秘

資料２－９

調査票（G）

医療的ケア児基礎調査票

（お答えいただく前に）

○ この調査票は、できるだけ保護者の方がお書きください。

○ この調査はお名前を書く必要はありません。個人の秘密は守られますのでご安心してお答えください。

○ お答えになりたくないことは、無理にお答えにならなくても結構です。

○ この調査は令和４年１２月１日現在の状況でお答えください。

わからないことがありましたら、こちらまでお問い合わせください

◇ 質問の内容に関すること

大阪市福祉局　障がい者施策部　障がい支援課　（担当：浦・西梶）

電話０６－６２０８－７９８６　ﾌｧｯｸｽ０６－６２０２－６９６２

◇ この調査に関すること

大阪市福祉局　障がい者施策部　障がい福祉課　（担当：村田・北條）

電話０６－６２０８－８０７１　ﾌｧｯｸｽ０６－６２０２－６９６２

この調査票で「お子さん」とは、人工呼吸器の使用など医療的なケア（※）を必要とする障がい児の方のことです。

（※）医療的ケア・・・自宅や学校などで日常的に行われる、たんの吸引や経管栄養、気管切開部の衛生管理等の医療行為のことです。

1 お子さんのことについておたずねします。

問１　お子さんは現在どちらにお住まいですか。

あてはまる番号に１つだけ○をつけてください。

現在入院、入所等されている方は、ご自宅のある区を選んでください。

1．旭区	2．阿倍野区	3．生野区	4．北区
5．此花区	6．城東区	7．住之江区	8．住吉区
9．大正区	10．中央区	11．鶴見区	12．天王寺区
13．浪速区	14．西区	15．西成区	16．西淀川区
17．東住吉区	18．東成区	19．東淀川区	20．平野区
21．福島区	22．港区	23．都島区	24．淀川区

問２　お子さんの性別は次のうちどれですか。

あてはまる番号に１つだけ○をつけてください。

1．男　　2．女　　3．その他・答えたくない

問３　お子さんの満年齢はおいくつですか。次の［　　］にお書きください。

［　　歳］

問４　お子さんの現在の生活状況について、お聞きします。

①　お子さんが暮らしている場所について、

あてはまる番号に１つだけ○をつけてください。

1．自宅　　2．施設内（入所中のため）

3．その他（　　）

② お子さんが平日の日中の時間帯を過ごしている場所について、

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．自宅内（どこにも通っていない）

2．保育所　3．認定こども園　4．幼稚園

5．小学校（通常学級）　6．小学校（特別支援学級）　7．特別支援学校小学部

8．中学校（通常学級）　9．中学校（特別支援学級）　10．特別支援学校中等部

11．高等学校　12．特別支援学校高等部または高等支援学校

13．その他の学校園（　　）

14．児童発達支援事業所　15．放課後等デイサービス事業所

16．病院内（入院中のため）　17．施設内（入所中のため）

18．その他（　　）

問５　お子さんの障がい者手帳の種類・等級は、次のうちどれですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．身体障がい者手帳１級

