状況について教えてください。必須

- 就労継続支援 A 型事業所で就労  就労継続支援 B 型事業所で就労
- 地域活動支援センターで就労
- 一般就労 (正社員・常勤職員)  一般就労 (契約社員・派遣社員・非常勤職員)
- 自営業・フリーランスとして就労  パート・アルバイトとして就労  就労しておらず、就職活動をしている
- 就労しておらず、就職活動はしていない  わからない・回答しない  その他

問 21 (就労している方のみ) 就労先の配慮について教えてください。(複数選択可) 必須

- 特に配慮は受けていない  医療的ケアに応じた勤務時間の調整  体調に合わせた休暇の取得がしやすい
- 在宅勤務の利用が可能  仕事量や業務内容の調整  バリアフリー環境の整備  勤務中介助者訪問時のケアに別室を利用  わからない・回答しない  その他

### 【家族の状況】

問 22 ご本人と同居する家族構成を教えてください。当てはまるものを全て選択してください。ご本人からみた関係でお答えください。必須

- 本人のみ  父  母  兄弟姉妹  配偶者  祖父  祖母  子  その他

問 23 家族の中で主な介護者はどなたですか。(同じくらい介護をしている場合などは複数選択可(2人まで)) 必須

- 家族の介護者なし  父  母  祖父母  兄弟姉妹  兄弟姉妹の配偶者
- その他

問 24 ご本人の父の状況を教えてください。必須

- いる(同居)  いる(別居)  いない(死別)  いない(離別)  その他

問 25 父が「いる」の場合、父の就労状況を教えてください。(複数ある場合は主なものを選択してください) 必須

- 就労中(正社員・常勤職員)  就労中(契約社員・派遣社員・非常勤職員)  就労中(自営業・フリーランス)  就労中(パート・アルバイト)
- 育児休業中  介護休業中  就労していない
- わからない・回答しない  その他

問 26 父が「いる」かつ「就労していない」の場合、今後の就労の希望はありますか。(複数選択可) 必須

- 就労希望はない  就労希望があるが、介護のため就労が難しい
- 就労希望があるが、介護負担以外理由で、就労や就職活動をしていない
- 就労希望があり、子どもの預け先（レスパイト）があれば働きたい
- 就労希望があり、短時間、柔軟な勤務が許容される職場なら働きたい
- 就労希望があり、就職活動をしている  わからない・回答しない  その他

問 27 ご本人の母の状況を教えてください。必須

- いる（同居）  いる（別居）  いない（死別）  いない（離婚）  その他

問 28 母が「いる」の場合、母の就労状況を教えてください。(複数ある場合は主なものを選択してください) 必須

- 就労中（正社員・常勤職員）  就労中（契約社員・派遣社員・非常勤職員）  就労中（自営業・フリーランス）  就労中（パート・アルバイト）
- 産休中・育児休業中  介護休業中  就労していない
- わからない・回答しない  その他

問 29 母が「いる」かつ「就労していない」と回答した方にお聞きます。今後、就労の希望はありますか。必須

- 就労希望はない  就労希望があるが、介護のため就労が難しい
- 就労希望があるが、介護負担以外理由で、就労や就職活動をしていない
- 就労希望があり、子どもの預け先（レスパイト）があれば働きたい
- 就労希望があり、短時間、柔軟な勤務が許容される職場なら働きたい
- 就労希望があり、就職活動をしている  わからない・回答しない  その他

問 30 主な介護者が、介護等を理由に就業上の不利益を受けたことがあれば教えてください。(複数選択可) 必須

※問 23 で「家族の介護者はなし」を選択した方は回答不要です。

- 勤務時間の制限  仕事の機会を逃す  転職等での条件不一致  休暇の取得困難  解雇・契約終了
- 昇進・昇給の遅れ  配置転換  受けたことはない  わからない・回答しない  その他

問 31 主な介護者が、現在の就業の有無にかかわらず、ご本人の介護等のため、就業先に望むことについて教えてください。（複数選択可） **必須**

※問 23 で「家族の介護者はなし」を選択した方は回答不要です。

- 休暇の柔軟な取得  休暇の取得可能日数  在宅勤務（完全）  在宅勤務（必要な際）  自宅に近い勤務地  業務量の配慮  職場の理解  特になし  わからない・回答しない  その他

