

資料

入院中の子どもに付き添う家族の生活実態調査 2025

アンケート調査票

はじめにお読みください

本調査は病院からも独立して行われるものです。

このアンケートに回答することによって入院中あるいは通院中のお子さんの治療や療養などに不利益が生じることはありません。

また、アンケートの回答は統計的に処理され、特定の個人が識別される情報として公表されることもありません。

安心してご協力いただけますと幸いです。

【アンケート回答に関する注意点】

- 2021年1月～2025年11月現在までの期間に、0～17歳の子どもの入院に付き添っていた人が対象になります。
- この期間で複数回入院した場合は、最も長期間に及んだ入院についてご回答ください。
- この期間で2つ以上の病院に入院した場合は、最も長期間入院していた病院についてご回答ください。
- 「付き添い」とは、「付き添い入院」と「面会」の両方を指します。
「付き添い入院」とは、病室に泊まり込んでいる場合を指します。
「面会」とは、通いの付き添いを指します
(ホテルや家族の滞在施設などに泊まり込んで通っている場合もこちらに該当します)。
- 赤の★印は回答必須項目です。
- 途中で一時保存が可能です。ページ右上の「保存して後で続ける」をクリックしてください。
- 質問項目数は50～80問（回答内容によって異なります）。アンケート所要時間は15-20分です。

【お子さんの入院についてお伺いします。】

Q1 入院しているお子さんの入院時の年齢を教えてください。すでに退院されている方も入院時の年齢を教えてください。

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 1 歳未満 | ☐ 5～6 歳未満 |
| ☐ 1～2 歳未満 | ☐ 6～10 歳未満 |
| ☐ 2～3 歳未満 | ☐ 10～14 歳未満 |
| ☐ 3～4 歳未満 | ☐ 15 歳以上 |
| ☐ 4～5 歳未満 | |

Q2 お子さんの病気の分類にあてはまるものをお選びください。

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 小児がん | ☐ 血液の病気 |
| ☐ 腎臓の病気 | ☐ 免疫の病気 |
| ☐ 呼吸器の病気 | ☐ 神経・筋の病気 |
| ☐ 心臓の病気 | ☐ 消化器の病気 |
| ☐ 内分泌の病気 | ☐ 染色体異常症と遺伝子疾患 |
| ☐ 膠原病 | ☐ 皮膚の病気 |
| ☐ 糖尿病 | ☐ わからない |
| ☐ 先天性代謝異常 | ☐ その他 |

Q3 お子さんの病名を教えてください。

Q4 お子さんが入院したのは、今からどのくらい前の時期ですか。この調査は 2021 年 1 月～2025 年 12 月に付き添いされた方が対象です。

- | | |
|---|---|
| ☐ 現在入院中 | ☐ 2～3 年以内（2023 年 1 月～12 月） |
| ☐ 1 年以内（2025 年 1 月～） | ☐ 3～4 年以内（2022 年 1 月～12 月） |
| ☐ 1～2 年以内（2024 年 1 月～12 月） | ☐ 4～5 年以内（2021 年 1 月～12 月） |

Q5 その際の入院期間を教えてください。

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ 1 週間未満 | ☐ 6 か月～1 年未満 |
| ☐ 1～2 週間未満 | ☐ 1 年～1 年 6 か月未満 |
| ☐ 2 週間～1 か月未満 | ☐ 1 年 6 か月～2 年未満 |
| ☐ 1～3 か月未満 | ☐ 2 年以上 |
| ☐ 3 か月～6 か月未満 | |

【入院していた病院について】

Q6 入院している・していた病院の分類にあてはまるものを選んでください。

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 大学病院（分院を含む） | ☐ それ以外の病院 |
| ☐ 子ども病院 | ☐ わからない |

Q7 入院している・していた病院の運営母体にあてはまるものを選んでください。

- | | |
|--|--------------------------------|
| ☐ 国公立（国立、県立、市立など） | ☐ わからない |
| ☐ 私立 | |

