

松戸市障害者計画策定のための 医療的ケア児実態・ニーズ調査ご協力のお願い

日頃より本市行政運営に関し、ご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、松戸市では、今後の障害者施策の推進を図るため、現行の障害者計画を見直し、令和6年度から始まる新たな次期計画の策定に向けて準備をしております。

このアンケート調査は、新たな計画に市民の皆様の意見を反映させるためのもので、医療的ケア児およびその保護者の方から無作為に選び、アンケート調査を実施することといたしました。

調査は無記名で行い、結果は統計的に処理し、障害者施策を推進するためおよび次期計画策定のための基礎資料として活用しますので、個人が特定されたり、個別の回答を公表することはございません。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご回答賜りますようお願い申し上げます。

令和4年●月

松戸市長 本郷谷 健次

この調査票についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします

松戸市役所 障害福祉課

電話：047-366-7348（直通）/FAX：047-366-7613

（土、日、祝日、年末年始除く 8：30～17：00）

E-mail：mcshougaihukushi@city.matsudo.chiba.jp

【ご記入に当たってのお願い】

◇調査票の記入について

- ・この調査は封筒の宛名のご本人が対象となります。
- ・なんらかの事情でご本人が記入できない場合は、ご家族の方などに代筆していただくか、あなたの意思を尊重して代わってご回答していただく方をお願いいたします。
- ・令和4年4月1日現在の内容でご記入ください。
- ・設問に選択肢のあるものは、あてはまる番号に○をつけてください。お答えが「その他」にあてはまる場合は、() 内に具体的にご記入ください。
- ・設問によって、○をつけていただく数を() 内に指定していますので、ご注意ください。

《視覚障害のある方、視覚障害のある方を介助なさっている方へ》

この調査票については、点字や録音での回答が困難であるため、誠に申し訳ありませんが、点字版や録音版をご用意しておりません。ご記入にあたりましては、日頃、介助をなさっている方のご協力をいただきますよう、お願いいたします。

◇調査票の回収について

ご記入いただきました調査票は、同封の返信用封筒に入れ、●月●日(●)までに郵送していただきますようお願いいたします。(切手は不要です)

松戸市障害者計画策定のためのアンケート調査については、業務を松戸市から受託し、株式会社 名豊が実施しており、調査票送付先も株式会社 名豊となります。なお、調査の実施については松戸市公式ホームページにも掲載がございますので、併せてご参照ください。

URL : [https:// ●●●●/●●●●](https://●●●●/●●●●)

◇インターネットを利用してパソコンやスマートフォン等からも回答できます。

- ・下記のURLにアクセスするか、右のQRコードを読み込んでください。

URL : [https:// ●●●●/●●●●](https://●●●●/●●●●)

- ・入力する際は、IDを入力してください。

ID : ●●●●●●



- ・インターネットを利用して回答していただく場合は調査票の返送は不要です。

1 医療的ケアが必要なお子様について

問1 ご本人の年齢 *令和4年4月1日現在

() 歳

問2 ご本人の性別 (あてはまるものいずれかに○)

1. 男性

2. 女性

問3 お子さんがお持ちの障害者手帳及びそれぞれの等級について、お答えください
(あてはまるもの全てに○)

1. 身体障害者手帳

(1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)

2. 療育手帳

(Aの1 ・ Aの2 ・ Aの1 ・ Aの2 ・ Bの1 ・ Bの2)

3. 精神障害者保健福祉手帳

(1級 ・ 2級 ・ 3級)

4. 障害者手帳は所持していない

問3で「1. 身体障害者手帳」と答えられた方にお聞きします

問4 障害の種類及びそれぞれの等級について、お答えください (あてはまるもの全てに○)

種類	等級						
	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
1) 視覚障害	1級	2級	3級	4級	5級	6級	
2) 聴覚・平衡機能障害		2級	3級	4級	5級	6級	
3) 音声・言語・そしゃく機能障害			3級	4級			
4) 肢体不自由 (上肢)	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
5) 肢体不自由 (下肢)	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
6) 肢体不自由 (体幹)	1級	2級	3級		5級		
7) 肢体不自由 (運動機能障害)	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
8) 内部障害 (心臓機能障害)	1級		3級	4級			
9) 内部障害 (じん臓機能障害)	1級		3級	4級			
10) 内部障害 (呼吸器機能障害)	1級		3級	4級			
11) 内部障害 (膀胱又は直腸機能障害)	1級		3級	4級			
12) 内部障害 (小腸機能障害)	1級		3級	4級			
13) 内部障害 (ヒト免疫不全機能障害)	1級	2級	3級	4級			
14) 内部障害 (肝臓機能障害)	1級	2級	3級	4級			