問 32 ご本人の介護について、父母以外の親族の協力状況について教えてください。※複数の親族がいらっしゃる場合は、合計した状況でご回答ください。 **必須**

※問 23 で「家族の介護者はなし」を選択した方は回答不要です。

- 毎日・ほぼ毎日  定期的に週 2・3 日  定期的に週 1 日  随時（お願いした時等）  協力は困難  わからない・回答しない  その他

問 33 主な介護者の 1 日の平均的な合計睡眠時間はどれくらいですか。（主な介護者 2 人の場合はどちらかお一人の方について教えてください） **必須**

※問 23 で「家族の介護者はなし」を選択した方は回答不要です。

- 3 時間未満  3 時間以上 4 時間未満  4 時間以上 5 時間未満  5 時間以上 6 時間未満  
 6 時間以上 7 時間未満  7 時間以上 8 時間未満  8 時間以上  わからない・回答しない

問 34 主な介護者の睡眠の形態は、平均するとどのような状況ですか。（主な介護者が 2 人の場合はどちらかお一人の方について教えてください） **必須**

※問 23 で「家族の介護者はなし」を選択した方は回答不要です。

- 睡眠をまとめてとれる日がとても多い  睡眠をまとめてとることができる日が多い  断続的にしか睡眠をとることができない日が多い  断続的にしか睡眠をとることができない日がとても多い  わからない・回答しない  その他

問 35 主な介護者は、一晩につき医療的ケア等で何回程起きますか。（主な介護者が 2 人の場合はどちらかお一人の方について教えてください） **必須**

※問 23 で「家族の介護者はなし」を選択した方は回答不要です。

- 1 回未満  1～2 回程度  3～4 回程度  5 回以上  特に起きる必要はない  わからない・回答しない  その他

問 36 緊急な事態で、主な介護者による医療的ケア児者の対応が困難な場合、同居のご家族以外で対応を頼める相手はいますか。いる場合、それはどなたですか。当てはまるものを全て選択してください。必須

※問 23 で「家族の介護者はなし」を選択した方は回答不要です。

- 別居の親族 友人・知人 居宅介護（ホームヘルパー） 短期入所（ショートステイ）
- 訪問看護 生活介護 児童発達支援 放課後等デイサービス 放課後児童クラブ
- いない わからない・回答しない その他

### サービスの利用状況・評価

問 37 以下のサービスのうち、現在利用しているサービスを教えてください。必須

- 訪問診療 訪問看護 訪問看護（在宅レスパイト・就労等支援事業） 訪問看護（難病レスパイト事業） 東京都在宅重症心身障害児（者）等訪問事業 訪問歯科 訪問リハビリ 訪問薬局
- 訪問入浴 居宅介護（ホームヘルプ） 重度障害者等包括支援 重度訪問介護 短期入所（宿泊を伴うもの） 特定短期入所（日帰り型） レスパイト入院 行動援護 同行援護 療養介護
- 生活介護 自立訓練（機能訓練） 自立訓練（生活訓練） 就労移行支援 就労継続支援 A 型（雇用型） 就労継続支援 B 型（非雇用型） 就労定着支援 就労選択支援 計画相談支援 障害児相談支援 移動支援 移動支援（医療的ケア対応） 日中一時支援 児童発達支援 居宅訪問型児童発達支援 居宅訪問型保育事業 放課後等デイサービス 保育所等訪問支援 自立生活援助 地域移行支援 地域定着支援 緊急一時預かり支援 訪問型生涯学習支援 当てはまるものはない わからない・回答しない その他

問 38 以下のサービス（訪問系）のうち、利用の有無に関わらず、必要だが不足を感じているサービスを教えてください。（最大 3 個まで選択）必須

- 訪問診療 訪問看護 訪問看護（在宅レスパイト・就労等支援事業） 訪問看護（難病レスパイト事業） 東京都在宅重症心身障害児（者）等訪問事業 訪問歯科 訪問リハビリ 訪問薬局
- 訪問入浴 居宅介護（ホームヘルプ） 重度訪問介護 行動援護 同行援護 移動支援 移動支援（医療的ケア対応） 居宅訪問型児童発達支援 居宅訪問型保育事業 保育所等訪問支援 訪問型生涯学習支援 当てはまるものはない わからない・回答しない その他

問 38（上の設問で選択したサービス）のどのような点が課題と感じていますか。当てはまるものを全て選択してください。必須

- サービスを利用しているが、回数や期間が十分ではない
- サービスを利用しているが、使いたいタイミングで使えない
- 利用したい施設や事業所の定員が超過、人手不足のために利用を断られ利用できない
- 利用したいサービスの受入条件が折り合わず、利用できない
- 利用したい事業所が家の近くになく、利用できない
- わからない・回答しない その他

問 39 以下のサービス（訪問系以外）のうち、利用の有無に関わらず、不足と感じているサービスを教えてください。  
（最大3個まで選択） 必須

<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 短期入所（宿泊を伴うもの） <input type="checkbox"/> 特定短期入所（日帰り型） <input type="checkbox"/> レスパイト入院 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 A 型（雇成型） <input type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型（非雇成型） <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 就労選択支援 <input type="checkbox"/> 計画相談支援 <input type="checkbox"/> 障害児相談支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム） <input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 <input type="checkbox"/> 緊急一時預かり支援 <input type="checkbox"/> 当てはまるものはない <input type="checkbox"/> わからない・回答しない <input type="checkbox"/> その他
---

