

生活と福祉についてのおたずね

ご記入いただく方についてお聞きします

問1 ご回答いただく方は、宛名のご本人からみて、どなたにあたりますか。(〇は1つ)

- | | |
|-------|------------|
| 1. 本人 | 4. 兄弟姉妹 |
| 2. 母親 | 5. その他の親族 |
| 3. 父親 | 6. その他 () |

問2 日常生活圏での主な移動手段は何ですか。(〇は1つ)

- | | | |
|---------|---------|--------|
| 1. 自家用車 | 4. タクシー | 7. その他 |
| 2. 電車 | 5. 自転車 | () |
| 3. バス | 6. 徒歩 | |

宛名のご本人についてお聞きします

問3 あなた(宛名の方)の性別をご回答ください。(〇は1つ)

- | | | |
|-------|-------|--------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 |
|-------|-------|--------|

問4 xx月xx日現在の、あなた(宛名の方)の年齢をご回答ください。(〇は1つ)

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 0～5歳 | 5. 30～39歳 | 9. 70～79歳 |
| 2. 6～11歳 | 6. 40～49歳 | 10. 80歳以上 |
| 3. 12～17歳 | 7. 50～59歳 | |
| 4. 18～29歳 | 8. 60～69歳 | |

問5 あなた(宛名の方)が住んでいる地域はどこですか。(〇は1つ)

- | | | |
|--------|--------|---------|
| 1. 井口 | 5. 上連雀 | 9. 北野 |
| 2. 深大寺 | 6. 下連雀 | 10. 中原 |
| 3. 野崎 | 7. 牟礼 | 11. 井の頭 |
| 4. 大沢 | 8. 新川 | |

問6 あなた(宛名の方)は、どなたと一緒に暮らしていますか。(〇はいくつでも)

- | | | |
|-------|-----------|------------|
| 1. 母親 | 3. 兄弟姉妹 | 5. その他 () |
| 2. 父親 | 4. その他の親族 | 6. ひとり暮らし |

問7 あなた（宛名の方）の現在の住居は、次のどれにあたりますか。（〇は1つ）

- | | |
|--------------|--------------------------------|
| 1. 持ち家（一戸建て） | 5. グループホーム |
| 2. 持ち家（集合住宅） | 6. 社宅・寮 |
| 3. 賃貸住宅 | 7. その他（ ） |
| 4. 都営・市営住宅 | |

宛名のご本人の障がいの状況などについてお聞きします

問8 あなた（宛名の方）がお持ちの手帳等はどれですか。（〇はいくつでも）

身体障がい	1. 身体障害者手帳 1級	4. 身体障害者手帳 4級
	2. 身体障害者手帳 2級	5. 身体障害者手帳 5級
	3. 身体障害者手帳 3級	6. 身体障害者手帳 6級
知的障がい	7. 愛の手帳 1度	9. 愛の手帳 3度
	8. 愛の手帳 2度	10. 愛の手帳 4度
精神障がい	11. 精神障害者保健福祉手帳 1級	13. 精神障害者保健福祉手帳 3級
	12. 精神障害者保健福祉手帳 2級	14. 自立支援医療費（精神通院）支給認定受給者証
難病	15. 特定医療費（指定難病）受給者証	16. マル都医療券
		17. 小児慢性特定疾病医療受給者証
	18. いずれも持っていない	

→ ※問8-1 は、身体障害者手帳をお持ちの方にお聞きします。

問8-1 手帳に記載されている障がいは、次のうちどれですか。（〇はいくつでも）

- | | |
|-----------|------------------------------|
| 1. 視覚障害 | 4. 音声・言語・そしゃく機能障害 |
| 2. 聴覚障害 | 5. 肢体不自由（上肢、下肢、体幹、運動機能障害など） |
| 3. 平衡機能障害 | 6. 内部機能障害（心臓、腎臓、肝臓、呼吸器、大腸など） |

問9 あなた（宛名の方）が、はじめて手帳を取得したのは、いつごろですか。（〇は1つ）

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 生後3か月未満 | 4. 6歳～8歳 | 7. 13歳～15歳 |
| 2. 3か月～2歳 | 5. 9歳～10歳 | 8. 16歳～17歳 |
| 3. 3歳～5歳 | 6. 11歳～12歳 | 9. 18歳以上 |