問5 それぞれの手当等の受給状況について、お答えください（あてはまるもの全てに○）

手当等	受給状況		
	有（1級）	有（2級）	無
1）特別児童扶養手当	有（1級）	有（2級）	無
2）障害児福祉手当	有		無
3）心身障害児福祉手当	有		無
4）小児慢性特定疾患受給者証	有		無

問6 必要とする医療的ケアについて、お答えください（あてはまるもの全てに○）

1）人工呼吸器管理	1. 24時間 3. その他（1日	2. 夜間のみ 時間）
2）気管切開	1. あり	2. なし
3）経鼻咽頭エアウェイ	1. あり	2. なし
4）在宅酸素	1. あり	2. なし
5）喀痰吸引（口腔、鼻腔）	1. あり⇒ 2. なし	a. 1日6回未満 b. 1日6回以上 c. 1時間1回以上
6）喀痰吸引（気管カニューレ）	1. あり⇒ 2. なし	a. 1日6回未満 b. 1日6回以上 c. 1時間1回以上
7）中心静脈栄養（IVH）	1. あり	2. なし
8）経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻）	1日（ ）回、1回あたり（ ）分程度 持続注入ポンプ使用 ⇒ 1. 使用 2. 不使用	
9）導尿	1. あり	2. なし
10）人工肛門（ストマ）	1. あり	2. なし
11）腹膜透析	1. あり	2. なし
12）その他	（ ）	

問7 医療的ケアについて受診する医療機関名等について、お答えください
（あてはまるものいずれかに○）

1. 松戸市内	
2. 東葛飾地域（柏市・野田市・我孫子市・流山市・鎌ヶ谷市）	
3. 上記以外の県内	
4. 県外（都道府県名：	）
【医療機関名：	】

問 8 出生時の新生児集中治療室（NICU）への入院はありましたか（あてはまるものいずれかに○）

1. 入院あり（ 3か月未満 ・ 1年以内 ・ 1年以上 ）
2. 入院なし

問 9 心身の状態について、お答えください（あてはまるもの全てに○）

1) 自力での座位保持	1. 保持できる	2. 保持できない
2) 運動機能	1. 走れる	2. 歩ける
	3. 介助すれば歩ける	4. 座れる
	5. 寝たきり	
3) コミュニケーション	1. 日常生活に支障がない	
	2. 会話以外の方法でコミュニケーションできる (筆談、意思伝達装置等)	
	3. コミュニケーションできない	

問 10 日中の活動場所はどこですか（あてはまるものいずれかに○）

1. 自宅	2. 保育園
3. 幼稚園	4. 児童発達支援施設
5. 小学校（通常級・特別支援級）	6. 中学校（通常級・特別支援級）
7. 高等学校	8. 特別支援学校（小学部・中学部・高等部）
9. 放課後等デイサービス	10. 通所事業所（生活介護等）
11. 放課後児童クラブ ⇒学校名（	）
12. その他（	）

2 ご家族についておたずねします

問 11 現在、ご本人と一緒に住んでいる方はどなたですか（あてはまるもの全てに○）

1. 母	2. 父	3. 兄弟姉妹
4. 祖母	5. 祖父	
6. 上記以外の同居の家族（関係：		）
7. その他（		）

問 12 自宅で医療的ケアを行う方はどなたですか（あてはまるもの全てに○）

1. 母	2. 父	3. 兄弟姉妹
4. 祖母	5. 祖父	
6. 上記以外の同居の家族（関係： _____）		
7. その他（ _____）	8. いない	

⇒上記のうち「主たる介護者」である方 （番号を1つ記入）

⇒上記のうち「従たる介護者」である方 （番号を記入/複数可）

問 13 「主たる介護者」の年齢はいくつですか（あてはまるものいずれかに○）

1. 20歳未満	2. 20代	3. 30代	4. 40代
5. 50代	6. 60代	7. 70歳以上	

問 14 医療的ケアの継続年数について、お答えください（あてはまるものいずれかに○）

1. 1年未満	2. 1～5年	3. 6～10年
4. 11～15年	5. 16～20年未満	

問 15 家族による医療的ケアが困難な場合、代わりにケアを依頼できる相手はいますか（あてはまるものいずれかに○）

1. いる	2. いない	→ 問17にお進みください
-------	--------	---------------

問 15 で「1. いる」と答えた方にお聞きします

問 16 依頼できる相手はどなたですか（あてはまるもの全てに○）

1. 人に依頼している		
a. 別居の親族	b. 友人・知人	
c. その他（ _____）		
2. サービスを利用している		
a. ホームヘルパー	b. 短期入所（ショートステイ）	c. 訪問看護
d. その他（ _____）		

