



ちょうさひょう じー
調査票 (G)

いりょうてき じ き そ ちょうさひょう
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。
- この調査は令和元年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

◇ 障がい福祉サービスに関すること

おおさか し ふく し きょく しょう しゃ し さく ぶ しょう し えん か たんとう
大阪市福祉局 障がい者施策部 障がい支援課 (担当: ○○・○○)

でんわ 電話 06-6208-7986 ファックス 06-6202-6962

◇ この調査に関すること

おおさか し ふく し きょく しょう しゃ し さく ぶ しょう ふく し か たんとう
大阪市福祉局 障がい者施策部 障がい福祉課 (担当: ○○・○○)

でんわ 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事です。

（※）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事です。

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。

さい
歳

問4 お子さんの現在の生活状況について、お聞きます。

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. 障がい児施設（入所中） |
|-------|----------------|

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. ^も持っていない

問 6 ^{しんたいししょう}身体障がい者^{しやてちょう}手帳^もをお持ちの方^{かた}におたずねします。

お子さん^この障がい^{しょうがい}の種類^{しゅるい}（部位^{ぶい}）は次のうちどれですか。

あてはまる番号^{ばんごう}すべてに ^{まる}○をつけてください。

1. ^{しかくしょう}視覚障がい（^め目^{ふじゆう}が不自由）
2. ^{ちようかくしょう}聴覚障がい・^{へいこう}平衡機能障がい（^{みみ}耳^{ふじゆう}が不自由）
3. ^{おんせい}音声・^{げんご}言語・^{きのうしょう}そしゃく機能障がい（^{こえ}声^でが出ない、^{もの}ものがかめ^{ない}ない）
4. ^{したいふじゆう}肢体不自由（^て手^{あし}や足^{ふじゆう}が不自由）
5. ^{ないぶしょう}内部障がい（^{しんぞう}心臓）
6. ^{ないぶしょう}内部障がい（^{じんぞう}腎臓）
7. ^{ないぶしょう}内部障がい（^{こきゅうき}呼吸器）
8. ^{ないぶしょう}内部障がい（^{ぼうこう}ぼうこう又は^{また}また ^{ちよくちよう}直腸）
9. ^{ないぶしょう}内部障がい（^{しょうちよう}小腸）
10. ^{ないぶしょう}内部障がい（^{めんえき}免疫機能障がい）
11. ^{ないぶしょう}内部障がい（^{かんぞう}肝臓）

問 7 ^こお子さんが必要^{ひつよう}とされている医療的ケア^{いりようてき}（※）について、あてはまる番号^{ばんごう}すべてに ^{まる}○をつけてください。

- | | |
|--|---|
| 1. ^{きゅういんしよち} 吸引処置（ ^{だえき} 唾液 ^{きゅういん} や ^{たん} たんの吸引） | 2. ^{きゅうにゆうしよち} 吸入処置（ ^{ネブライザー} ネブライザー） |
| 3. ^{けいかんえいよう} 経管栄養（ ^{けいび} 経鼻・ ^い 胃 ^{ちよう} ろう・ ^{ちよう} 腸 ^{ろう} ろう） | 4. ^{ちゅうしんじようみやくえいよう} 中心静脈栄養の管理 ^{かんり} |
| 5. ^{どうによう} 導尿 | 6. ^{ざいたくさんそりようほう} 在宅酸素療法の管理 ^{かんり} |
| 7. ^{いんとう} 咽頭エアウェイの交換 ^{こうかん} | 8. ^{パルスオキシメーター} パルスオキシメーターの測定 ^{そくてい} |
| 9. ^{きかんせつかいぶ} 気管切開部の管理（ ^{かんり} バンド ^{こうかんなど} 交換等） | 10. ^{じんこうこきゅうき} 人工呼吸器の管理 ^{かんり} |
| 11. ^{ふくやくかんり} 服薬管理 | |
| 12. その他（ ^た ） | |