問 10 あなた（宛名の方）について、発達障害、高次脳機能障害と診断されたことはありますか。
（〇はいくつでも）

1. 発達障害と診断されたことがある
2. 高次脳機能障害と診断されたことがある
3. いずれもない

→※問 10-1 は、問 10 で「1. 発達障害と診断されたことがある」と回答した方にお聞きします。

問 10-1 診断されたのは次のどれですか。（〇はいくつでも）

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 1. 自閉症（自閉症スペクトラム） | 4. 注意力欠如多動性障害（AD/HD） |
| 2. アスペルガー症候群 | 5. 学習障害（LD） |
| 3. その他の広汎性発達障害 | 6. その他の発達障害 |

問 11 あなた（宛名の方）は、重症心身障害児・者の認定を受けていますか。（〇は1つ）

1. 受けている
2. 受けていない
3. わからない

問 12 医療的ケアが必要となった理由は何ですか。（〇は1つ）

- | | |
|-----------|--------------------------------|
| 1. 先天性の病気 | 3. 事故 |
| 2. 後天性の病気 | 4. その他（ ） |

宛名のご本人の健康状態や医療についてお聞きします

問 13 あなた（宛名の方）は、現在、次のような医療的ケアを受けていますか。（〇はいくつでも）

- | | |
|------------------|--|
| 1. 人工呼吸器 | 9. 皮下注射 |
| 2. 気管切開 | 10. 血糖測定 |
| 3. 鼻咽頭エアウェイ | 11. 透析 |
| 4. 酸素療法 | 12. 導尿 |
| 5. 吸引（口鼻腔・気管内吸引） | 13. 排便管理 |
| 6. ネブライザー | 14. 痙攣時の坐剤挿入、吸引、酸素投与、
迷走神経刺激装置の作動等の処置 |
| 7. 経管栄養 | 15. 医療的ケアは受けていない |
| 8. 中心静脈カテーテル | |

問 14 あなた（宛名の方）の移動の状況についてご回答ください。（〇はいくつでも）

1. 移動は難しい	4. 歩くことができる
2. 背ばい・腹ばい・四つんばいができる	5. 車いす等での自走ができる
3. 伝い歩きができる	6. 走ることができる

問 15 あなた（宛名の方）のコミュニケーションの状況についてご回答ください。（〇は1つ）

1. 日常生活に支障はない	4. 独特の方法でコミュニケーションできる（身振りやしぐさ、触手話、指点字、まばたき等）
2. 特定の人であればコミュニケーションできる	5. コミュニケーションはできない
3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる（手話や筆談、意思伝達装置等）	

福祉サービスの利用についてお聞きします

問 16 ①現在利用している障害福祉サービスと、②身近にあったら利用したい、現在利用しているがもっと利用したいサービスとして、あてはまる番号に〇をしてください。（〇はいくつでも）

	①利用しているサービス	②利用したいサービス
介護給付サービス		
1. 居宅介護（ホームヘルプ） 自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う。	1	1
2. 重度訪問介護 重度肢体不自由等で常時介護が必要な人に、自宅や医療機関等で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時の移動支援等を行う。	2	2
3. 同行援護 視覚障がいにより、行動に著しい困難を有する人が外出する時、必要な情報提供や介護を行う。	3	3
4. 行動援護 自己判断能力が制限されている人が行動する時に、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行う。	4	4
5. 重度障害者等包括支援 介護の必要性がとて高い人に、居宅介護等の複数サービスを包括的に行う。	5	5
6. 短期入所（ショートステイ） 自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含めて施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う。	6	6

	①利用しているサービス	②利用したいサービス
7. 療養介護 医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話をを行う。	7	7
8. 生活介護 常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動や生産活動の機会を提供する。	8	8
障害児通所支援サービス		
9. 児童発達支援 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援を行う。	9	9
10. 居宅訪問型児童発達支援 重度障がいの状態等で外出が著しく困難な障がい児の自宅を訪問し、日常生活動作の指導、知識技能の付与、訓練等を行う。	10	10
11. 医療型児童発達支援 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援や治療を行う。	11	11
12. 放課後等デイサービス 授業の終了後または休校日に、児童発達支援センター等の施設に通わせ、生活能力向上の訓練、社会との交流促進などの支援を行う。	12	13
13. 保育所等訪問支援 保育所等を訪問し、障がい児に障がい児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援等を行う。	13	13
相談支援サービス		
14. 計画相談支援 障害福祉サービス等の申請時に、サービス利用計画案を作成、決定後に事業者等と連絡調整し、サービス利用計画を作成する。また、サービス利用状況のモニタリング、事業所等との連絡調整、必要に応じた申請の勧奨等を行う。	14	14
15. 障害児相談支援 障害児通所支援の申請時に、利用計画案を作成、決定後に事業者等と連絡調整し、利用計画を作成する。また、支給決定された支援の利用状況のモニタリング、事業所等との連絡調整を行う。	15	15
その他のサービス		
16. 移動支援 屋外での移動が困難な障がい児者に対して、外出のための支援（ヘルパーによる移動の介助等）を行う。	16	16

普段の生活についてお聞きします

問 18 福祉サービス・医療的ケアのことで、家族以外に相談できる人は誰ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|---------------|------------|
| 1. 病院のスタッフ | 5. 市役所の職員 |
| 2. 福祉事業所のスタッフ | 6. 友人・知人 |
| 3. 学校の職員 | 7. その他 () |
| 4. 職場の人 | 8. いない |

問 19 あなた(宛名の方)は、平日の日中をどこで過ごしていますか。(〇は1つ)

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| 1. 自宅 | 8. 特別支援学校
(小学部・中学部・高等部) |
| 2. 保育園 | 9. 会社(勤め先) |
| 3. 幼稚園 | 10. 障害福祉サービス事業所 |
| 4. 児童発達支援 | 11. 病院(デイケア等) |
| 5. 小学校(通常学級・特別支援学級) | 12. その他
() |
| 6. 中学校(通常学級・特別支援学級) | |
| 7. 高等学校 | |

問 20 新型コロナウイルス感染症(Covid-19)の拡大に伴う「新しい生活様式」で、どのような生活の変化がありましたか。(〇はいくつでも)

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. 自由に使える時間が増えた | 9. マスクの着用で肌に不快感や痛みを覚えるようになった |
| 2. 人と会うストレスが軽減された | 10. オンラインでの申し込みや支払いなどがわかりにくく、必要な手続きがしにくくなった |
| 3. 在宅勤務等により通勤・通所時のストレスが軽減された | 11. 新しい生活様式のための支出(マスクや消毒液などの購入費)が増えた |
| 4. 外出しにくく、気分転換・ストレス解消がうまくできなくなった | 12. 収入が減少した |
| 5. 体力が低下した | 13. その他
() |
| 6. 通院・通所がしにくくなった | 14. 特にない |
| 7. 福祉サービスの利用が減った | |
| 8. 他の人とコミュニケーションが取りにくくなった | |

災害時の対策、緊急時の対応などについてお聞きします

問 21 あなた（宛名の方）は、火事や地震などの災害時にひとりで避難できますか。（○は1つ）

- | | | |
|--------|---------|----------|
| 1. できる | 2. できない | 3. わからない |
|--------|---------|----------|

問 22 家族が不在の場合、近所に助けてくれる人はいますか。（○は1つ）

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 1. いる | 2. いない | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

問 23 災害に備えて、どのような準備をしていますか。

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| 1. 非常持ち出し袋を準備している | 7. 連絡方法などのコミュニケーション手段を確保している |
| 2. 水や食料などを備蓄している | 8. 情報入手手段を確保している |
| 3. 薬や日常生活用具などを備蓄している | 9. 医療的ケアが受けられる環境を確保している |
| 4. 一次避難場所や避難所の場所を確認している | 10. その他
() |
| 5. 避難所へのルートを確認している | 11. 特に準備していない |
| 6. 避難する時の介助・支援を確保している | |

問 24 三鷹市では、障がいのある方が災害の時や日常生活の中で困った時に、まわりの人に自分の障がいへの理解や支援を求める際に利用できるよう、緊急連絡先や必要な支援内容などを書いておける「ヘルプカード」を配布しています。あなたは、この「ヘルプカード」のことを知っていますか。（○は1つ）



- | |
|--------------------------------|
| 1. 実際に持っている（お子さまに持たせている） |
| 2. あることは知っているが、持っていない |
| 3. 名前は聞いたことがあるが、どのようなものかよく知らない |
| 4. その他 () |
| 5. 知らない |

医療的ケア児・者のご家族が抱える、日々の負担感や不安感などについてお聞きします

問 25 あなた（宛名の方）を主に介護している方は誰ですか。（○はいくつでも）

1. 母親	5. その他同居家族
2. 父親	6. ホームヘルパー
3. 兄弟姉妹	7. ボランティア
4. 祖父母	8. その他（ ）

問 26 主にケアを行っている方以外に、ケアをお願いできる人はいますか。障害福祉サービス等の利用は除きます。（○は1つ）

1. いる	2. いない
-------	--------

問 27 主にケアを行っている方以外に、家事等をお願いできる人はいますか。障害福祉サービス等の利用は除きます。（○は1つ）

1. いる	2. いない
-------	--------

問 28 介護の代わりに依頼したいと感じる時はどんな時ですか。（○はいくつでも）

1. 外出したい時	4. 冠婚葬祭の時
2. 休息を取りたい時	5. その他（ ）
3. 兄弟姉妹の行事がある時	

以下の質問は、医療的ケア児者のご家族へのインタビューや先行調査をもとに、現在ご家族が抱えている悩みや不安等を整理しています。回答しづらい質問もあるかと思いますが、今後の支援策の充実のために、率直なお気持ちをお聞かせください。

問 29 あなた（宛名の方）やご家族の状況として、①から⑫それぞれの項目について感じる番号をご回答ください。（各項目で○は1つだけ）

※の項目：きょうだい児がいない場合は、「3」を選択してください。

	まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらでもない	ややあてはまる	あてはまる
① 日々の生活は、緊張の連続である	1	2	3	4	5
② いつまで続くかわからない日々の強い不安を感じる	1	2	3	4	5

	まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらでもない	ややあてはまる	あてはまる
③ 家族がケアを担うことに限界を感じている	1	2	3	4	5
④ 社会から孤立していると感じる	1	2	3	4	5
⑤ 慢性的な睡眠不足である	1	2	3	4	5
⑥ 自らの体調悪化時に医療機関を受診できない	1	2	3	4	5
⑦ 家族団らんの時間がない	1	2	3	4	5
⑧ 自分の食事を楽しむ余裕がない	1	2	3	4	5
⑨ ケアに追われて“子育て”ができていない	1	2	3	4	5
⑩ きょうだい児がストレスを抱えているように感じる ※	1	2	3	4	5
⑪ きょうだい児の授業参観や学校行事に参加できない ※	1	2	3	4	5
⑫ きょうだい児の用事（予防接種等）にあてる時間がない ※	1	2	3	4	5

医療的ケア児・者のご家族が「自分らしく生活すること」を実現していくために、どのような生活を送りたいかをお聞きします

問 30 日々の生活の中で、以下の項目についてそれぞれあてはまるものをご回答ください。（各項目で○は1つだけ）

	問題なくできている	かろうじてできている	やりたいができていない	やらなくてもよい
① 家族一緒に外出や旅行する	1	2	3	4
② 趣味を楽しむ	1	2	3	4
③ 自分のための時間を持つ	1	2	3	4
④ 資格取得のための学習をする	1	2	3	4
⑤ ボランティア活動をする	1	2	3	4

	ひやうごころ 問題なく	かまごころ ひやうごころ	ひやうごころ やりたいが	ひやうごころ せ
⑥ 新聞、テレビ、本をゆっくり見る時間をとる	1	2	3	4
⑦ 地域の役割(PTA や町内会等)を担う	1	2	3	4
⑧ 美容院に行く	1	2	3	4
⑨ 家中の掃除をする	1	2	3	4
⑩ 希望する形態で仕事に就く	1	2	3	4
⑪ 健康診断に行く	1	2	3	4
⑫ きょうだい児だけと過ごす時間を持つ	1	2	3	4
⑬ 何も考えずにいられる時間を持つ	1	2	3	4

問 31 最後に、市の政策や生活ニーズについてのご意見、ご要望を自由にお書きください。

医療的ケアを必要とするお子さんについてお聞きします

以下の質問は、医療的ケアを必要とするお子さん（18歳未満の方）の保護者にお聞きします。
該当しない方は回答を終了してください。

問 32 宛名のお子さんが医療的ケアを必要としていることで、ご家族の就業形態に影響はありましたか。（〇は1つ）

1. あった	2. なかった
--------	---------

問 33 1日のうち、休める時間（自分の時間）はどれくらいありますか。（〇は1つ）

1. 6時間以上	3. 1～2時間
2. 3～5時間	4. 1時間未満

問 34 宛名のお子さんを主に介護している人が、終日（24 時間）介護をせずに休むことができた日はどの程度ありましたか。過去 1 年間でお答えください。（○は 1 つ）

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 1 週間に 1 日程度 | 4. 2～3 か月に 1 日程度 |
| 2. 1 か月に 2～3 日程度 | 5. 半年間に 1 日程度 |
| 3. 1 か月に 1 日程度 | 6. 1 年間に 1 日程度 |

問 35 日々の生活の負担感について、あてはまるものをご回答ください。（○はいくつでも）

- | | |
|--|--|
| 1. 医療的ケアを必要とする子どものそばからひと時も離れられない、トイレに入るのにも不安がつきまとう | 6. 医療的ケアを必要とする子どもを連れての外出は困難を極める |
| 2. 家族以外の方に、医療的ケアを必要とする子どもを預けられるところがない（学校を除く） | 7. 急病や緊急の用事ができた時に、医療的ケアを必要とする子どもの預け先がない |
| 3. 登校や施設・事業所を利用する時に付き添いが必要である | 8. 医療的ケアに必要な費用で家計が圧迫されている |
| 4. 医療的ケアを必要とする子どもが、年齢相応の楽しみや療育を受ける機会がない | 9. 医療的ケアを必要とする子どもの支援に関することで、何度も行政窓口や事業所に足を運ぶ |
| 5. 医療的ケアを必要とする子どものことを理解して相談に乗ってくれる相手がいない | 10. 医療的ケアを必要とする子どもの支援サービス・制度がよくわからない |
| | 11. あてはまるものはない |

※問 35-1 は、問 35 で「1.」～「10.」に○を付けた方にお聞きします。

問 35-1 日々の負担を軽減するために必要と考える支援やサービスは何ですか。（○はいくつでも）

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1. 訪問による在宅ケア（看護）の支援 | 8. 療育・発達支援 |
| 2. 訪問による在宅ケア（介護）の支援 | 9. 学校や通所サービスにおける看護の支援 |
| 3. 訪問による家事等の支援 | 10. 相談支援 |
| 4. 日中の預かり支援 | 11. ガイドブック等での情報提供 |
| 5. 宿泊での預かり支援 | 12. サービスの利用調整支援 |
| 6. 外出時のヘルパー同行支援 | 13. その他 |
| 7. 送迎等の移動支援 | () |

問 36 宛名のお子さんが通う学校には、看護師が配置されていますか。（○は 1 つ）

- | | |
|------------|-------------|
| 1. 配置されている | 2. 配置されていない |
|------------|-------------|

問 37 宛名のお子さんはスクールバスを利用していますか。(○は1つ)

1. 利用している

2. 利用していない

問 38 医療的ケア児の保護者同士でのつながりがありますか。(○は1つ)

1. ある

2. ない

※問 38-1 は、問 38 で「1. ある」に○を付けた方にお聞きします。

問 38-1 どこで知り合いましたか。(○はいくつでも)

1. 子どもが通う保育園・幼稚園

5. 病院

2. 子どもが通う小学校・中学校

6. イベント

3. 子どもが通う高等学校

7. SNS

4. 通所施設

8. その他 ()

ご協力ありがとうございました

お手数ですが、記入もれがないかご確認いただき、調査票を同封の返信用封筒（切手不要）に入れてご返送くださいますよう、お願い申し上げます。