問 17 医療的ケアの代わりに依頼したいと感じるときはいつですか（あてはまるもの3つまでに○）

1. 介護者が休息を取りたいとき	2. 学校行事等、兄弟姉妹の用事があるとき
3. 冠婚葬祭のとき	4. 家族が病気のとき
5. 主たる介護者が病気のとき	6. 仕事のとき
7. その他（ _____）	

問 18 「主たる介護者」が1日の間に、医療的ケアを含む介護から離れられる平均時間はどのくらいですか（あてはまるものいずれかに○）

- | | |
|-----------|----------|
| 1. ほとんどない | 2. 1時間未満 |
| 3. 1～2時間 | 4. 3時間以上 |

⇒その時間の長さについてどう感じますか

- | | | |
|----------|---------|-------------|
| 1. 非常に短い | 2. 少し短い | 3. 短いとは感じない |
|----------|---------|-------------|

問 19 「主たる介護者」が医療的ケアを含む介護から、丸1日（24時間）離れることができた直近の日数はどのくらいですか（あてはまるものいずれかに○）

- | | | |
|--------------|----------|----------|
| 1. 1週間以内 | 2. 1ヶ月以内 | 3. 2ヶ月以内 |
| 4. 半年以内 | 5. 1年以内 | 6. 1年以上前 |
| 7. 離れられた日はない | | |

問 20 「主たる介護者」の、現在の健康状態について、お答えください（あてはまるものいずれかに○）

- | | | |
|------------|---------|-------|
| 1. 良い | 2. まあ良い | 3. 普通 |
| 4. あまり良くない | 5. 良くない | |

⇒理由

{

}

問 21 医療的ケアについて、相談できる家族以外の相手について、お答えください（あてはまるもの全てに○）

- | | | |
|--------------|-------------------------|----------------|
| 1. 親族 | 2. 友人・知人 | 3. 相談支援専門員 |
| 4. 通学先の教員 | 5. かかりつけ医療機関の医師・看護師・相談員 | |
| 6. 訪問看護師 | 7. 保健師 | 8. 市役所のケースワーカー |
| 9. ホームヘルパー | 10. 通所施設の職員 | 11. その他（ ） |
| 12. 相談相手がいない | | |

問 22 「主たる介護者」の、現在の就労状況について、お答えください（あてはまるものいずれかに○）

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. 常勤（フルタイム）で就労中 | 2. 非常勤（パートタイム等）で就労中 |
| 3. 就労したいが介護のため就労できない | 4. 就労希望はない |
| 5. その他（ ） | |

問 23 医療的ケアが必要なことによる、家族の仕事の形態（常勤・非常勤、フルタイム・短時間労働等）への影響がありましたか（あてはまるものに○、変更があった場合は内容を記述）

- | | |
|-------------------------------------|------------------|
| 1. 仕事の形態に変更があった | 2. 仕事の形態に変更はなかった |
| ⇒変更のあった家族【①父・②母・③祖父母・④兄弟姉妹・⑤その他（ ）】 | |
| ⇒変更の内容 | |

{

}

3 医療的ケアに伴う家族の不安等について

問 24 医療的ケアの必要なお子さまとの生活を送るうえで、主たる介護者の方は、どのようなことに困っていますか。(あてはまるもの5つまでに○)

1. 複数のサービスを利用しても介護負担が軽減されない
2. 望む量のサービスが供給されない
3. 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
4. 緊急で預けられるところがない
5. かかりつけの医療機関が遠く、通院が負担である
6. 日中活動の場（児童発達支援・幼稚園、学校等）を利用する時に付き添わなければならない
7. 医療的ケアやサービス利用に係る費用で家計が圧迫されている
8. 医療的ケア児（者）のサービスや助成制度についての情報を得るための手段が乏しい
9. 医療的ケア児（者）のサービスや助成制度についての情報を得るための時間が取れない
10. 主な介護者が、休養が取れず健康を保てない
11. 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
12. 家事を十分に行う時間をもつことができない
13. 自分の用事（受診、買い物等）の時間をもつことができない
14. 移動（外出）が困難である
15. 医療的ケア児（者）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
16. 医療的ケア児（者）のきょうだいとの時間をもつことができない
17. 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
18. 同居の家族が病気である
19. 主な介護者が病気である
20. 同居の家族に、医療的ケア児（者）に必要な介護やケアの内容、関わり方について理解・共感を得ることが難しい
21. 別居の親族に、医療的ケア児（者）に必要な介護やケアの内容、関わり方について理解・共感を得ることが難しい
22. 家族以外の話し相手がいない
23. 災害時の対応がわからない
24. その他（)
25. 困っていることはない
26. わからない

