

松戸市障害者計画策定のための 医療的ケア児(者)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9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(者)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7年●月

松戸市長 松戸 隆政

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

◇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にお願いいたします。
- ・令和7年7月15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：*****



◇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：*****



- ・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 7 年 7 月 15 日現在

() 歳

問 2. お子さんは身体障害者手帳を持っていますか。(どちらかに○)

1. 持っている

2. 持っていない

問 2 で「1. 持っている」と答えた方にお聞きします

問 3. 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(あてはまるものすべてに○)

種類	等級						
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 4. お子さんがお持ちの療育手帳の等級について、お答えください。(1 つに○)

1. ㊦の 1

2. ㊦の 2

3. A の 1

4. A の 2

5. B の 1

6. B の 2

7. 持っていない

問 5. お子さんがお持ちの精神障害者保健の等級について、お答えください。(1 つに○)

1. 1 級

2. 2 級

3. 3 級

4. 持っていない

1. 受けている	2. 受けていない	3. 分からない
----------	-----------	----------

1. 持っている	2. 申請中	3. 持っていない
----------	--------	-----------

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) 気管内挿管、気管切開の管理	1. あり	2. なし
3) 鼻咽頭エアウェイの管理	1. あり	2. なし
4) 鼻口腔吸引（ 口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管内 ）	1. あり	2. なし
5) 中心静脈栄養	1. あり	2. なし
6) 酸素吸入・ネブライザーの管理	1. あり	2. なし
7) 経管栄養（ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻等）	1. あり	2. なし
8) 血糖測定・皮下注射（インスリン注射等）	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) 継続的な透析（血液透析、腹膜透析を含む）	1. あり	2. なし
10) 導尿（尿道留置カテーテル、尿路ストーマ等を含む）	1. あり	2. なし
11) 排便管理（消化管ストーマ、摘便、浣腸等含む）	1. あり	2. なし
12) その他	（ ）	

1. 座ることが難しい
2. 支えがあれば座ることができる
3. 一人ですわることができる

問 10. 一人での移動について教えてください。(1 つに○)

1. 移動は難しい
2. 背ばい・腹ばい・四つん這いができる
3. 伝い歩きができる

問 11. 日中の活動場所はどこですか。あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------|------------------------------|
| 1. 自宅 | 2. 保育園・幼稚園・認定こども園 |
| 3. 児童発達支援事業所 | 4. 小学校 |
| 5. 中学校 | 6. 高等学校 |
| 7. 特別支援学校 | 8. 放課後等デイサービス事業所 |
| 9. 日中一時支援事業所 | 10. 生活介護事業所 |
| 11. グループホーム | 12. 就労系事業所(就労継続、地域活動支援センター等) |
| 13. その他 () | |

問 12. 一週間あたりの各施設の利用回数について教えてください。

保育園・幼稚園・認定こども園 : () 回/週	児童発達支援事業所 : () 回/週
学校(訪問学級含む) : () 回/週	放課後等デイサービス事業所 : () 回/週
日中一時支援事業所 : () 回/週	生活介護事業所 : () 回/週
就労系事業所(就労継続、地域活動支援センター等) : () 回/週	

2 ご家族について

問 13. 現在、ご本人と一緒に住んでいる方はどなたですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|----------------------|-------|---------|
| 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 14. 自宅で医療的ケアを行う方はどなたですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|----------------------|-------|---------|
| 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 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。

(どちらかに○)

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。(あてはまるものすべてに○)

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を依頼したいと感じるときはいつですか。(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」の、現在の健康状態について、お答えください。(1つに○)

1. 良好

2. ふつう

3. 悪い (通院なし)

4. 悪い (通院あり)

問 19. 睡眠状況について、お答えください。(1つに○)

1. まとまった睡眠がとれている

2. まとまった睡眠がとれないことが多い

3. 睡眠がいつも断続的である (介護のため、短時間の睡眠が数回)

問 20. 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。

(あてはまるものすべてに○)

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 21. 「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。(ひとつに○)