問 39 （上の設問で選択したサービス）のどのような点が課題と感じていますか。当てはまるものを全て選択してください。  
必須

<input type="checkbox"/> サービスを利用しているが、回数や期間が十分ではない <input type="checkbox"/> サービスを利用しているが、使いたいタイミングで使えない <input type="checkbox"/> 利用したい施設や事業所の定員が超過、人手不足のために利用を断られ利用できない <input type="checkbox"/> 利用したいサービスの受入条件が折り合わず、利用できない <input type="checkbox"/> 施設が家の近くになく、利用できない <input type="checkbox"/> わからない・回答しない <input type="checkbox"/> その他
--

**【今後の住まいについて】**

問 40 ご本人の将来的な住まいとして、共同生活援助（グループホーム）の利用や、施設入所の希望はありますか。  
（複数選択可） 必須

<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）の利用を希望 <input type="checkbox"/> 施設入所（障害児入所施設・障害者支援施設・療養介護等）を希望 <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> わからない・回答しない <input type="checkbox"/> その他
--

問 41,42（「利用を希望」「入所を希望」と回答した方）希望するおおよその時期を回答してください。 必須

共同生活援助（グループホーム）の利用 <input type="checkbox"/> 数年以内 <input type="checkbox"/> 3年以上先 <input type="checkbox"/> 10年以上先 <input type="checkbox"/> 20年以上先 <input type="checkbox"/> わからない・回答しない
施設入所（障害児入所施設・障害者支援施設・療養介護等） <input type="checkbox"/> 数年以内 <input type="checkbox"/> 3年以上先 <input type="checkbox"/> 10年以上先 <input type="checkbox"/> 20年以上先 <input type="checkbox"/> わからない・回答しない

問 43 現在、共同生活援助（グループホーム）を利用していない、または施設に入所していない理由として当てはまるものを回答してください。（複数選択可） 必須

- ご本人が希望していない 本人が可能な限り自宅で暮らしたいと考えている 家族等が可能な限り同居したいと考えている 希望しているが入居/入所できない 安心して入居/入所できるグループホーム/施設が見つからない グループホームがどのようなところかわからない 障害児入所施設や障害者支援施設、療養介護がどのようなところかわからない 医療との連携が見込めない わからない・回答しない その他

#### 【相談先】

問 44 ご本人の医療的ケア等に関する情報はどこから取得していますか。3 個まで選択可能です。 必須

- かかりつけ医または主治医 訪問医師 通院先の看護師 通院先のソーシャルワーカー 訪問看護師 ホームヘルパー 相談支援専門員 医療的ケア児等コーディネーター
- 障害福祉サービス事業所の職員 保育所や幼稚園の職員 学校の教員 学童クラブの職員 東京都医療的ケア児支援センター 区市町村の医療的ケア児相談窓口 区市町村の職員（医療的ケア児相談窓口を除く） 保健所・保健センターの職員（保健師等） 区市町村のホームページ
- 当事者団体の相談窓口 当事者団体のホームページ 当事者団体の定例会等 当事者の SNS（ブログ等含む） 通園・通学・通所先の保護者・家族会 友人 情報を得ていない わからない・回答しない その他

問 45 医療的ケアが必要な方の生活や医療的ケア等に関して、どのような情報を得たいですか。（5 個まで選択可能です。） 必須

- 障害福祉サービス
- 支援者、医療的ケア児等コーディネーター
- 医療サービス
- 経済的な助成制度
- 機能訓練（PT・OT・ST・摂食嚥下など）
- 日常生活用具の給付
- 住宅改善、福祉住宅
- 緊急時の相談窓口
- 救急外来
- 緊急時の預かり先
- 保育所、幼稚園、交流保育
- 小・中学校（普通級、特別支援級、副籍制度、交流授業）
- 特別支援学校、特別支援教育
- 高等部卒業後の医療・福祉・教育
- 高等部卒業後の余暇・居場所、生涯学習
- パラスポーツ、e-スポーツ
- コミュニケーション支援、支援機器
- 成人医療への移行（小児科から内科へなど）
- ご本人のきょうだい児の支援
- 災害時の避難支援、在宅避難支援
- 災害時の支援（その他）
- 当事者団体等
- 親亡き後に係る支援
- 得たい情報はない
- わからない・回答しない
- その他

【ご家族の困りごと】

問 46 医療的ケアが必要な方と生活する上で、主な介護者の方は、どのようなことに困っていますか。（5 個まで選択可能です。） 必須

※問 1 で「本人」を選択した方は回答不要です。

- 複数のサービスを利用しても介護負担が軽減されない
- 複数の事業所や職員と連絡・調整を行うことが負担である
- 緊急時に預けられるところがない
- 通院が負担
- 入院時に付き添いを求められる
- 日中活動の場を利用する時に付き添いを求められる
- サービス利用に係る費用で家計が圧迫されている
- 医療的ケア児者等のサービスや助成制度の情報を得る手段が乏しい
- 小児診療科からの移行先が見つからない
- 短期入所（ショートステイ）を利用できる回数が少ない、希望しても利用できない
- 長期入所を申し込んでいるが利用できない
- 長期入所を検討したいが施設の選択肢が少ない
- 主な介護者が、休養が取れず健康を保てない
- 急変時の心配等、常に緊張を強いられて気持ちが落ち着かない
- 自分の用事（受診、買い物、リフレッシュ等）の時間をもつことができない
- 移動（外出）が困難である
- 外出先にバリアフリートイレが少ない
- ご本人のきょうだいの学校行事や習い事のための時間がとれない
- ご本人のきょうだいとの時間をもつことができない
- 就労することができない、就労していても自分の望むように働くことができない
- 主な介護者が病気である
- 主な介護者の体力低下・認知力低下
- 同居家族がケアを代われない
- 家族以外の話し相手がいない
- 災害時の対応がわからない
- 困っていることはない
- 将来どんなことに困るかよくわからない
- わからない・回答しない
- その他

## 【災害対策について】

問 47 現在行っている災害時の備えについて、当てはまるものを全て選択してください。必須

- 自宅の耐震診断済み  家具の転倒防止・ガラス飛散防止対策済み
- 災害時の医療的ケアに必要な消耗品・医療材料を準備
- 医療機器用の内部バッテリー・外部バッテリーの稼働時間を把握
- 予備バッテリーや発電機・燃料を準備  蓄電機の定期的な点検  発電機の定期的な点検・起動訓練
- 非常用の備品・電源の定期的な点検・更新・補充
- 水・食料・医薬品・ケア用品等の備蓄
- 玄関等への避難通路を確保  避難する場合の避難具や移動手段を確保  ノンパンクタイヤ(車いす等)
- 一次避難所を確認  福祉避難所を確認  区市町村の防災マップを確認  区市町村の防災ポータル等を確認  通信手段と電源を確保
- 避難場所・避難所への避難路を確認  水害時の避難場所を確認  水害時の避難路を確認
- 災害時の支援者を決めている
- 避難行動要支援者名簿に登録が済んでいる
- 災害時個別支援計画を作成
- 災害時個別避難計画を作成
- 防災訓練・避難訓練に参加
- わからない・回答しない
- その他

問 48 災害時に必要な備品（停電時対応）を購入されている方にお伺いいたします。どのような物品を準備されていますか。当てはまるものを全て選択してください。

※問 47 で「災害時の医療的ケアに必要な消耗品・医療材料を準備」または「予備バッテリーや発電機・燃料を準備」を選択した方のみ回答してください。

- 自家発電装置  無停電電源装置（医療機器対応）  蓄電池  蘇生バッグ  手動式・足踏み式吸引器  その他

### （項目説明）

自家発電装置・・・ガソリン又はカセットボンベ等を使用し、停電時でも、単体で発電可能なもの

無停電電源装置・・・停電した瞬間に、機器が停止しないよう一時的に電力を供給し続ける装置

蓄電池・・・充電を行うことにより繰り返し使用することが出来る電池やバッテリー※無停電装置に内蔵されるものを除く

蓄電機・・・壁コンセント、自家発電装置、太陽光パネル、車等から充電する

吸引器・・・充電式又は足踏み式等、使用時に電源供給を要しないもの

問 49 今後準備を予定されている物がありますか。当てはまるものを全て選択してください。

- 自家発電装置  無停電電源装置（医療機器対応）  蓄電池  蘇生バッグ  手動式・足踏み式吸引器  その他

問 50 災害時に必要な備品を購入されていない方にお伺いいたします。災害時備品を購入していない理由について、当てはまるものを全て選択してください。

※問 47 で「災害時の医療的ケアに必要な消耗品・医療材料を準備」または「予備バッテリーや発電機・燃料を準備」を選択した方は回答不要です。

- 災害時に備えて何が必要かわからない  
 必要性を感じない  
 高額で購入が難しい  
 近隣に電源を確保できる施設がある  
 保管、取り扱い等が難しい  
 購入予定  
 その他

問 51 東京都への御意見があれば、ご記載ください。(自由回答)