2．身体障がい者手帳２級

3．身体障がい者手帳３級

4．身体障がい者手帳４級

5．身体障がい者手帳５級

6．身体障がい者手帳６級

7．療育手帳Ａ

8．療育手帳Ｂ１

9．療育手帳Ｂ２

10．精神障がい者保健福祉手帳１級

11．精神障がい者保健福祉手帳２級

12．精神障がい者保健福祉手帳３級

13．持っていない

問６　**問５で「１.身体障がい者手帳１級」から「６.身体障がい者手帳６級」に〇をつけた方におたずねします。**

お子さんの障がいの種類（部位）は次のうちどれですか。

あてはまる番号すべてに〇をつけてください。

１．視覚障がい（目が不自由）

２．聴覚障がい・平衡機能障がい（耳が不自由）

３．音声・言語・そしゃく機能障がい（声が出ない、ものがかめない）

４．肢体不自由（手や足が不自由）

５．内部障がい（心臓）

６．内部障がい（腎臓）

７．内部障がい（呼吸器）

８．内部障がい（ぼうこう又は直腸）

９．内部障がい（小腸）

10．内部障がい（免疫機能障がい）

11．内部障がい（肝臓）

問７　お子さんが必要とされている医療的ケア（※）について、

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

１．人工呼吸器の管理　　２．気管切開部の管理

３．鼻咽頭エアウェイの管理　　４．在宅酸素療法の管理

５．吸引処置（唾液やたんの吸引）　６．吸入処置（ネブライザーの管理）

７．経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）

８．中心静脈カテーテル栄養の管理

９．皮下注射（インスリンなど）

10．血糖測定　　11．人工透析（血液透析、腹膜透析を含む）

12．導尿　　13．排便管理（ストマ・摘便・浣腸など）

14．けいれん時の対応（坐剤挿入・吸引など）

15．パルスオキシメーターの測定　　16．服薬管理

17．その他（　　）

※医療的ケア・・・自宅や学校などで日常的に行われる、たんの吸引や経管栄養、気管切開部の衛生管理等の医療行為のことです。

問８　令和２年以降の新型コロナウイルス感染症の流行に関連して、困っていることはありますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．感染予防のためのマスクの着用・手洗い・手指消毒・検温などがむずかしかった

2．マスクの着用などでコミュニケーションをとるのに苦労した

3．障がいの特性に応じたまわりからの声掛けや支援がコロナ流行前と比べて減ったように感じた

4．生活に必要な接触（点字・触手話など）があるため、何度も手指消毒が必要となって苦労した

5．ワクチンに関する情報を得るのに苦労した（得られなかった）

6．障がいに応じたテレワーク環境（拡大鏡など）の設定に苦労した

7．学校のオンライン授業が、障がい特性に応じたものでなかったため苦労した

8．障がい福祉に関するサービス等の提供が中止や延期になった

9．感染予防のため障がい福祉に関する福祉サービスなどの利用を控えた

10．通院、治療やリハビリが中止や延期になった

11．感染を予防するため通院を控えた

12．外出の自粛要請など、新型コロナウイルス感染症の情報を得るのに苦労した（得られなかった）

13．障がい福祉に関するサービスなどの利用を断られた、または十分な利用ができなかった

14．入院先やホテル療養先での障がい特性に対する配慮が欠けていた

15．障がいにより、検体採取（ＰＣＲ検査など）に時間がかかった

16．自治体がする事業（無料検査など）の情報を得るのに苦労した（得られなかった）

17．その他（　　）

18. 困っていることはない

問９　お子さんが新型コロナウイルス感染症の陽性者または濃厚接触者になった場合、生活をするのに必要な支援を受けることができますか。

あてはまる番号に１つだけ○をつけてください。

1．支援を受けることができる（障がい福祉サービス事業所）

2．支援を受けることができる（家族）

3．支援を受けることができる（その他　　）

4．支援を受けることができない

5．支援を受ける必要がない

6．わからない

2 お子さんの医療の状況についておたずねします。

問10　お子さんが現在、主にかかっている医療機関は次のうちどれですか。

あてはまる番号に１つだけ○をつけてください。

1．大学病院

2．公的な病院

3．民間の病院

4．診療所・医院

5．その他（　　）

問11　お子さんの現在の受診状況は次のうちどれですか。

あてはまる番号に１つだけ○をつけてください。

1．通院のみ　　⇒ 問12 に進んでください

2．通院と往診　　⇒ 問12 に進んでください

3．往診のみ　　⇒ 問13 に進んでください

4．入院中　　⇒ 問16 に進んでください

5．その他（　　）　⇒ 問14 に進んでください

問12　**問11 で「1．通院のみ」「2．通院と往診」に○をつけた方におたずねします。**

① どれぐらいの頻度で通院されていますか。

あてはまる番号に１つだけ○をつけてください。

1．１週間に２回以上	2．１週間に１回
3．１か月に３回	
4．１か月に２回	5．１か月に１回
6．２か月に１回	7．３～５か月に１回
8．半年に１回	9．決まっていない

② 自宅から主にかかっている医療機関までの所要時間 (片道)はどれくらいですか。

あてはまる番号に１つだけ○をつけてください。

1．３０分未満	2．３０分～１時間未満
3．１～２時間未満	4．２～４時間未満
5．４時間以上	

問13　**問11 で「2．通院と往診」「3．往診のみ」に○をつけた方におたずねします。**

往診はどれぐらいの頻度で行われていますか。

あてはまる番号に１つだけ○をつけてください。

1．１週間に２回以上	2．１週間に１回	3．１か月に３回
4．１か月に２回	5．１か月に１回	6．２か月に１回
7．３～５か月に１回	8．半年に１回	9．決まっていない