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 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 22. 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。（どちらかに○、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
⇒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（ | 2. 仕事の形態に変更はなかった
⇒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 23. 医療的ケアの必要な方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。（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. 主な介護者が、休養が取れず健康を保てない
10. 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
11. 家事を十分に行う時間をもつことができない
12. 自分の用事（受診、買い物等）の時間をもつことができない
13. 移動（外出）が困難である
14. 医療的ケア児（者）の兄弟との時間（学校行事・習い事等）をもつことができない
15. 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
16. 同居の家族が病気である
17. 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
18. 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
19. 家族以外の話し相手がない
20. 災害時の対応がわからない
21. その他（ ）
22. 困っていることはない
23. わからない

問 24. 障害福祉等のサービスを利用している、もしくは利用したことがありますか。(どちらかに○)

1. 利用している

2. 利用していない → 問26にお進みください

問 24 で「1. 利用している」に○をつけた方におたずねします

問 25. 利用している、もしくは利用したことがあるサービスを以下の選択肢から選んでください。
(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|-----------|-----------------------|--------------------|
| a. 訪問診療 | i. 児童発達支援 | q. 就労系事業所 |
| b. 訪問看護 | j. 居宅訪問型児童発達支援 | (就労継続、地域活動支援センター等) |
| c. 訪問歯科診療 | k. 放課後等デイサービス | r. その他 () |
| d. 訪問リハビリ | l. 保育所等訪問支援 | |
| e. 訪問入浴 | m. 移動支援(社会参加支援・通学等支援) | |
| f. 居宅介護 | n. 相談支援専門員による計画相談 | |
| g. 短期入所 | o. 生活介護事業所 | |
| h. 日中一時支援 | p. グループホーム | |

問 26. サービスを受けるにあたって(受けようとしたとき)、事業所に受け入れ(サービス提供)を拒否されたことはありますか。(どちらかに○)

1. ある

2. ない

問 26 で「1. ある」に○をつけた方におたずねします

問 27. 拒否されたサービスの種別を以下の選択肢から選んでください。また、拒否された理由を以下の選択肢から選んでください。(あてはまるものすべてに○)

①拒否されたサービスの種別

- | | | |
|-----------|-----------------------|--------------------|
| a. 訪問診療 | i. 児童発達支援 | q. 就労系事業所 |
| b. 訪問看護 | j. 居宅訪問型児童発達支援 | (就労継続、地域活動支援センター等) |
| c. 訪問歯科診療 | k. 放課後等デイサービス | r. その他 () |
| d. 訪問リハビリ | l. 保育所等訪問支援 | |
| e. 訪問入浴 | m. 移動支援(社会参加支援・通学等支援) | |
| f. 居宅介護 | n. 相談支援専門員による計画相談 | |
| g. 短期入所 | o. 生活介護事業所 | |
| h. 日中一時支援 | p. グループホーム | |

②拒否された理由

1. 希望する時間帯の定員に余裕がなかったため
2. 希望する時間帯がサービス提供外の時間であったため
3. 障害の程度や特性が希望する事業所では対応することが困難なケースであったため
4. その他事業所では対応できない困難なケースであったため
5. 新規利用者を受け入れる余裕が事業所になかったため
6. その他 ()

問 28. サービス利用について困っていることについてお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 利用できるサービスが分かりにくい
2. 利用するための手続きが分かりにくい
3. 事業所がない
4. 利用できるサービス量(日数、時間)が足りない
5. 費用の負担が大きい
6. 医療的ケアを理由に断られる
7. 送迎がない
8. 困っていることはない
9. その他 ()

4 サービス利用について

問 29. 不足していると感じるサービスをお答えください。(3つまでに○)

- | | | |
|-----------------------------|-----------------|---------------|
| 1. 自宅でのホームヘルパー | 2. 児童発達支援 | 3. 放課後等デイサービス |
| 4. 生活介護 | 5. 短期入所 | 6. 日中一時支援 |
| 7. 保育園 | 8. 保育園での一時預かり※ | |
| 9. 移動支援(社会参加支援・通学等支援) | | 10. 訪問診療 |
| 11. 訪問看護 | 12. 訪問入浴 | 13. レスパイト入院 |
| 14. 障害児相談支援(計画相談) | 15. 居宅訪問型児童発達支援 | |
| 16. グループホーム | | |
| 17. 就労系事業所(就労継続、地域活動支援センター) | | |
| 18. その他 () | | |