Q8 入院している・していた病院名を記入してください。

Q9 自宅から病院までかかる時間について教えてください。

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ 30 分未満 | ☐ 6～8 時間未満 |
| ☐ 30 分～1 時間未満 | ☐ 8～10 時間未満 |
| ☐ 1～2 時間未満 | ☐ 10～12 時間未満 |
| ☐ 2～4 時間未満 | ☐ 12 時間以上 |
| ☐ 4～6 時間未満 | |

Q10 病院に行くときの主な交通手段について教えてください。（最大 3 つまで）

- ☐ 電車
- ☐ 自家用車
- ☐ タクシー
- ☐ バス
- ☐ 自転車
- ☐ 徒歩
- ☐ その他

【入院の状況について】

Q11 どのような状況で入院しましたか。

- ☐ 緊急入院
- ☐ 予定入院（治療だけでなく検査入院、経過観察入院なども含む）

Q12 入院となった時間帯を教えてください。

- ☐ 日中（外来の対応時間）
- ☐ 夜間・早朝（外来終了後、外来開始前）
- ☐ その他

Q13 入院の目的は何ですか。すべてお選びください。

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| ☐ 治療 | ☐ 検査 |
| ☐ 手術 | ☐ その他 |

Q14 付き添いの形態を教えてください。

- * 「付き添い入院」とは、病室に泊まり込んでいる場合を指します。
- ・ 「面会」とは、通いの付き添いを指します（ホテルや家族の滞在施設などに泊まり込んで通っている場合もこちらに該当します）。

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 付き添い入院のみ | ☐ 面会のみ |
| ☐ 付き添い入院と面会の両方 | |

Q15 付き添いの形について選べましたか。

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 選べた | ☐ 選べなかった |
|------------------------------|---------------------------------|

Q16 あなたが付き添い・面会をしたお子さんが入院していた病室のタイプは何ですか。すべてお選びください。

* 多床室とは相部屋・大部屋のことを指します。

- | | |
|---|---|
| ☐ 個室（泊まり込み、親子同室・母子同室） | ☐ NICU（新生児集中治療室、原則として泊まり込み不可・面会のみ） |
| ☐ 個室（原則として泊まり込み不可、面会のみ） | ☐ PICU（小児集中治療室、原則として泊まり込み不可・面会のみ） |
| ☐ 多床室（泊まり込み、親子同室・母子同室） | ☐ その他 |
| ☐ 多床室（原則として泊まり込み不可・面会のみ） | |

Q17 付き添い中は主にどこに泊まりますか・泊まりましたか。すべてお選びください。

- | | |
|---|----------------------------------|
| ☐ 病室 | ☐ 親戚・知人の家 |
| ☐ 自宅 | ☐ 車中 |
| ☐ ホテル | ☐ その他 |
| ☐ 家族の滞在施設（マクドナルドハウスなど） | |

【付き添い入院・面会中について】

Q18 付き添い中にどのような世話やケアを行っていましたか。すべてお選びください。

- | | |
|---|---|
| ☐ 食事介助（授乳、ミルクの準備・哺乳、経管栄養の準備・注入を含む） | ☐ 遊び |
| ☐ 排泄ケア（オムツ交換を含む） | ☐ 精神的支援（子どもを抱きしめる、子どもの気持ちを聴く、子どもとよく話し合うなど） |
| ☐ 清潔ケア（入浴介助、清拭、汚物や嘔吐物の処理など） | ☐ 学習支援 |
| ☐ 服薬 | ☐ その他 |
| ☐ 見守り（診察・治療・検査等への同行を含む） | |
| ☐ 寝かしつけ | |

Q19 前の質問で回答した世話やケアに、1 日あたりどのくらいの時間を費やしましたか。

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ 1 時間未満 | ☐ 12～15 時間未満 |
| ☐ 1～3 時間未満 | ☐ 15～18 時間未満 |
| ☐ 3～6 時間未満 | ☐ 18～21 時間未満 |
| ☐ 6～9 時間未満 | ☐ 21～24 時間 |
| ☐ 9～12 時間未満 | |

Q20 付き添い中に行っていた世話やケアの中で、看護師にまかせたいことはどれですか。

すべてお選びください。

- | | |
|---|---|
| ☐ 食事介助（授乳、ミルクの準備・哺乳、経管栄養の準備・注入を含む） | ☐ 遊び |
| ☐ 排泄ケア（オムツ交換を含む） | ☐ 精神的支援（子どもを抱きしめる、子どもの気持ちを聴く、子どもとよく話し合うなど） |
| ☐ 清潔ケア（入浴介助、清拭、汚物や嘔吐物の処理など） | ☐ 学習支援 |
| ☐ 服薬 | ☐ まかせたいことはない |
| ☐ 見守り（診察・治療・検査等への同行を含む） | ☐ その他 |
| ☐ 寝かしつけ | |

Q21 なぜ、その世話やケアを看護師にまかせたいと思いましたか。

Q22 付き添い中に、看護師に子どものケアをまかせられないと思ったことがありますか

（親が付き添わないと安心できないと思ったことはありますか）。

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ ある | ☐ ない |
|-----------------------------|-----------------------------|

Q23 なぜ、まかせられないと思いましたか。すべてお選びください。

- | | |
|---|---|
| ☐ 親がそばにいないと、子どもが精神的に不安定になったから | ☐ 看護師が忙しく、十分に面倒を見てもらえないと感じたから |
| ☐ 子どもの行動（夜泣き等）が周囲の人に迷惑をかけていたから | ☐ 治療や処置に気がかりな点やケアレスミスがあり、安全面での不安を感じたから |
| | ☐ その他 |

Q24 看護師以外に子どもの世話やケアをまかせたい人はいますか・いましたか。すべてお選びください。

- | | |
|---|---|
| ☐ 保育士 | ☐ ボランティア（見守り、遊び） |
| ☐ チャイルドライフスペシャリスト（CLS）、子ども療養支援士（CCS）など病児を支援する専門職 | ☐ いない |
| | ☐ その他 |

【付き添い入院の方にお伺いします】

付き添いの形態として、「付き添い入院」もしくは「付き添い入院と面会の両方」を選んだ方にお伺いします。

Q25 付き添い入院を希望しましたか。

- | | |
|----------------------------------|--|
| ☐ 希望した | ☐ 希望する・しない以前に付き添いが必須だった |
| ☐ 希望していない | |

Q26 付き添い入院を希望した理由は何ですか。すべてお選びください。

- | | |
|--|---|
| ☐ 子どもが一人でいるのはかわいそうだった | ☐ 自宅から遠くて通うのが大変だった |
| ☐ 子どもが小さくて世話が必要だった | ☐ その他 |

Q27 付き添い入院を希望しなかった理由は何ですか。すべてお選びください。

- | | |
|---|---|
| ☐ 仕事を休めなかった | ☐ 自分の体調が思わしくなかった |
| ☐ きょうだい児の世話がいった | ☐ 子どもが自分で身の回りの世話をできた |
| ☐ ほかに子どもを妊娠中だった | ☐ 経済的に付き添うことができなかった |
| ☐ 自宅から遠くて通うのが大変だった | ☐ その他 |

Q28 付き添い入院について病院から要請されましたか。

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 要請された | ☐ 要請されていない |
|--------------------------------|-----------------------------------|

Q29 泊まり込んで付き添う理由を説明されましたか。

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 説明を受けた | ☐ 説明を受けていない |
|---------------------------------|------------------------------------|

Q30 どのような理由を説明されましたか。すべてお選びください。

- | | |
|--|--|
| ☐ 親と一緒にいたほうが子どもが安心するから | ☐ 特殊な機器を装着し継続的な見守りが必要だったから |
| ☐ 子どもが自分で身の回りのことができないから | |
| ☐ 授乳が必要だから | ☐ マンパワー不足で看護師がすべての世話をできないから |
| | ☐ その他 |

Q31 説明された内容を具体的に教えてください。

Q32 付き添い入院する際に、付き添い願い書（付き添い入院を申請する書類）に署名し、提出しましたか。

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 提出した | ☐ 付き添い願い書はなかった |
| ☐ 提出していない | ☐ 記憶にない |

Q33 付き添い者は、病院から限定されていますか・いましたか。

- | | |
|--|---|
| ☐ 限定されていなかった | ☐ 限定されていた（母親・祖母のみ） |
| ☐ 限定されていた（母親のみ） | ☐ 限定されていた |
| ☐ 限定されていた（両親のみ） | |

Q34 主な付き添い者はどなたでしたか。

- | | |
|---------------------------------|------------------------------|
| ☐ 入院児の母親 | ☐ その他 |
| ☐ 入院児の父親 | |

Q35 付き添いを交代してくれる人はいますか・いましたか。いる場合はすべてお選びください。

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 交代者はいなかった | ☐ 回答者のきょうだい |
| ☐ 配偶者・パートナー | ☐ そのほかの親戚 |
| ☐ 回答者の実母 | ☐ 友人 |
| ☐ 回答者の実父 | ☐ 交代できなかった |
| ☐ 回答者の義母 | ☐ その他 |
| ☐ 回答者の義父 | |

【付き添い入院中の食生活について】

付き添い入院中のあなたの食事の状況についてお伺いします。

Q36 1日の食事の平均的な回数について教えてください。

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ 1食 | ☐ 3食 |
| ☐ 2食 | ☐ 4食以上 |

Q37 3食を食べない理由について教えてください。

- | | |
|--|--|
| ☐ 食べる時間がなかった | ☐ 病室が飲食禁止のうえに、子どもの側から離れることができなかった |
| ☐ 節約するために食費を削った | ☐ 院内の売店などで食べ物が手に入りにくかった |
| ☐ 子どもが食事制限中で親が食べていると欲しがるので控えた | ☐ その他 |

Q38 どこで食事を調達していますか・いましたか。

- | | |
|---|--|
| ☐ 主に院内コンビニや売店 | ☐ 主に病院から付き添い者に提供される食事（無料） |
| ☐ 主に院外コンビニや売店、スーパー | ☐ 主に病院から付き添い者に提供される食事（有料） |
| ☐ 主に出前（院内レストラン、Uber EATSなども含む） | ☐ 主に子どもの食事の食べ残し |
| ☐ 主に外食（院内・院外レストラン） | ☐ その他 |
| ☐ 主に差し入れ（お弁当など） | |

Q39 何を食べていますか・いましたか。（朝食、昼食、夕食について具体的にご記入ください）

Q40 付き添い家族が利用できる、食生活に係る整備（給湯設備・電子レンジ等）であったものを教えてください。（覚えている範囲で構いません）

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ 冷蔵庫（個人ごと） | ☐ 給湯設備（給湯器・電気ケトル等） |
| ☐ 冷蔵庫（共有） | ☐ 給水機や給茶機 |
| ☐ 冷凍庫（個人ごと） | ☐ 24時間利用可能な食事の自動販売機 |
| ☐ 冷凍庫（共有） | ☐ 当てはまるものはない |
| ☐ 電子レンジ | ☐ その他 |
| ☐ トースター | |

Q41 冷蔵庫・冷凍庫（個人ごと）の利用料を教えてください

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ 無料 | ☐ 有料 |
|-----------------------------|-----------------------------|

Q42 1日の食費はどのくらいかかっていますか・いましたか。

- | | |
|---|--|
| ☐ 500 円未満 | ☐ 1000 円～2000 円未満 |
| ☐ 500 円～1000 円未満 | ☐ 2000 円以上 |

Q43 病院食の提供はありますか・ありましたか。

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ あり（無料） | ☐ なし |
| ☐ あり（有料） | ☐ 具体的にご記入ください |

Q44 病院食が提供されている・いた場合、金額をご回答ください。

（提供がない場合は「なし」、無料の場合は「0 円」と記入ください）

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ 朝食 | ☐ 夕食 |
| ☐ 昼食 | |

Q45 病院からの定期的な食事サービス（病院食の提供）があったら利用しますか。

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 有料でも利用する | ☐ 利用しない |
| ☐ 無料なら利用する | ☐ その他 |

Q46 付き添い入院中のご自身の食事に関して困ったことは何ですか。また、要望はありますか。

【付き添い入院中の睡眠状況について】

付き添い入院中のあなたの睡眠の状況についてお伺いします。

Q47 病室では、主にどのようなベッドで寝ていますか・いましたか。

- | | |
|--|----------------------------------|
| ☐ 簡易ベッド（病院からレンタル） | ☐ ソファー、椅子 |
| ☐ 簡易ベッド（持ち込み） | ☐ その他 |
| ☐ 子どもと同じベッド | |

Q48 レンタルベッド・布団にかかる・かかった金額を教えてください。

（例：1日〇〇円、3日目から〇〇円、1週間まで〇〇円）

Q49 熟睡感がありますか・ありましたか。

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 1(ない) | ☐ 4 |
| ☐ 2 | ☐ 5(常にある) |
| ☐ 3 | |

Q50 夜間に、子どもの世話や看護をすることがありますか・ありましたか（授乳、哺乳、オムツ交換を含む）。

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 常にある | ☐ 時々ある |
| ☐ 結構ある | ☐ ない |

Q51 日中、横になって休める場所がありますか・ありましたか（子どものベッドは除く）。

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ ある | ☐ ない |
|-----------------------------|-----------------------------|

Q52 ご自身の睡眠や休息（日中含む）に関して困ったことは何ですか。また、要望はありますか。

【付き添い入院中の入浴・シャワー浴状況について】

付き添い入院中のあなたの入浴（シャワー浴を含む）の状況についてお伺いします。

Q53 どのくらい入浴・シャワー浴をしていますか・いましたか。

- | | |
|----------------------------------|---|
| ☐ 週1回以下 | ☐ ほぼ毎日 |
| ☐ 週2～3回程度 | ☐ 入浴・シャワー浴せず体を拭くのみ |
| ☐ 週4～5回程度 | |

Q54 主にどこで入浴・シャワー浴をしていますか・いましたか。

- | | |
|--|------------------------------|
| ☐ 院内の無料のシャワー・風呂 | ☐ 自宅 |
| ☐ 院内の有料のシャワー・風呂 | ☐ その他 |
| ☐ 銭湯 | |

Q55 院内の有料シャワー・風呂の1回あたりの金額を教えてください。

Q56 入浴・シャワー浴の時間はどのくらいですか。

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 15分未満 | ☐ 30分未満 |
| ☐ 20分未満 | ☐ 30分以上 |

Q57 入院中の子どもと一緒に入浴・シャワー浴をしていますか・いましたか。

- | | |
|---|--|
| ☐ 常に子どもと一緒に入浴・シャワー浴をする | ☐ 子どもと一緒に入浴・シャワー浴をしない |
| ☐ 時々子どもと一緒に入浴・シャワー浴をする | |

Q58 入浴・シャワー浴中に子どもを見守ってもらえる人がいますか・いましたか。

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| ☐ いる | ☐ 見守りは不要 |
| ☐ いない | |

Q59 入浴・シャワー浴中に見守りをしてくれているのは誰ですか。すべてお選びください。

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ 保育士 | ☐ その他 |
| ☐ 看護師 | |

Q60 ご自身の入浴に関して困ったことは何ですか。また、要望はありますか。

【付き添い入院中の体調について】

付き添い入院中のあなたの体調についてお伺いします。

Q61 体調を崩したことがありますか。

☐ ある

☐ ない

Q62 体調が思わしくないのに、付き添い入院や面会を続けたことがありますか。

☐ ある

☐ ない

Q63 体調を崩したときに病院（小児病棟）で何らかのケアやサポートを受けることができましたか。

☐ 受けた

☐ 受けられなかった

Q64 どのようなケアやサポートが受けられましたか。

Q65 どのようなケアやサポートがあればよかったですか。

【付き添い中の経済状況について】

付き添い中の経済的なことについてお伺いします。

Q66 経済的な不安を感じていますか・いましたか。

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ とても感じている | ☐ それほど感じていない |
| ☐ 感じている | ☐ まったく感じていない |
| ☐ やや感じている | |

Q67 付き添いの費用は、1日あたりどのくらいかかりますか・かかりましたか。

例) 食費、簡易ベッド代、入浴代、コインランドリー代、Wi-Fi レンタル代など諸々の経費
(交通・宿泊費は除く)

- | | |
|--|--|
| ☐ 500 円未満 | ☐ 3000 円～4000 円未満 |
| ☐ 500 円～1000 円未満 | ☐ 4000 円～5000 円未満 |
| ☐ 1000 円～2000 円未満 | ☐ 5000 円～1 万円未満 |
| ☐ 2000 円～3000 円未満 | ☐ 1 万円以上 |

Q68 付き添い中に宿泊にかかる 1 日あたりの費用を教えてください。

(個室料、ホテル代、家族の滞在施設利用料など)

- | | |
|--|--|
| ☐ 無料 | ☐ 5000 円～1 万円未満 |
| ☐ 1000 円未満 | ☐ 1 万円～2 万円未満 |
| ☐ 1000 円～3000 円未満 | ☐ 2 万円～3 万円未満 |
| ☐ 3000 円～5000 円未満 | ☐ 3 万円以上 |

Q69 面会にかかる交通費(往復)について教えてください。

＊ 自家用車使用によるガソリン代・高速代も含みます。

- | | |
|--|--|
| ☐ 500 円未満 | ☐ 3000 円～5000 円未満 |
| ☐ 500 円～1000 円未満 | ☐ 5000 円～1 万円未満 |
| ☐ 1000 円～3000 円未満 | ☐ 1 万円以上 |

Q70 付き添い生活の中で節約している・していたことはありますか。すべてお選びください。

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 飲食費を削る | ☐ テレビを見ない |
| ☐ 入浴の回数を減らす | ☐ 面会の回数を減らす |
| ☐ 簡易ベッドを借りない | ☐ 車中泊する |
| ☐ 冷蔵庫を使わない | ☐ 特になし |
| ☐ 洗濯の回数を減らす | ☐ その他 |

Q71 自身の職業（付き添い時）

- | | |
|---|-------------------------------|
| ☐ 経営者・役員 | ☐ 自営業 |
| ☐ 会社員（正社員） | ☐ 専業主婦 |
| ☐ 会社員（契約社員・派遣社員） | ☐ 学生 |
| ☐ パート・アルバイト | ☐ 無職 |
| ☐ 公務員 | ☐ その他 |

Q72 仕事の状況について教えてください。すべてお選びください。

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ 入院前から仕事はしていない | ☐ 産後・育児休業中であった |
| ☐ 入院後も仕事の状況は変わらない | ☐ 入院してから転職した |
| ☐ 入院してから短時間勤務にした | ☐ 入院してから休職した |
| ☐ 入院してから有給休暇をとった | ☐ 入院してから仕事を辞めた |
| ☐ 入院してから介護休業または子の看護休暇をとった | ☐ その他 |

【付き添い中の生活について】

Q73 付き添い者の生活環境について感じていることや、改善してほしいことはありますか。

Q74 病院や医療スタッフによる付き添い者へのサポートで助かったことやありがたかったことがあれば教えてください。

Q75 2022 年に実施した付き添い生活実態調査にも回答いただきましたか？

- ☐ はい ☐ 覚えていない
☐ いいえ

Q76 過去 1 年以内にお子さんが入院した方（現在入院中の方も含む）にお伺いします。

2023 年以前にもお子さんが入院・付き添いをした経験はありますか？

- ☐ ある ☐ ない

Q77 2023 年までに入院付き添い・面会をした時と、この 1 年以内に入院付き添い・面会をした時とで、付き添い環境やルール、医療者の対応に変化を感じましたか？

- ☐ 変化があった ☐ わからない
☐ 変化がなかった

Q78 どのような変化がありましたか？具体的にお聞かせください。

（例：付き添い食が出るようになった、付き添いか面会が選べるようになった、声掛けが増えた）

Q79 これまで認定 NPO 法人キープ・スマイリングの支援・サービスを利用したものはありますか？当てはまるものを全てお答えください。

- | | |
|--|--|
| ☐ お弁当、食事の提供 | ☐ クチコミサイト「つきそい応援団」の利用 |
| ☐ 「付き添い生活応援パック」(応募から 10 日以上付き添い入院が予定されている方が対象、水色の箱) | ☐ 小冊子「つきそい応援団ハンドブック」の利用 |
| ☐ 「付き添い生活応援バックライト」(緊急入院から付き添う方が対象、1 日分の食事・洗顔料などの支援) | ☐ わからない・覚えていない |
| | ☐ 受けていない・利用していない |
| | ☐ その他 |

Q80 キープ・スマイリングへの要望や期待すること、伝えたいことなどがあれば自由にご記載ください。

【追加調査への協力、コメント掲載可否について】

Q81 付き添い中の状況について個別ヒアリング（対面または電話）に協力していただけますか

☐ 協力する

☐ 協力できない

Q82 本アンケートのフリーコメントを、認定 NPO 法人キープ・スマイリングが発行する媒体や運営するウェブサイト・SNS に掲載してもよろしいでしょうか（一部編集する可能性があります）。

*** 居住地、入院先の病院名など個人情報に関わる内容は掲載いたしません。**

☐ 掲載可

☐ 掲載不可

Q83 認定 NPO 法人キープ・スマイリングからのお知らせメールを受け取りますか。

☐ 今回の調査に関するお知らせ・活動報告メールマガジンを受け取る

☐ 今回の調査に関するお知らせのみ受け取る
☐ 受け取らない

Q84 この調査をどうやって知りましたか？

☐ X（旧 Twitter）

☐ Facebook

☐ instagram

☐ LINE・LINE グループ

☐ ウェブニュース

☐ キープ・スマイリングからのメール・メールマガジン

☐ 新聞、テレビ、ラジオ

☐ 家族、友人、知人からの紹介

☐ その他

【あなたご自身について】

あなた自身のことについてお伺いします

Q85 入院しているお子さんから見た続柄を教えてください。

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| ☐ 母親 | ☐ 祖父 |
| ☐ 父親 | ☐ その他 |
| ☐ 祖母 | |

Q86 性別

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| ☐ 女性 | ☐ その他 |
| ☐ 男性 | |

Q87 年齢（付き添い時）

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 10 歳代 | ☐ 40 歳代 |
| ☐ 20 歳代 | ☐ 50 歳代以上 |
| ☐ 30 歳代 | |

Q88 自宅の場所（付き添い時）

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 北海道 | ☐ 石川県 | ☐ 岡山県 |
| ☐ 青森県 | ☐ 福井県 | ☐ 広島県 |
| ☐ 岩手県 | ☐ 山梨県 | ☐ 山口県 |
| ☐ 宮城県 | ☐ 長野県 | ☐ 徳島県 |
| ☐ 秋田県 | ☐ 岐阜県 | ☐ 香川県 |
| ☐ 山形県 | ☐ 静岡県 | ☐ 愛媛県 |
| ☐ 福島県 | ☐ 愛知県 | ☐ 高知県 |
| ☐ 茨城県 | ☐ 三重県 | ☐ 福岡県 |
| ☐ 栃木県 | ☐ 滋賀県 | ☐ 佐賀県 |
| ☐ 群馬県 | ☐ 京都府 | ☐ 長崎県 |
| ☐ 埼玉県 | ☐ 大阪府 | ☐ 熊本県 |
| ☐ 千葉県 | ☐ 兵庫県 | ☐ 大分県 |
| ☐ 東京都 | ☐ 奈良県 | ☐ 宮崎県 |
| ☐ 神奈川県 | ☐ 和歌山県 | ☐ 鹿児島県 |
| ☐ 新潟県 | ☐ 鳥取県 | ☐ 沖縄県 |
| ☐ 富山県 | ☐ 島根県 | |

Q89 同居している人（付き添い時） **すべてお選びください。**

- | | |
|--|----------------------------------|
| ☐ 配偶者 | ☐ 配偶者の親 |
| ☐ 子ども（入院児は含まない） | ☐ 同居人はいない |
| ☐ 自身の親 | ☐ その他 |

Q90 世帯年収（付き添い時）

- | | |
|---|--|
| ☐ 200 万円未満 | ☐ 1000 万円以上 1200 万円未満 |
| ☐ 200 万円以上 400 万円未満 | ☐ 1200 万円以上 1500 万円未満 |
| ☐ 400 万円以上 600 万円未満 | ☐ 1500 万円以上 2000 万円未満 |
| ☐ 600 万円以上 800 万円未満 | ☐ 2000 万円以上 |
| ☐ 800 万円以上 1000 万円未満 | ☐ わからない |

Q91 連絡先メールアドレス