問14　**問11 で「1．通院のみ」「2．通院と往診」「3．往診のみ」「5．その他」に○をつけた方におたずねします。**

① 訪問看護を利用されていますか？

あてはまる番号に１つだけ○をつけてください。

1．利用していない　⇒ 問15 に進んでください

2．利用している

② 訪問はどれぐらいの頻度で行われていますか。

あてはまる番号に１つだけ○をつけてください。

1．毎日	2．１週間に５～６回
3．１週間に３～４回	4．１週間に２回
5．１週間に１回	6．１か月に３回
7．１か月に２回	8．１か月に１回
9．その他（　　）	

問15　**問11で「1．通院のみ」「2．通院と往診」「3．往診のみ」「5．その他」に○をつけた方におたずねします。**

① 訪問リハビリテーションを利用されていますか？

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1．利用していない　⇒ 問16に進んでください

2．利用している

② 訪問はどれぐらいの頻度で行われていますか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください

1．毎日

2．1週間に5～6回

3．1週間に3～4回

4．1週間に2回

5．1週間に1回

6．1か月に3回

7．1か月に2回

8．1か月に1回

9．その他（　　）

問16　医療に関して、何か困っていることはありますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．病気の説明が不十分

2．検査や治療の説明が不十分

3．薬の副作用が心配

4．薬が多い

5．検査が多い

6．心の悩みを相談できない

7．急に病気が悪化したときに入院できるか心配

8．受付・支払いなど窓口の対応が十分でない

9．専門医が少ないため受診医療機関まで通院するのが遠い

10．医療機関がバリアフリーでない

11．保険診療以外の医療費などの負担が多い

12．小児期から成人期へ移行するときの医療について心配

13．その他（　　）

14．特にない

3 自宅でのお子さんの医療的ケアの状況についておたずねします。

※ この項目では、お子さんの自宅での医療的ケアの状況について、おたずねします。お子さんが現在入院・入所中であり、自宅での医療的ケアが全く行われていない場合は、この項目（問17～問22）は回答せず、問23へ進んでください。

※ お子さんが現在入院・入所中であっても、一時的に帰宅されることがあり、自宅で医療的ケアを行うことがある場合は、この項目を回答してください。

問17　お子さんと一緒に住んでいる方はどなたですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．父　　2．母　　3．兄弟姉妹
4．祖父母　　5．その他の親族
6．その他（　　）

問18　① 自宅においてお子さんの医療的ケアをしている方は、次のうちどなたですか。

お子さんからみて、**あてはまる番号すべてに**○をつけてください。

1．父
2．母
3．祖父母
4．兄弟姉妹
5．その他の親族
6．近所の人
7．友人・知人
8．ボランティア
9．ホームヘルプサービスなどの公的な介護サービス
10．家政婦などの私的な介護サービス
11．その他（　　）

② 前問①で**２つ以上○をつけた方におたずねします。**

主に医療的ケアをしている方はどなたですか。

前問で○をつけた番号のうち**１つだけ**次の ［　　］ にお書きください。

［　　］

問19　自宅において主に医療的ケアをしている方の就労状況をおたずねします。

① 現在、就労をされていますか。

あてはまる番号に１つだけ○をつけてください。

1．している

2．しているが、現在は休職・休業中

3．していない

⇒ ⑤に進んでください

② **①で「１．している」に○をつけた方におたずねします。**

雇用形態は次のうちどれですか。

あてはまる番号に１つだけ○をつけてください。

1．正社員

2．自営業

3．非正社員（パート・アルバイト・派遣社員・契約社員等）

③ **①で「１．している」に○をつけた方におたずねします。**

1 週あたりの勤務日数は何日ですか。次の ［　　］ にお書きください。

［　　日］

④ **①で「1．している」に○をつけた方におたずねします。**

1週あたりの労働時間は何時間ですか。次の［　　］にお書きください。

［　　時間］

⑤ **①で「2．しているが、現在は休職・休業中」「3．していない」に○をつけた方におたずねします。**

就労のご希望について、**あてはまる番号に1つだけ**○をつけてください。

1．就労（復職）を希望している

2．特に就労を希望していない

⑥ **⑤で「1．就労（復職）を希望している」に○をつけた方におたずねします。**

就労（復職）するためには、どのような支援が必要だと思いますか。ご自由にお書きください。

問20　自宅において主に医療的ケアをしている方の健康状態はいかがですか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1．健康（特に体調が優れないところはない）

2．入院や通院はしていないが、体調が優れない

3．通院中　　4．入院中

問21　自宅において主に医療的ケアをしている方は、どのようなことに負担を感じられていますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．睡眠時間がとれないこと

2．休憩する時間がとれないこと

3．家事をする時間がとれないこと

4．お子さんの兄弟姉妹や自分の親など、他の家族の世話をする時間がとれないこと

5．就労する時間がとれないこと

6．趣味など自分自身のことをする時間がとれないこと

7．家族以外の人と交流する機会が少なくなってきたこと

8．自分が行っている医療的ケアで間違いがないか不安であること

9．その他（　　）

10．特になし

問22　自宅での医療的ケアにかかる負担を軽減するために、どのようなことが必要だと思いますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．短期入所ができる医療機関の数を増やす

2．短期入所ができる障がい児施設等の数を増やす

3．ホームヘルプなどの公的な介護サービスの事業所数を増やす

4．日中一時支援などの日中の活動場所の数を増やす

5．医療的ケアに関する相談体制の充実

6．その他

4　保育所・学校等でのお子さんの医療的ケアの状況についておたずねします。

※ この項目では、お子さんが日中に通われる保育所・学校等（保育所・認定こども園・幼稚園・小学校・中学校・高等学校・特別支援学校等）での医療的ケアの状況について、お聞きします。（児童発達支援事業所や放課後等デイサービス事業所など福祉サービスの事業所・施設等の状況については次の項目でおたずねします）

※ **お子さんが保育所・学校等に通われていない場合は、問24に進んでください。**

問23　**お子さんが保育所・学校等に通っている方におたずねします。**

①　保育所・学校等においてお子さんの医療的ケアをしている方は、次のうちどなたですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．保護者
2．保育士
3．教員
4．保育所・学校等において手配した医師
5．　〃　看護師
6．　〃　介護職員
7．　〃　その他の職員（　　）
8．保護者の方で手配した医師
9．　〃　看護師
10．　〃　介護職員
11．　〃　その他の人材（　　）
12．その他（　　）

② **①で「1．保護者」以外に〇をつけた方におたずねします。**

保育所・学校等においてお子さんに行われている医療的ケアについて、

あてはまる番号すべてに〇をつけてください。

1．人工呼吸器の管理　　2．気管切開部の管理

3．鼻咽頭エアウェイの管理　　4．在宅酸素療法の管理

5．吸引処置（唾液やたんの吸引）　6．吸入処置（ネブライザーの管理）

7．経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）

8．中心静脈カテーテル栄養の管理

9．皮下注射（インスリンなど）

10．血糖測定　　11．人工透析（血液透析、腹膜透析を含む）

12．導尿　　13．排便管理（ストマ・摘便・浣腸など）

14．けいれん時の対応（坐剤挿入・吸引など）

15．パルスオキシメーターの測定　　16．服薬管理

17．その他（　　）

③　保育所・学校等における医療的ケアに関して困っていることや心配なことはありますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．保護者の付き添いが求められる

2．保育所・学校等の職員が行うことができる医療的ケアの範囲が限られる

3．　〃　職員が行う医療的ケアに不安がある

4．　〃　広さや設備、バリアフリー等が不十分である

5．　〃　建物や設備の衛生面に不安がある

6．他の児童の行動（お子さんの傍で走る、医療機器を触る等）が心配である

7．保育所・学校等への送り迎えの負担が大きい

8．　〃　の近くに医療機関がなく、いざという時に不安がある

9．その他（　　）

④　医療的ケア以外に、保育所・学校等において充実してほしいことは、次のうちどれですか。**あてはまる番号すべてに**○をつけてください。

1．療育相談の充実
2．障がいに応じたきめ細かな教育指導
3．教育の機会や場の確保
4．園内・校内のバリアフリー化などの環境整備
5．児童や生徒の悩みなどのサポート
6．進路相談・進路指導の充実
7．障がいのある人に対する職員や生徒などの理解の促進
8．障がいや病気の状態に応じた給食への配慮
9．長時間保育、放課後活動（クラブ活動・学童保育）の充実
10．医療・保健・保育・教育・福祉等各分野の多職種による連携会議の設置
11．その他（　　）
12．特にない

問24　**お子さんが保育所・学校等に通われていない方におたずねします。**

① お子さんが保育所・学校等に通われていない理由について、

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．医療的ケアを実施できないことを理由に、受け入れを断られたため

2．保護者の付き添いが求められるため

3．保育所・学校等の職員が行う医療的ケアに不安があるため

4．　〃　広さや設備、バリアフリー等が不十分であるため

5．　〃　建物や設備の衛生面に不安があるため

6．他の児童の行動（お子さんの傍で走る、医療機器を触る等）が心配であるため

7．保育所・学校等への送り迎えの負担が大きいため

8．　〃　の近くに医療機関がなく不安であるため

9．通うことによるお子さんの身体への負担が大きく、健康によくないと思うため

10．訪問教育を受けているため

11．（義務教育以外の場合）保育所・学校等へ通わせる必要性を感じないため

12．その他（　　）

② お子さんが保育所・学校等に通えるようになるために、

どのような支援が必要だと思いますか。ご自由にお書きください。

5　福祉サービス事業所等でのお子さんの医療的ケアの状況についておたずねします。

※ この項目では、お子さんが日中に通われている児童発達支援事業所や放課後等デイサービス事業所など福祉サービスの事業所等で行われている医療的ケアの状況についてお聞きします。

※ **お子さんが福祉サービス事業所等に通われていない場合は、問27に進んでください。**

問25　**お子さんが福祉サービス事業所等に通われている方におたずねします。**

どれくらいの頻度で利用されていますか。

あてはまる番号に１つだけ○をつけてください。

1．毎日	2．１週間に５～６回
3．１週間に３～４回	4．１週間に２回
5．１週間に１回	6．１か月に３回
7．１か月に２回	8．１か月に１回
9．決まっていない	

問26　**お子さんが福祉サービス事業所等に通われている方におたずねします。**

①　福祉サービス事業所等においてお子さんの医療的ケアをしている方は、次のうちどなたですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．福祉サービス事業所等の看護師
2．　〃　児童指導員・保育士
3．　〃　医師
4．　〃　その他の職員（　　）
⇒②に進んでください

5．保護者　⇒③に進んでください

6．その他（　　）⇒②に進んでください

②　①で「1．福祉サービス事業所等の看護師」から「4．福祉サービス事業所等のその他の職員」、「6．その他」に〇をつけた方におたずねします。

福祉サービス事業所等においてお子さんに行われている医療的ケアについて、**あてはまる番号すべてに**〇をつけてください。

1．人工呼吸器の管理
2．気管切開部の管理
3．鼻咽頭エアウェイの管理
4．在宅酸素療法の管理
5．吸引処置（唾液やたんの吸引）
6．吸入処置（ネブライザーの管理）
7．経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）
8．中心静脈カテーテル栄養の管理
9．皮下注射（インスリンなど）
10．血糖測定
11．人工透析（血液透析、腹膜透析を含む）
12．導尿
13．排便管理（ストマ・摘便・浣腸など）
14．けいれん時の対応（坐剤挿入・吸引など）
15．パルスオキシメーターの測定
16．服薬管理
17．その他（　　）

③　福祉サービス事業所等における医療的ケアに関して困っていることや心配なことはありますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．保護者の付き添いが求められる

2．福祉サービス事業所等の職員が行うことができる医療的ケアの範囲が限られる

3．　〃　職員が行う医療的ケアに不安がある

4．　〃　広さや設備、バリアフリー等が不十分である

5．　〃　建物や設備の衛生面に不安がある

6．他の児童の行動（お子さんの傍で走る、医療機器を触る等）が心配である

7．福祉サービス事業所等への送り迎えの負担が大きい

8．　〃　の近くに医療機関がなく、いざという時に不安がある

9．その他（　　）

問27　お子さんが福祉サービス事業所等に通われていない方におたずねします。

①　お子さんが福祉サービス事業所等に通われていない理由について、

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．医療的ケアを実施できないことを理由に、受け入れを断られたため

2．保護者の付き添いが求められるため

3．福祉サービス事業所等の職員が行う医療的ケアに不安があるため

4．　〃　広さや設備、バリアフリー等が不十分であるため

5．　〃　建物や設備の衛生面に不安があるため

6．他の児童の行動（お子さんの傍で走る、医療機器を触る等）が心配であるため

7．福祉サービス事業所等への送り迎えの負担が大きいため

8．　〃　の近くに医療機関がなく不安であるため

9．通うことによるお子さんの身体への負担が大きく、健康によくないと思うため

10．福祉サービス事業所等へ通わせる必要性を感じないため

11．その他（　　）

②　お子さんが福祉サービス事業所等に通えるようになるために、

どのような支援が必要だと思いますか。ご自由にお書きください。

6　障がい福祉に関するサービス等についておたずねします。

問28　お子さんが利用している障がい福祉に関するサービス等は次のうちどれですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．ホームヘルプ ※1 など（居宅介護・重度訪問介護）

2．外出時の支援（同行援護・行動援護・移動支援）

3．短期入所（ショートステイ）※2

4．相談支援（計画相談支援・障がい児相談支援）

5．児童発達支援

6．放課後等デイサービス

7．保育所等訪問支援

8．居宅訪問型児童発達支援

9．福祉型障がい児入所支援

10. 医療型障がい児入所支援

11. 重症心身障がい児訪問指導事業

12. 補装具・日常生活用具

13. 日中一時支援

14. 自立支援医療（精神通院）

15. 自立支援医療（育成医療・更生医療）

16. 地域活動支援センター

17. 市内交通の運賃割引証・重度障がい者タクシー給付券

18. 手話通訳などのコミュニケーション支援

19. 医療費助成（重度障がい者・こども・ひとり親家庭）

20. 高額障がい福祉サービス等給付費又は高額障がい児（通所・入所）給付費※3

21. その他（　　）

22. これらのサービスを利用していない
(理由があって利用できないため)

⇒ 問31 に進んでください

※1　ホームヘルプ・・障がいのある方の自宅で入浴、排せつ、食事の介護等を行ったり、家事の

援助や通院の介助等を行う事業です。

※2　短期入所（ショートステイ）・・・ご家族の方の疾病などにより一時的に介護できない場合に入所施設などに短期間（1週間程度）宿泊して介護サービスなどを提供する事業です。

※3　高額障がい福祉サービス等給付費又は高額障がい児（通所・入所）給付費・・・

課税世帯で同一世帯に障がい福祉サービス等を利用している方が複数いる場合など、その世帯における利用者負担額の合計が大きくなり、一定の基準額を超える場合、申請を行うと払い戻し（償還）される制度です。

問29　障がい福祉に関するサービス等を利用している方におたずねします。

障がい福祉に関するサービス等を利用するにあたり、

主に相談されるのは次のうちどれですか。

あてはまる番号に１つだけ○をつけてください。

1．区役所・保健福祉センター（障がい福祉の窓口）

2．区役所・保健福祉センター（保健師）

3．障がい者基幹相談支援センター（※）

4．障がい福祉に関する相談支援事業所

5．医療機関

6．ホームヘルプなどの福祉サービス事業所

7．保育・教育機関（保育所・学校園）

8．放課後等デイサービス、児童発達支援などの療育機関

9．その他（　　）

10．相談していない

※　障がい者基幹相談支援センター… 障がいがある方やその家族等からの相談に応じて、福祉サービスの利用援助、権利擁護のために必要な援助、専門機関などの情報提供を行うことにより、地域における生活を支援する機関です。

問30　**障がい福祉に関するサービス等を利用している方におたずねします。**

現在利用しているサービスについて、課題と思われることは次のうちどれですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．利用時間・利用量が足りない
2．事業所が足りない・職員が足りない
3．医療面での対応に不安を感じる
4．ヘルパーや支援員の知識や技量が不十分
5．利用時の手続がわかりにくく煩雑である
6．利用に時間や費用がかかるなど負担が大きい
7．その他（　　）
8．特にない

問31　**障がい福祉に関するサービス等の利用の希望はあるが、利用していない方におたずねします。**利用の希望はあるが利用していないサービスについて、課題と思われることは次のうちどれですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．利用時間・利用量が足りない
2．事業所が足りない・職員が足りない
3．医療面での対応に不安を感じる
4．ヘルパーや支援員の知識や技量が不十分
5．利用時の手続がわかりにくく煩雑である
6．利用に時間や費用がかかるなど負担が大きい
7．その他（　　）
8．特にない

問32　今後利用したいと思う障がい福祉に関するサービス等は、次のうちどれですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．ホームヘルプ

2．外出時の支援

3．短期入所（ショートステイ）

4．グループホーム

5．施設入所

6．通所により介護などを受けて日中活動を行うサービス

7．通所により療育や生活訓練などを受けるサービス

8．就労に関する支援

9．相談支援

10．補装具・日常生活用具

11．医療費の負担軽減に関する支援

12．市内交通の運賃割引証・重度障がい者タクシー給付券

13．手話通訳などのコミュニケーション支援

14．その他（　　）

15．特にない

7　相談や情報入手についておたずねします。

問33　お子さんの病気や療養、生活に関すること等、保護者の方が相談するのはどなたですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．主治医

2．受診している医療機関の医師以外の職員（看護師、相談員等）

3．障がい者団体や家族会の人

4．医療的ケア児を抱える他の保護者

5．同じ保育所等に通う他の保護者

6．訪問看護の職員

7．保育所、認定こども園、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、特別支援学校等の職員

8．児童発達支援、放課後等デイサービスの職員

9．相談支援（障がい児相談支援・計画相談支援）の職員

10．保健所・保健福祉センターの職員

11．家族・親族

12．知人

13．その他（　　）

14．相談相手はいない

問34　保護者の方にとって、どのような情報が不足していると思いますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．医療的ケア児に対応可能な障がい福祉サービス等事業所の情報

2．医療的ケア児に対応可能な医療機関の情報

3．医療的ケア児が利用できる大阪市施策に関する情報

4．保育所・学校等に関する情報

5．家族会等に関する情報

6．医療的ケア児等コーディネーター（※）に関する情報

7．その他（　　）

8．不足している情報はない

※医療的ケア児等コーディネーター・・・医療的ケア児等の支援を総合調整する人です。

問35　今後、どのような相談をしたいと思いますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．医療に関する相談

2．療養に関する相談

3．リハビリテーションに関する相談

4．学校・教育に関する相談

5．医療費助成制度の相談

6．福祉サービスに関する相談

7．小児期から成人期への移行に関する相談

8．就労・自立に関する相談

9．将来の暮らしの場に関する相談

10．その他（　　）

11．相談したいことはない

8　障がい者施策全般のことなどについておたずねします。

問36　障がいや病気を理由に不快（差別）や不便さを感じた時はどんな時ですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

また、○をつけた次の欄に、具体的な事例を書いてください。

1．教育を受ける時
（具体例：　　）

2．趣味・スポーツなどの活動をする時
（具体例：　　）

3．公共交通機関を利用する時
（具体例：　　）

4．公共施設（建物・道路・公園など）などを利用する時
（具体例：　　）

5．福祉サービスを利用する時
（具体例：　　）

6．医療機関を利用する時
（具体例：　　）

7．必要な情報を探したり情報提供を受ける時
（具体例：　　）

8．親類や周囲の人の理解を得ようとする時
（具体例：　　）

9．買物や外食などをする時
（具体例：　　）

10．（保護者の方が）働こうとした時、働いている時
（具体例：　　）

11．住宅の購入または住宅に入居する時
（具体例：　　）

12．その他
（具体例：　　）

13．特にない

問37　障がいを理由とした差別や偏見をなくすためには、

どのようなことが必要だと思いますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．学校での教育
2．事業者（企業や店舗など）での研修
3．地域でのイベントなどの開催
4．テレビやラジオでの啓発
5．ＳＮＳ（Twitter、Facebook、Instagramなど）を利用した啓発
6．その他（　　）

問38　大阪市には障がいを理由とする差別に関する相談窓口があります。

あなたがその相談窓口として知っているものはどれですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．区役所
2．区障がい者基幹相談支援センター　（各区１か所）
3．地域活動支援センター（生活支援型）（市内９か所）
4．大阪市人権啓発・相談センター
5．すべて知らない

問39　あなたやお子さまの災害時の日ごろからの備えについておたずねします。

① 水・食料・日用品・医薬品・医療機器などの準備をしていますか。

あてはまる番号１つに○をつけてください。

１．準備ができている	２．準備ができていない

② **前問①で「２．準備ができていない」に○をつけた方におたずねします。**

準備できていない主な理由はなんですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

１．必要な物品がわからない

２．必要な物品を準備する時間がない

３．必要な物品を準備する手段がない（わからない）

４．必要な物品の準備について、相談できる人がいない

５．準備の必要性を感じていない

問40　①避難所までの経路や避難方法の確認をしていますか

あてはまる番号１つに○をつけてください。

１．確認ができている	２．確認ができていない

② **前問①で「２．確認ができていない」に○をつけた方におたずねします。**

確認できていない主な理由はなんですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

１．確認する時間がない

２．確認する手段がない（わからない）

３．確認について、相談する相手がいない

４．経路や方法の確認の必要性を感じていない

問41　① 避難にあたり知人や別居親族など誰かに手助けを求めるようにしていますか。

あてはまる番号１つに○をつけてください。

１．手助けを求めるようにしている　⇒ ②に進んでください

２．手助けを求めるようにしていない　⇒ ③に進んでください

② **前問①で「１．手助けを求めるようにしている」に○をつけた方におたずねします。**手助けを依頼している相手は、どなたですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

１．近所の人・地域の人

２．別居の親族

３．知人

４．福祉サービス事業所

５．その他（　　）

③ **前問①で「２．手助けを求めるようにしていない」に○をつけた方におたずねします。**

手助けを求めるようにしていない主な理由はなんですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

１．求める時間がない

２．求める方法がわからない

３．求める人がいない

４．求める必要性を感じていない

問42　家族や親族を除き、災害時などの緊急時に協力を求めることができる相手はどなたですか。**あてはまる番号すべてに**○をつけてください。

1．友人・知人・職場の同僚

2．近所の人・地域の人

3．区役所・保健福祉センターの職員

4．保育所・幼稚園・学校の職員

5．医療機関の職員

6．福祉サービス事業所などの職員

7．障がい者基幹相談支援センター・相談支援事業所・相談機関の職員

8．障がい者団体や家族会の人

9．訪問看護師

10．見守り相談室の職員

11．その他（　　）

12．協力を求めることができる相手がいない

問43　地震や台風などの災害時に必要と思うことは、次のうちどれですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．障がいに応じた情報提供

2．安全な場所（避難所など）への誘導や介助などの支援

3．避難所の建物・設備などの整備

4．人工呼吸器など医療機器の電源の確保

5．避難所での介護やコミュニケーションなどの人的支援

6．障がいのある人を対象とした避難所の確保

7．医療的ケアの充実と医薬品などの提供

8．災害時における避難支援プラン（個別計画）（※）の作成

9．その他（　　）

10．特にない

※　避難支援プラン（個別計画）…災害時における具体的な支援内容や支援者、避難方法を記載したものをいいます。

問44　あなたやお子さまの災害時の備えについての困っていることや不安なことについて、その内容を次に記入してください。

問45　障がい者施策全般について望むことは何ですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1．ホームヘルプサービスの充実
2．日中活動の場の充実
3．ショートステイサービスの充実
4．グループホームの充実
5．相談支援体制の充実
6．障がい福祉サービスの利用者負担の軽減
7．地域移行支援（※1）の充実
8．就労支援の充実
9．所得の保障
10．交通バリアフリーなどの福祉のまちづくりに基づく環境整備
11．暮らしやすい住宅の整備
12．保健・医療・リハビリテーションの充実
13．障がいの特性に配慮した情報提供の充実
14．外出時の支援の充実
15．趣味・余暇活動の場の確保
16．夜間・休日・緊急時の連絡・相談支援体制の確保
17．地域での見守り体制の充実
18．障がいに対する理解を深めるための啓発・広報の充実
19．成年後見制度などの権利擁護支援の充実
20．災害時などの緊急時の防災対策
21．差別解消の推進
22．子育て等の支援の充実
23．認定こども園・幼稚園・保育所等への入所・入園や、入学等の受け入れ体制の整備
24．親なき後の支援の充実
25．その他（　　）
26．特にない

※1　地域移行支援・・・施設や病院を出て、自分の住みたいところで暮らすための支援です。

問46　障がい者施策全般についてご意見などがありましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

返送用封筒に入れて、切手を貼らずに令和４年12月20日（火）までに

ポストにお入れください。

大阪市行政オンラインで答えていただいた方は、調査票をポストに入れないでください。