⇒不足と感じる理由

()

※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のが困難となった場合に保育園が利用できる制度です。

5 医療的ケア児(者)に対する教育・保育支援について

問 30. 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 31. 現在の、就学等の形態は、希望通りのものですか。(どちらかに○)

また、希望通りにならなかった理由は何ですか。

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 32. 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。
(1つに○)

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 33. 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 34. 通学(通園)における、主な交通手段は何ですか。(1つに○)

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 35. 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。（1 つに○）

- | | | |
|-----------|------------------|------------------|
| 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（通園）ではない | |

問 36. 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 37. 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。

（あてはまるものすべてに○）

- | |
|---------------------------------|
| 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（ <input type="text"/> ） |

※問 38、問 39 の設問は卒業生の方のみお聞きします

問 38. 現在の就労・通所等の状況について、お答えください。（1 つに○）

- | | |
|-----------------|--------------------------------|
| 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 39. 進路を決める際の、問題点は何ですか。（あてはまるものすべてに○）

- | |
|--------------------------------|
| 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（ <input type="text"/> ） |

⇒理由（）

6 災害時・緊急時の対策について

問 40. 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。(あてはまるものすべてに○)

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. 人工呼吸器や吸引器等の医療機器に使用する予備電源

⇒保有しているもの

- | | |
|------------------|-----------------|
| a. 医療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（ポータブル電源等） | d. 自家発電機 ※2 |

⇒実際に使用した経験があるもの

- | | |
|------------------|-----------------|
| a. 医療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（ポータブル電源等） | d. 自家発電機 ※2 |

⇒人工呼吸器の内部バッテリー・外部バッテリーの総稼働時間を把握していますか

- | | | | | |
|--------|---|----------|----------------------|----|
| a. はい | → | 総稼働時間 合計 | <input type="text"/> | 時間 |
| b. いいえ | | | | |

4. 保有していない

5. その他（ ）

(※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 41. 災害用に保有していないが、必要だと思うものは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 特になし

2. 在宅酸素療法に使用する予備の酸素ボンベ

3. 吸引や導尿等の処置に必要な予備の医療材料

4. 人工呼吸器や吸引機等の医療機器に使用する予備電源

⇒内容

a. 医療機器の外部バッテリー	b. 自動車用バッテリー
c. 蓄電池（ポータブル電源等）	d. 自家発電機

5. その他（ ）

問 41 で 2 から 5（保有していないが必要なものがある）と答えた方にお聞きします

問 42. 災害時備品を、保有していない理由について教えてください。(あてはまるものすべてに○)

1. 災害時に何が必要かわからない

2. 保管場所がない

3. 費用が高い

4. 近隣に電源を確保できる施設がある

5. その他（ ）

問 43. 災害時（火事や地震などのとき）の避難所・避難場所を知っていますか。（1 つに○）

1. 知っている

2. 知らない

問 44. 避難行動要支援者避難支援制度※を知っていますか（1 つに○）

1. 登録している

2. 登録していない

a. 知っているが、登録の方法が分からない

b. 知っているが、登録できない（理由： ）

c. 知っているが、登録したくない（理由： ）

d. 知らなかったのに、今後登録したい

e. 知らなかったが、登録したくない（理由： ）

f. 近所や地域の方へ避難の際の支援を依頼しているから必要ない

g. その他（ ）

※ 避難行動要支援者避難支援制度とは、災害が発生したときに、高齢の方や障害をお持ちの方（避難行動要支援者）で、ひとりで避難することが困難な方に、ご本人の希望に基づき、あらかじめ市の名簿に登録していただき、その名簿を基に、災害時などに地域の中で速やかに避難や安否確認が行われるよう、地域の避難支援等関係者と共有するものです。医療的ケアを必要とする方に対し、障害福祉課が電話連絡する際に活用する目的の「松戸市医療的ケア児者支援連絡票」（以前手指消毒用ハンドジェルと同封したもの）とは別の制度になります。

《↓詳細は市 HP へ↓》



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。