※ 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。

2 お子さんの医療の状況についておたずねします。

問8 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9 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10 に進んでください |
| 2. 通院と往診 | ⇒ 問10 と問11 に進んでください |
| 3. 往診のみ | ⇒ 問11 に進んでください |
| 4. 入院中 | ⇒ 問14 に進んでください |
| 5. その他（ | ） |

問10 問9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. 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. 2か月に1回 |
| 10. 3～5か月に1回 | 11. 半年に1回 | 12. 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 | |

③ 通院には、主にどなたが同行しますか。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. その他の親類（ | ） |
| 6. その他（ | | ） |

問11 問9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. 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. 2か月に1回 |
| 10. 3～5か月に1回 | 11. 半年に1回 | 12. 決まっていない |

問12 訪問看護の利用について、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13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13 訪問リハビリテーションの利用について、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14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14 ^{とい}医療^{いりよう}に^{かん}関して、^{なに}何か^{こま}困っていることはありますか。

あてはまる^{ばんごう}番号すべてに○^{まる}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15～問21）は回答せず、問22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、自宅に外泊されることがあり、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15 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. その他の親類（ ） | |
| 6. その他（ ） | | |

問16 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17 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、収入のある仕事をされていますか。

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」「2. しているが、現在は休職・休業中」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」「2. しているが、現在は休職・休業中」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。

なお、現在、休職・休業中の方は、休職・休業前の勤務日数をお書きください。

- ④ ①で「1. している」「2. しているが、現在は休職・休業中」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。

なお、現在、休職・休業中の方は、休職・休業前の労働時間をお書きください。

じかん
時間

- ⑤ ①で「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. 就労を希望している
2. 特に就労を希望していない

問18 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 | 2. 通院はしていないが、具合の悪いことが多い |
| 3. 通院中 | 4. 入院中 |

問19 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に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20 自宅での医療的ケアにかかる介護負担を軽減するために、どのようなことをしていますか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 医療機関への短期入所（障がい福祉サービスによる利用）
2. 障がい児施設等への短期入所（障がい福祉サービスによる利用）
3. ホームヘルプサービスなどの公的な介護サービスの利用
4. 家政婦などの私的な介護サービスの利用
5. 別居の親族に医療的ケアを代わってもらう
6. 医療機関への入院
7. その他（ ）
8. 介護負担を軽減する方法がない

問21 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ひますか。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充実
2. 短期入所ができる障がい児施設等の充実
3. ホームヘルプサービスなどの公的な介護サービスの充実
4. 医療的ケアに関する相談体制の充実
5. 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23に進んでください。

とい
 問22 ^こお子さんが^{ほいくしよ}保育所・^{がっこうとう}学校等^{かよ}に通っている方^{かた}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^{ほごしゃ}」以外に○をつけた方^{いがい まる}におたずねします。^{かた}

保育所・学校等^{ほいくしょ がっこうとう}においてお子さん^こに行^{おこな}われている医療的ケア^{いりようてき}について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- | | |
|--|---|
| 1. 吸引処置 ^{きゅういんしよち} （唾液 ^{だえき} やたんの吸引 ^{きゅういん} ） | 2. 吸入処置 ^{きゅうにゅうしよち} （ネブライザー） |
| 3. 経管栄養 ^{けいかんえいよう} （経鼻 ^{けいび} ・胃ろう ^い ・腸ろう ^{ちよう} ） | 4. 中心静脈栄養 ^{ちゅうしんじょうみやくえいよう} の管理 ^{かんり} |
| 5. 導尿 ^{どうよう} | 6. 在宅酸素療法 ^{ざいたくさんそりょうほう} の管理 ^{かんり} |
| 7. 咽頭エアウェイ ^{いんとう} の交換 ^{こうかん} | 8. パルスオキシメーター ^{ぱるすおキシメーター} の測定 ^{そくてい} |
| 9. 気管切開部 ^{きかんせつかいぶ} の管理 ^{かんり} （バンド交換 ^{こうかんなど} 等） | 10. 人工呼吸器 ^{じんこうこきゅうき} の管理 ^{かんり} |
| 11. 服薬管理 ^{ふくやくかんり} | |
| 12. その他 ^た （ | ） |

③ 保育所・学校等^{ほいくしょ がっこうとう}における医療的ケア^{いりようてき}に関して困^{かん}っていることや心配^{ごま}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 ^{ほごしゃ} の付き添い ^{つきそ} が求められる ^{もと} | |
| 2. 保育所・学校等 ^{ほいくしょ がっこうとう} の職員 ^{しよくいん} が行 ^{おこな} うことができる医療的ケア ^{いりようてき} の範囲 ^{はんい} が限られる ^{かぎ} | |
| 3. " 職員 ^{しよくいん} が行 ^{おこな} う医療的ケア ^{いりようてき} に不安 ^{ふあん} がある | |
| 4. " 広さや設備 ^{ひろ} 、バリアフリー ^{せつび} 等 ^{とう} が不十分 ^{ふじゅうぶん} である | |
| 5. " 建物や設備 ^{たてもの} の衛生面 ^{せいせいめん} に不安 ^{ふあん} がある | |
| 6. 他 ^た の児童 ^{じどう} の行動 ^{こうどう} （お子さん ^こ の傍 ^{そば} で走る ^{はし} 、医療機器 ^{いりようき} を触 ^{さわ} る等 ^{など} ）が心配 ^{しんぱい} である | |
| 7. 保育所・学校等 ^{ほいくしょ がっこうとう} への送り迎え ^{おくむか} の負担 ^{ふたん} が大きい ^{おお} | |
| 8. " の近く ^{ちか} に医療機関 ^{いりようきかん} がなく、いざ ^{とき} という時 ^{とき} に不安 ^{ふあん} がある | |
| 9. その他 ^た （ | ） |

- 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. 特になし

問23 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
とおもいますか。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^こさんが福祉^{ふくし}サー^{じぎょう}ビス^{しょとう}事業^{かよ}所^{ばあい}等^{とい}に通^すわれていない場合は、問26 に進んでくだ
さい。

問24 ^{とい}どれくらいの頻度で利用されていますか。

あてはまる^{ばんごう}番号に1つだけ^{まる}○をつけてください。

1. 毎日
まいにち
2. 1週間に5～6回
しゅうかん かい
3. 1週間に3～4回
しゅうかん かい
4. 1週間に2回
しゅうかん かい
5. 1週間に1回
しゅうかん かい
6. 1か月に3回
げつ かい
7. 1か月に2回
げつ かい
8. 1か月に1回
げつ かい
9. 決まっていない
き

問25 ^こお子さんが^{ふくし}福祉サ^{じぎょうしょとう}ービス事^{かよ}業所^{かた}等に^{かた}通^{かた}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. 保護者
2. 福祉サービス事業所等の看護師
3. // 児童指導員・保育士
4. // 医師
5. // その他の職員（ ）
6. その他（ ）

問26

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、医療機器に触る等）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27 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. 障がい児施設入所
5. 障がい児相談支援
6. 児童発達支援
7. 放課後等デイサービス
8. 重症心身障がい児訪問指導事業
9. 補装具・日常生活用具
10. 日中一時支援
11. 自立支援医療（精神通院）
12. 自立支援医療（育成医療・更生医療）
13. 市内交通の運賃割引証・重度障がい者タクシー給付券
14. 手話通訳などのコミュニケーション支援
15. 医療費助成（重度障がい・こども・ひとり親家庭）
16. その他（ ）
17. 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30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。

問28 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. 福祉サービス事業所
7. 教育・療育機関
8. 相談機関
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基幹です。

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。

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を の「回答の選択肢」から選び、サービス種別ごとに、下の表に あてはまる番号すべてに ○をつけてください。