問 25 制度等の社会資源（支援制度、施設、設備、法律、団体等）について、知っていますか
(あてはまるもの全てに○)

1. 支援制度などの社会資源を知っている
2. 支援制度などの社会資源にどういったものがあるかわからない
3. 支援制度などの社会資源について、誰に聞けばいいかわからない
4. 各種社会資源が、どのような役割を担っているのか、何ができるものなのかかわからない
5. その他（)

問 26 情報交換や相談したい内容について、お答えください（あてはまるもの全てに○）

- | | |
|------------|------------------|
| 1. 育児のこと | 2. ほかの兄弟姉妹の育児のこと |
| 3. 支援制度のこと | 4. 利用できる施設のこと |
| 5. その他（ | ） |

4 サービス利用についておたずねします

問 27 退院後在宅生活を始める際、サービス利用やその他のことについて相談できる相手はいますか（あてはまるものいずれかに○）

- | | | |
|-------------|---|----------|
| 1. いた ⇒（相手： | ） | 2. いなかった |
|-------------|---|----------|

問 28 自宅でのホームヘルパーを利用していますか（あてはまるもの全てに○）

- | | |
|--|---------------------|
| 1. 利用している
⇒医療的ケアを理由に利用を断られたことが（ある・ない） | |
| 2. 利用していない | |
| a. 制度があることを知らなかった | b. 医療的ケアを理由に利用を断られた |
| c. その他（ | ） |
| d. サービスの利用希望なし | |

問 29 施設サービス等を利用していますか（あてはまるもの全てに○）

- | | | |
|-----------|---------------|----------------|
| 1. 利用している | | |
| a. 児童発達支援 | b. 放課後等デイサービス | c. 生活介護 |
| d. 短期入所 | e. 保育園 | f. 保育園での一時預かり※ |
| g. その他（ | ） | |

※保育園での一時預かりとは、毎日保育園を利用するほどではないけれど、お子さんを家庭で見ることが困難となった場合に保育園が利用できる制度です。

⇒医療的ケアを理由に利用を断られたことが（ある・ない）

⇒施設への送迎ができず利用をあきらめたことが（ある・ない）

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 2. 利用していない | |
| a. 制度があることを知らなかった | b. 医療的ケアを理由に利用を断られた |
| c. 施設への送迎ができず利用をあきらめた | |
| d. その他（ | ） |
| e. サービスの利用希望なし | |

5 ホームヘルパー等による医療的ケアについて

問 34 平成24年4月から、ヘルパー等の介護職員が喀痰吸引や経管栄養等の医療的ケアを行えるようになりました。

上記のような、医療職ではないヘルパー等による医療的ケアを利用していますか
(あてはまるもの全てに○)

1. 利用している

⇒内容 a 喀痰吸引 b 経管栄養
c その他 ()

2. 利用したい

⇒理由 a 介護者・家族の休息等の時間を確保したい
b 家族の病気等、緊急時に対応したい
c その他 ()

3. 利用を希望しない

⇒理由 a 医療職ではないので心配
b 事業所が少なく、希望時に利用できないため
c その他 ()

4. 希望はあるが利用できない

⇒理由 a ケアの内容が家族以外できないものだから
b その他 ()

6 医療的ケア児に対する教育・保育支援について

問 35 現在の、就学等の状況をお答えください(それぞれあてはまるものに○)

1. 就学前 (在宅 ・ 児童発達施設 ・ 保育園 ・ 幼稚園)

2. 就学中 (通学 ・ 訪問教育)

3. 卒業生 ⇒直前の就学当時 (通学 ・ 訪問教育)

問 36 現在の、就学等の形態は、希望通りのものですか(あてはまるものいずれかに○)

1. はい 2. いいえ

⇒「2. いいえ」の場合、希望通りにならなかった理由

()

※ここからの設問は、既に卒業された方は就学当時の状況についてご回答ください。
また、就学前の方は施設・園内生活、通園についてご回答ください。

問 37 学校生活（園内生活）・通学（通園）における、保護者等の付き添いはありますか
（あてはまるものいずれかに○）

1. 通学（通園）のみ付き添う
2. 学校生活（園内生活）のみ付き添う
3. 通学（通園）及び学校生活（園内生活）どちらも付き添う
4. 通学（通園）及び学校生活（園内生活）どちらも付き添わない
5. 通学（通園）ではない