サービス種別	課題と思う項目 (あてはまる番号すべてに○をつけてください)
A. 介護サービス (きょたくかいご どうこうえんご 居宅介護・同行援護 こうどうえんご いどうしえん 行動援護・移動支援)	1・2・3・4・5・6・ 7 ()・8
B. ショートステイ (たんにきにゆうしょ 短期入所)	1・2・3・4・5・6・ 7 ()・8
C. 入所支援 (しせつにゆうしょ じどうようごしせつ 施設入所・児童養護施設)	1・2・3・4・5・6・ 7 ()・8
D. 相談支援サービス (しょう じそうだんしえん 障がい児相談支援)	1・2・3・4・5・6・ 7 ()・8
E. 福祉用具給付 (ほそうぐ にちじょうせいかつようぐ 補装具・日常生活用具)	1・2・3・4・5・6・ 7 ()・8
F. 医療費助成 (じゅうどしやう しゃいりやう 重度障がい者医療 じりつしえんいりやう 自立支援医療)	1・2・3・4・5・6・ 7 ()・8
G. 上記以外のサービス ()	1・2・3・4・5・6・ 7 ()・8

【回答の選択肢】

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 ()

とく
8. 特にな

とい 問30 しょう ふくし かん しょう りよう きぼう りよう かた
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を () の「回答の選択肢」から選び、サービス種別ごとに、下の表にあてはまる番号すべてに○をつけてください。

サービス種別	かだい おも こうもく 課題と思う項目 (あてはまる番号すべてに○をつけてください)
かいご A. 介護サービス (きょたくかいご どうこうえんご 居宅介護・同行援護 こうどうえんご いどうしえん 行動援護・移動支援)	1・2・3・4・5・6・ 7 ()・8
B. ショートステイ たんきにゆうしょ (短期入所)	1・2・3・4・5・6・ 7 ()・8
にゆうしょしえん C. 入所支援 しせつにゆうしょ じどうようごしせつ (施設入所・児童養護施設)	1・2・3・4・5・6・ 7 ()・8
そうだんしえん D. 相談支援サービス しょう じそうだんしえん (障がい児相談支援)	1・2・3・4・5・6・ 7 ()・8
ふくしようぐきゅうふ E. 福祉用具給付 ほそうぐ にちじようせいかつようぐ (補装具・日常生活用具)	1・2・3・4・5・6・ 7 ()・8
いりようひじよせい F. 医療費助成 (じゅうどししょう しゃいりよう 重度障がい者医療 じりつしえんいりよう 自立支援医療)	1・2・3・4・5・6・ 7 ()・8
じようきいがい G. 上記以外のサービス ()	1・2・3・4・5・6・ 7 ()・8

かいとう せんたくし
【回答の選択肢】

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 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 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32 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、中学校の職員
8. 児童発達支援、放課後等デイサービスの職員
9. 障がい児相談支援の職員
10. 保健所・保健福祉センターの職員
11. 家族・親類
12. 知人
13. その他（ ）
14. 相談相手はいない

問33 保護者の方が必要な情報はどこ（どなた）から得ていますか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 受診している医療機関
2. 障がい者団体や家族会の人
3. 医療的ケア児を抱える他の保護者
4. 同じ保育所等に通う他の保護者
5. 訪問看護事業所
6. 保育所、認定こども園、幼稚園、小学校、中学校
7. 児童発達支援、放課後等デイサービス事業所
8. 障がい児相談支援事業所
9. 保健所・保健福祉センター
10. テレビ・新聞
11. インターネット
12. 家族・親類
13. 知人
14. その他（ ）
15. どこからも情報を得られない

問34 今後、どのような相談・情報提供サービスを望みますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 1. 医療相談 | 2. 療養に関する相談 |
| 3. 食生活相談 | 4. リハビリテーションに関する相談 |
| 5. 学校・教育に関する相談 | 6. 歯科に関する相談 |
| 7. 医療費助成制度の相談 | 8. 福祉サービスに関する相談 |
| 9. 患者同士の交流会 | 10. ピアカウンセリング |
| 11. 患者の家族同士の交流会 | 12. 病気に関する情報提供 |
| 13. 専門医による講演会の開催 | 14. 子どもの権利に関する相談 |
| 15. 市民への医療的ケア児に関する啓発 | |
| 16. 小児期から成人期への移行に関する相談 | |
| 17. 就労・自立に関する相談 | |
| 18. 将来の暮らしの場に関する相談 | |
| 19. その他（ | ） |
| 20. 特にない | |

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35 ① 障がいや病気を理由に不快（差別）や不便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

② ^{ぜんちん}前問①で^{いじょうまる}2つ以上○をつけた方^{かた}におたずねします。

^{おも}主なものはどれですか。

^{ぜんちん}前問で○をつけた^{まる}番号のうち^{ばんごう}1つだけ^{つぎ}次の ^かにお書きください。

問36 ^{とい}障^{しょう}がいを^{りゆう}理由とした^{さべつ}差別や^{へんけん}偏見をなくすためには、どのようなことが必要だと思^{ひつよう}いますか。ご自由^{じゆう}にお書きください。

問37 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何ですか。

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38 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何ですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- | |
|----------------------------|
| 1. 確認（確保）する時間がない |
| 2. 確認（確保）する手段がない（わからない） |
| 3. 確認（確保）について、相談する相手がいない |
| 4. 経路や方法の確認（確保）の必要性を感じていない |

問39 ① 避難^{ひなん}にあたり知人^{ちじん}や別居親族^{べっきよしんぞく}など誰か^{だれ}に手助け^{てだす}を求めるようにしていますか。

あてはまる番号 1 つに ^{ばんごう}○^{まる}をつけてください。

1. 手助け^{てだす}を求めるようにしている ⇒ ②に^{すす}進んでください
2. 手助け^{てだす}を求めるようにしていない ⇒ ③に^{すす}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 ^{まる}○^{かた}をつけた方におたずねします。手助け^{てだす}を依頼^{いらい}している相手^{あいて}は、どなたですか。

あてはまる番号すべてに ^{ばんごう}○^{まる}をつけてください。

1. 近所^{きんじょ}の人・地域^{ちいき}の人
2. 別居^{べっきょ}の親族^{しんぞく}
3. 知人^{ちじん}
4. 福祉^{ふくし}サービス事業所^{じぎょうしょ}
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 ^{まる}○^{かた}をつけた方におたずねします。手助け^{てだす}を求めるようにしていない主な理由^{おも りゆう}はなんですか。

あてはまる番号すべてに ^{ばんごう}○^{まる}をつけてください。

1. 求める時間^{じ かん}がない
2. 求める方法^{ほうほう}がわからない
3. 求める人^{ひと}がいない
4. 求める必要性^{ひつようせい}を感じていない

問40 ① 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

② 前問①で2つ以上○をつけた方におたずねします。

主なものはどれですか。

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41 ① 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。

② 前問①で2つ以上○をつけた方におたずねします。

主なものはどれですか。

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42 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43 ① 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。

② ^{ぜんもん}前問①で^{いじょうまる}2つ以上○をつけた^{かた}方におたずねします。

^{おも}主なものはどれですか。

^{ぜんもん}前問で○をつけた^{まる}番号のうち^{ばんごう}1つだけ^{つぎ}次の ^かにお書きください。

問44 ^{とい}障がい者^{しょう}施策^{しゃし}全般^{さくぜんぱん}についてご意見^{いけん}などがありましたら、ご自由^{じゆう}にお書き^かください。

ご協^{きょうりよく}力ありがとうございました。

^{へんそうようふうとう}返送用封筒に入れて、切手^いを貼^{きって}らずに令和元年^は12月^{れいわがんねん}20日^{がつ}(金)^かまでにポス
トにお入^いれください。