問 38 通学（通園）における、保護者等の付き添いの平均回数・人数をお答えください（数字を記入）

平均 週 回 、 人で付き添い
※回数は登校・下校をそれぞれ1回とし、平均回数をご記入ください。

問 39 通学（通園）における、主な交通手段は何ですか（あてはまるものいずれかに○）

1. 徒歩・自転車
2. 自家用車
3. 公共交通機関（電車・バス等）
4. スクールバス
5. タクシー
6. 介護タクシー
7. 通学ではない

⇒医療的ケアを理由に利用を断られたことが（ある ・ ない）

⇒「ある」場合、断られた交通手段 （番号を記入/複数可）

問 40 通学（通園）における、自宅から学校までの片道所要時間はどれだけですか
（あてはまるものいずれかに○）

1. 30分未満
2. 30分以上 60分未満
3. 60分以上 90分未満
4. 90分以上
5. 通学ではない

問 41 学校生活（園内生活）における、保護者等の付き添いの日数・時間をお答えください（数字を記入）

平均 週 日 、 1日 時間
※看護師等への引継ぎや短縮日課の期間を除き、通常時についてご記入ください。

問 42 学校生活（園内生活）における、保護者の付き添いの理由は何ですか（あてはまるもの全てに○）

1. 学校（園内）に看護師がいない
2. 学校（園内）に看護師はいるが常駐ではない
3. 学校（園内）に看護師はいるが、保護者が希望
4. 学校（園内）に看護師はいるが、学校側（保育園等側）が要望
5. 通学（通園）ではない
6. その他（ ）

※問 43、問 44 の設問は卒業生の方のみお聞きします

問 43 現在の就労・通所等の状況について、お答えください（あてはまるものいずれかに○）

- | | |
|-----------------|--------------------------------|
| 1. 一般就労（障害者枠含む） | 2. 就労移行支援 |
| 3. 就労継続支援 A 型 | 4. 就労継続支援 B 型 |
| 5. 地域活動支援センター | 6. 生活介護 |
| 7. 通っていない | 8. その他（ <input type="text"/> ） |

問 44 進路を決める際の、問題点は何ですか（あてはまるもの全てに○）

1. 希望の進路に進めなかった
2. 利用できる（希望する）進路先がなかった
3. 進路が決まるまでに時間がかかった
4. その他（）
- ⇒理由（）

7 災害時・緊急時の対策について

問 45 災害用に保有している、医療的ケアに関する物品は何ですか（あてはまるもの全てに○）

1. 在宅酸素療法に使用する予備の酸素ボンベ
2. 吸引や導尿等の処置に必要な予備の医療材料
3. 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）
- ⇒内容（ a. 機器の外部バッテリー b. 自動車用バッテリー ※1
 c. 蓄電池（自動車用バッテリーやポータブル電源等）
 d. 自家発電機 ※2
4. 保有していない
5. その他（）

▶ 予備電源を保有している方におたずねします。

（あてはまるものいずれかに○、□の中に数字を記入）

⇒実際に使った経験（ ある ない）

⇒内部バッテリーも含めた総稼働可能時間 合計 時間

（※1）シガーソケットからインバーター（電流変換器）を用いたり、自動車用バッテリーから直接インバーターを用いたりして使用することを想定。ただし、インバーターは本来、バッテリー及び蓄電池と接続することが望ましく、人工呼吸器等に直接接続することは非常時の対応となります。

（※2）自家発電機は屋外等にて使用するなど換気に十分注意が必要となります。

問 50 災害時に備えて、どのようなことを支援してほしいですか（優先順位の高いもの3つまでに○）

1. 受け入れ可能な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. 避難所でも家族全員が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の、避難先のスペースや衛生面等への配慮をしてほしい
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. 医療機器の非常用電源購入の費用を補助してほしい
8. 医療的ケアに必要な物品を届けてほしい
9. 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
10. かかりつけ医以外の医療機関に緊急受診した場合でも、医療情報が適切に共有できるようにしてほしい
11. 避難生活が長期化した場合でも訪問診療（歯科を含む）をしてほしい
12. 避難所ではなく、在宅避難するための支援をしてほしい
⇒在宅避難に必要なもの（ ）
13. その他（ ）

8 その他

問 51 その他、医療的ケアに関する家族、サービス利用、教育・保育等について感じていること、困っていることや不安なこと等がありましたらご記入ください

問 52 新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、心配なことや不安なことがありましたら、ご記入ください

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました。