

福岡市 在宅の医療的ケア児者に関する調査

【ご協力のお願い】

日頃から福岡市の福祉向上にご協力をいただきまして、ありがとうございます。
今回、福岡市内に居住する在宅の医療的ケア児者とその家族の生活の状況等や支援ニーズを把握して、今後の医療的ケア児者施策の参考とするため、アンケート調査を行うことといたしました。

この調査は、これからの福岡市の障がい福祉施策の充実のために実施するものです。

本人やご家族のお名前、回答の内容が他の人に知られることはありません。

お手数をおかけいたしますが、ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

令和7年1月

福岡市

記入にあたってのご注意

- 本調査は以下の方が対象となります。お間違いないよう、ご確認ください。

令和6年10月1日現在、福岡市内に在住する0歳から64歳までの在宅の医療的ケア児者

- 「医療的ケア」とは自宅で家族等が日常的に行う、医療的生活援助行為のことです。
- 「医療的ケア児者」とは、心身の機能に障がいがあり、呼吸や栄養摂取、排泄などの際に、医療機器やケアを必要とする方のことです。
- この調査票は、対象となる医療的ケア児者の介護を行っている方がお答えください。
- 鉛筆またはボールペンでご記入ください。
- 回答は、あてはまる項目を選んで、その番号を○印で囲んでください。
- 質問は問1から問58まであります。
- 調査票・返信用封筒に住所やお名前を書く必要はありません。
- 複数の調査票が届いた場合は、いずれか1部のみ回答するようにしてください。
- 調査票は、記入が終わったら、同封しております封筒（切手不要）に入れて、

令和7年2月28日（金）までに、お送りください。

- 右記の二次元コードからインターネットによる回答も可能です。

※QRコードは株式会社デンソーウェーブの登録商標です。

【URL : <https://rsch.jp/f0f89decfla69824/login.php> 】



- 記入にあたって、ご不明な点がある方は、遠慮なくお問い合わせください。

【調査に関するお問い合わせ先】

福岡市役所 こども未来局 こども発達支援課 アンケート調査担当

電話：711-4178 ファックス：733-5718 E-mail : hattatsushien.CB@city.fukuoka.lg.jp

このアンケートの記入についておたずねします

問1 このアンケートの記入日をお答えください。

令和____年____月____日

問2 このアンケートはどなたが記入されていますか。

医療的ケア児者ご本人から見た関係でお答えください。(○は1つだけ)

- | | | | |
|-------|------|------------|-------|
| 1. 父 | 2. 母 | 3. 兄弟姉妹 | 4. 祖父 |
| 5. 祖母 | 6. 子 | 7. その他 () | |

問3 このアンケートはどこから受け取りましたか。(○は1つだけ)

- | | | |
|------------|---------|------------|
| 1. 訪問看護事業所 | 2. 医療機関 | 3. その他 () |
|------------|---------|------------|

医療的ケア児者ご本人のことについておたずねします

問4 現在の生活状況を教えてください。(○は1つだけ)

- | |
|--|
| 1. 自宅やグループホームで生活している
→ 問5以降も回答してください。 |
| 2. 一時的に病院などに入院している
→ 問5以降は入院時の状況ではなく、日頃の日常生活状況について回答してください。 |
| 3. 障がい児入所施設や介護老人保健施設などの施設に入所している
→ 問5以降の回答は不要です。このまま調査票を返送してください。 |

問5 性別を教えてください。

性的違和を感じている方は、感じている性についてお答えください。(○は1つだけ)

- | | | |
|-------|-------|-----------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. 答えたくない |
|-------|-------|-----------|

問6 医療的ケア児者ご本人の年齢を教えてください。

満____歳 (令和6年10月1日現在)

問7は問6で40歳以上（かつ65歳未満）と回答された方におたずねします。

問7 特定疾病による介護保険サービスの利用はありますか。（○は1つだけ）

- | | | |
|-------|--------|----------------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. わからない・回答しない |
|-------|--------|----------------|

問8 お住まいの区はどこですか。（○は1つだけ）

- | | | | |
|--------|--------|--------|-------|
| 1. 東区 | 2. 博多区 | 3. 中央区 | 4. 南区 |
| 5. 城南区 | 6. 早良区 | 7. 西区 | |

問9 お持ちの障害者手帳・受給者証の種類と程度を教えてください。

障害者手帳等の種類	所有の有無	障がいの程度（手帳を持っている方）
① 身体障害者手帳	1. 持っている ---> 2. 持っていない 3. 申請中	1級 2級 3級 4級 5級 6級
② 療育手帳	1. 持っている ---> 2. 持っていない 3. 申請中	A1 A2 A3 B1 B2
③ 精神障害者 保健福祉手帳	1. 持っている ---> 2. 持っていない 3. 申請中	1級 2級 3級
④ 小児慢性特定疾病 医療受給者証	1. 持っている 2. 持っていない 3. 申請中	—
⑤ 特定医療費（指定 難病）受給者証	1. 持っている 2. 持っていない 3. 申請中	—

問10は問9「①身体障害者手帳」で「1. 持っている」を選ばれた方におたずねします。

問10 主な障がいを教えてください。（○は1つだけ）

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 1. 視覚障がい | 2. 聴覚障がい |
| 3. 平衡機能障がい | 4. 音声、言語、そしゃく機能障がい |
| 5. 肢体不自由（上肢） | 6. 肢体不自由（下肢） |
| 7. 肢体不自由（体幹等） | 8. 肢体不自由（全身性） |
| 9. 心臓機能障がい | 10. じん臓機能障がい |
| 11. 呼吸器機能障がい | 12. ぼうこう又は直腸機能障がい |
| 13. 小腸機能障がい | 14. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい |
| 15. 肝臓機能障がい | 16. わからない・回答しない |

問 11 医療的ケアが必要となった理由について教えてください。

(○はあてはまるものすべて)

- | | |
|------------|----------------|
| 1. 先天性の病気 | 2. 出生時のトラブル |
| 3. 後天性の病気 | 4. 事故 |
| 5. 原因不明 | 6. 検査中 |
| 7. その他 () | 8. わからない・回答しない |

問 12 現在、日常的に行っている医療的ケアの状況について教えてください。

(○はあてはまるものすべて)

- | |
|---|
| 1. 人工呼吸器管理 (鼻マスク式補助喚起法、ハイフロセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む) |
| 2. 気管切開の管理 |
| 3. 鼻咽頭エアウェイの管理 |
| 4. 酸素療法 |
| 5. 吸引 (口鼻腔又は気管内吸引) |
| 6. ネブライザーの管理 |
| 7. 経管栄養 (経鼻胃管、胃ろう、経鼻腸管、経胃ろう腸管、腸ろう、食道ろう) |
| 8. 経管栄養 (持続経管注入ポンプ使用) |
| 9. 中心静脈カテーテルの管理 (中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など) |
| 10. 皮下注射 (インスリン、麻薬など) |
| 11. 皮下注射 (持続皮下注射ポンプ使用) |
| 12. 血糖測定 (持続血糖測定器による血糖測定を含む) |
| 13. 継続的な透析 (血液透析、腹膜透析) |
| 14. 間欠的導尿 (間隔を空けて実施する導尿) |
| 15. 持続的導尿 (尿道留置カテーテル、膀胱ろう、腎ろう又は尿路ストーマ) |
| 16. 排便管理 (消化管ストーマ) |
| 17. 排便管理 (摘便又は洗腸) |
| 18. 排便管理 (浣腸) |
| 19. 痙攣時における座薬挿入、吸引、酸素投与又は迷走神経刺激装置の作動等の処置 |

問 13 は問 12 で「1. 人工呼吸器管理」を選ばれた方におたずねします。

問 13 人工呼吸器の1日の使用状況について教えてください。(○は1つだけ)

- | | |
|---------|----------------|
| 1. 24時間 | 2. 夜間のみ |
| 3. それ以外 | 4. わからない・回答しない |

問 14 は問 12 で「4. 酸素療法」を選ばれた方におたずねします。

問 14 酸素吸入器の1日の使用状況について教えてください。(○は1つだけ)

- | | |
|---------|----------------|
| 1. 24時間 | 2. 夜間のみ |
| 3. それ以外 | 4. わからない・回答しない |

問 20 通院の頻度について教えてください。(○は1つだけ)

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. 通院していない | 2. 半年に1回 |
| 3. 2～3か月に1回 | 4. 月1回 |
| 5. 月2回 | 6. 月3回以上 |
| 7. その他 () | 8. わからない・回答しない |

問 21 訪問診療の頻度について教えてください。(○は1つだけ)

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. 訪問診療は利用していない | 2. 月1回 |
| 3. 月2回 | 4. 月3回 |
| 5. 月4回 | 6. 月5回以上 |
| 7. その他 () | 8. わからない・回答しない |

問 22 訪問看護の頻度について教えてください。(○は1つだけ)

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. 訪問看護は利用していない | 2. 月1～2回 |
| 3. 週1回 | 4. 週2～3回 |
| 5. 週4～5回 | 6. 週6～7回 |
| 7. その他 () | 8. わからない・回答しない |

問 23 入院(レスパイト入院除く)の頻度について教えてください。(○は1つだけ)

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. 毎月 | 2. 2～3か月に1回程度 |
| 3. 4～5か月に1回程度 | 4. 半年に1回程度 |
| 5. 7か月～1年に1回程度 | 6. その他 () |
| 7. わからない・回答しない | |

問 24 レスパイト入院の利用状況について教えてください。(○は1つだけ)

- | |
|-------------------------------------|
| 1. かかりつけの医療機関でレスパイト入院を利用している |
| 2. かかりつけではない医療機関において、レスパイト入院を利用している |
| 3. レスパイト入院は利用していない |
| 4. わからない・回答しない |

問 25 かかりつけの医療機関での主な診療科目について教えてください。(○は1つだけ)

- | | | | |
|-----------|-----------|------------|-------------|
| 1. 内科 | 2. 外科 | 3. 整形外科 | 4. 小児科 |
| 5. 耳鼻咽喉科 | 6. 泌尿器科 | 7. 皮膚科 | 8. 脳神経外科 |
| 9. 歯科 | 10. 胃腸科 | 11. 咽喉科 | 12. 気管食道科 |
| 13. 口腔外科 | 14. 肛門科 | 15. 呼吸器科 | 16. 呼吸器外科 |
| 17. 耳鼻科 | 18. 消化器科 | 19. 循環器科 | 20. 小児外科 |
| 21. 小児歯科 | 22. 神経科 | 23. 神経内科 | 24. 心臓血管外科 |
| 25. 理学診療科 | 26. リウマチ科 | 27. アレルギー科 | 28. その他 () |

問 26 かかりつけの医療機関について教えてください。(○は1つだけ)

1. かかりつけの医療機関には入院病床がある
2. かかりつけの医療機関には入院病床がない
3. わからない・回答しない

問 27 医療機関への受診について困っていることがあれば教えてください。

(○はあてはまるものすべて)

1. 受診を断られることがある
2. 通院に時間や人手がかかる
3. 通院にかかる交通費の負担が大きい
4. 訪問診療、往診に来てくれる医療機関がない
5. トランジション（小児期から成人期への医療機関や診療科の移行）に不安がある
6. 特に困っていることはない
7. その他（)

家族・介護者の状況についておたずねします

問 28 医療的ケア児者と同居する方はどなたですか。医療的ケア児者ご本人からの続柄で教えてください。(○はあてはまるものすべて)

1. 父親
2. 母親
3. 祖父母
4. 兄弟姉妹
5. 子ども
6. いない（独居）
7. その他（)

問 29 同居する方で、医療的ケア児者本人以外で、他に介護が必要な方がいますか。

医療的ケア児者ご本人からの続柄で教えてください。(○はあてはまるものすべて)

1. 父親
2. 母親
3. 祖父母
4. 兄弟姉妹
5. 子ども
6. いない（本人のみ）
7. その他（)

問 30 普段、医療的ケア児者の介護を行っている方はどなたですか。

医療的ケア児者ご本人からの続柄で教えてください。(○はあてはまるものすべて)

1. 父親
2. 母親
3. 祖父母
4. 兄弟姉妹
5. 子ども
6. その他（)

問 31 問 30 の回答のうち、主に介護を行っている方はどなたですか。

医療的ケア児者ご本人からの続柄で教えてください。(○は1つだけ)

1. 父親
2. 母親
3. 祖父母
4. 兄弟姉妹
5. 子ども
6. その他（)

問 32 問 31 の回答の方について、年代を教えてください。(○は1つだけ)

- | | | | |
|-----------|------------|------------|-----------|
| 1. 19 歳以下 | 2. 20 歳代 | 3. 30 歳代 | 4. 40 歳代 |
| 5. 50 歳代 | 6. 60～64 歳 | 7. 65～74 歳 | 8. 75 歳以上 |

問 33 問 31 の回答の方について、健康状態を教えてください。(○は1つだけ)

- | |
|---------------------------------|
| 1. 良好である |
| 2. 不良だが通院するほどではない |
| 3. 不良のため通院している |
| 4. 不良のため通院したいが、介護のため通院できない |
| 5. 不良のため通院したいが、介護以外の理由により通院できない |
| 6. その他 () |
| 7. わからない・回答しない |

問 34 問 31 の回答の方について、医療的ケア児者への関与度を教えてください。

(○は1つだけ)

- | |
|---|
| 1. 医療的ケア児者本人が、介護者の補助なく、自分で医療的ケアができる |
| 2. 定時対応や医療的ケア児者本人の申し出により、医療的ケア実施時に介護者が見守りや補助をすれば、本人が医療的ケアできる |
| 3. 医療的ケア児者本人自身で医療的ケアはできないが、定時対応や本人の申し出により、介護者が医療的ケアを行う |
| 4. 医療的ケア児者本人自身では医療的ケアが必要だと申し出ることができないため、介護者が利用者の状態の常時観察を行う必要がある |
| 5. その他 () |
| 6. わからない・回答しない |

問 35 問 31 の回答の方について、就労状況を教えてください。

(○は1つだけ)

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. 就労している (フルタイム) | 2. 就労している (自営業) |
| 3. 就労している (パート、アルバイト) | 4. 就職活動中 |
| 5. 育児や介護などに係る長期休暇中 | 6. 就労していない (就職活動なし) |
| 7. その他 () | 8. わからない・回答しない |

問 36 は問 35 で「6. 就労していない (就職活動なし)」を選ばれた方におたずねします。

問 36 今後の就労の希望について教えてください。(○は1つだけ)

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 就労希望はない |
| 2. 就労希望があるが、介護のため就労や就職活動が難しい |
| 3. 就労希望があるが、介護負担以外の理由で、就労や就職活動をしていない |
| 4. わからない・回答しない |

問 37 問 31 の回答の方について、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について、睡眠時間を含めて教えてください。(○は1つだけ)

- | | |
|------------|-----------------|
| 1. ほとんどない | 2. 1時間未満 |
| 3. 1～4時間 | 4. 5～8時間 |
| 5. 9～12時間 | 6. 13～16時間 |
| 7. 17～20時間 | 8. 21時間以上 |
| 9. その他 () | 10. わからない・回答しない |

問 38 問 31 の回答の方による医療的ケア児者の対応が困難な場合、対応を頼める方などはいますか。(○はあてはまるものすべて)

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1. 医療的ケア児者と同居の親族 | 2. 医療的ケア児者と同居する親族以外の者 |
| 3. 医療的ケア児者と別居の親族 | 4. 友人・知人 |
| 5. 短期入所(ショートステイ) | 6. 生活介護 |
| 7. 日中一時支援 | 8. 児童発達支援センター |
| 9. 放課後等デイサービス | 10. 児童発達支援 |
| 11. 居宅介護(ホームヘルプサービス) | 12. 訪問看護 |
| 13. 訪問診療 | 14. 通所介護 |
| 15. 通所リハビリテーション | 16. 対応を頼める者がいない |
| 17. その他 () | 18. わからない・回答しない |

問 39 どのようなときに医療的ケアを代わってもらいたいと思いますか。(○は3つまで)

- | |
|---|
| 1. 主に介護を行っている方が身体を休めたいとき |
| 2. 主に介護を行っている方が何も考えずに過ごしたいとき |
| 3. 主に介護を行っている方が家事に集中したいとき |
| 4. 主に介護を行っている方が娯楽の時間を持ちたいとき |
| 5. 主に介護を行っている方が自分の用事(ショッピング・美容院等)を済ませたいとき |
| 6. 家族で旅行や外出をしたいとき |
| 7. 医療的ケア児者の兄弟姉妹の用事があるとき |
| 8. 医療的ケア児者の兄弟姉妹だけとの時間をもちたいとき |
| 9. 冠婚葬祭のとき |
| 10. 仕事のとき |
| 11. 仕事や資格に関する勉強がしたいとき |
| 12. 同居の家族が病気の時 |
| 13. 主に介護を行っている方が病気の時 |
| 14. 医療的ケアを代わってもらいたいと思わない |
| 15. その他 () |

福祉サービスについておたずねします

問 40 医療的ケア児者本人のサービスの利用状況（直近1年以内）を教えてください。また、今後の利用意向（2～3年以内）を教えてください。（事業番号1～30まで、それぞれの利用状況と利用意向に○を1つずつ）

事業番号	サービス名	サービス内容	利用状況		利用意向		
			利用している	利用していない	利用したい	今のところ必要ない	わからない
1	居宅介護	ヘルパーが訪問し、家事・身体介護などのサービスを提供する。	1	2	1	2	3
2	医療型短期入所	介護している人が疾病などにより一時的に介護できない場合に病院、診療所などで宿泊を伴った日常生活上の支援を行う。	1	2	1	2	3
3	福祉型短期入所	介護している人が疾病などにより一時的に介護できない場合に障がい者支援施設などで宿泊を伴った日常生活上の支援を行う。	1	2	1	2	3
4	行動援護	行動上著しい困難を有する知的障がい者などに対し、予防的対応、外出時の介護などを行う。	1	2	1	2	3
5	同行援護	移動に著しい困難を有する視覚障がい者に対し、外出時において移動に必要な情報の提供、移動の援護を行う。	1	2	1	2	3
6	施設入所支援	施設に入所する人に、夜間や休日の入浴、排泄、食事の介護などを行う。	1	2	1	2	3
7	生活介護	常時介護を必要とする人に、施設で日中の介護などを行う。	1	2	1	2	3
8	自立訓練	身体機能、生活能力の向上のために必要な訓練を行う。	1	2	1	2	3
9	就労移行支援	一般企業への就職を希望する人に対する訓練を行う。	1	2	1	2	3
10	就労継続支援（A型）	通所により、雇用契約に基づく就労の機会を提供する。	1	2	1	2	3

事業番号	サービス名	サービス内容	利用状況		利用意向		
			利用している	利用していない	利用したい	今のところ必要ない	わからない
11	就労継続支援（B型）	通所により、就労の機会や生産活動の機会を提供する。	1	2	1	2	3
12	就労定着支援	企業、自宅等への訪問や体調管理などに関する課題の解決に向けた支援を実施する。	1	2	1	2	3
13	自立生活援助	定期的に居宅を訪問し、食事、洗濯などの課題や体調の変化や通院の状況などについて確認を行い、必要な助言などを行う。	1	2	1	2	3
14	グループホーム	地域で共同生活を営む住居において日常生活上の相談、介護などの支援を行う。	1	2	1	2	3
15	移動支援	一人での外出が困難な障がい者が、区役所や病院などへ外出する際、ヘルパーが外出の援助を行う。	1	2	1	2	3
16	日中一時支援	介護者が疾病などにより、一時的に介護できない場合に、施設などにおいて日中預かり、日常生活の支援を行う。	1	2	1	2	3
17	日常生活用具	障がい者（児）の日常生活の利便を図るための用具の給付を行う。	1	2	1	2	3
18	補装具	身体上の障がいを補うための「補装具」の購入や修理にかかる費用の支給を行う。	1	2	1	2	3
19	福祉乗車券の交付	重度の障がい者などに対して、公共交通機関の乗車券などを交付する。	1	2	1	2	3
20	福祉タクシー料金の助成	在宅の重度障がい者（児）がタクシーを利用する際、運賃の一部を助成する。	1	2	1	2	3
21	緊急通報システム	急病などの緊急事態の際に、受信センターへ通報できる緊急通報機器を設置する。	1	2	1	2	3
22	福岡市重度心身障がい者福祉手当	重度の心身障がい者（児）へ市独自の手当を支給する。	1	2	1	2	3

事業番号	サービス名	サービス内容	利用状況		利用意向		
			利用している	利用していない	利用したい	今のところ必要ない	わからない
23	児童発達支援	障がいのある子どもに、通園施設などにおいて日常生活の指導や集団生活への適応訓練などを行う。	1	2	1	2	3
24	放課後等デイサービス	学校通学中の障がいのある子どもに、放課後や夏休みなどに生活能力向上のための訓練などを行う。	1	2	1	2	3
25	保育所等訪問支援	障がいのある子どもの通う保育所・学校などを訪問し、集団生活への適応のための専門的な支援を行う。	1	2	1	2	3
26	居宅訪問型児童発達支援	障がい児通所支援を受けるために外出することが著しく困難な障がいのある子どもの居宅を訪問し、日常生活における基本動作の指導などを行う。	1	2	1	2	3
27	障がい児入所支援	障がいのある子どもを入所施設などにおいて保護し、日常生活における基本動作の指導などを行う。	1	2	1	2	3
28	特別支援学校放課後等支援事業	特別支援学校に通う児童・生徒を放課後などにあずかる。	1	2	1	2	3
29	医療的ケア児等在宅レスパイト	在宅の医療的ケア児（18歳以下）の看護や介護を行う家族の負担軽減を図るため、医療保険の適用を超える自宅利用や医療保険の適用外となる自宅以外での訪問看護を提供する。	1	2	1	2	3
30	訪問型在宅レスパイト	在宅生活を送っている医療的ケアが必要な障がい者（18歳以上）の自宅に、訪問看護事業所の看護師等が滞在し、介護者の代わりに医療的ケアを伴う見守りを行う。	1	2	1	2	3

問 41 問 40 の事業番号 1～30 のサービス・事業の中で、サービスの量が不足していたり、利用対象・範囲の拡大などを図るべきだと思うものがありますか。(○は1つだけ)

1. ある	2. ない	3. わからない・回答しない
-------	-------	----------------

問 42 は、問 41 で「1. ある」を選ばれた方におたずねします。

問 42 サービスの量が不足していたり、利用対象・範囲の拡大などを図るべきだと思うサービス・事業を教えてください。優先度が高いと思うものを2つまで選んでください。(事業番号は1～30の数字を記入してください)

事業番号	選んだ理由

問 43 問 40 の事業番号 1～30 のサービス・事業の中で、医療的ケアを理由に利用を断られたことや、利用をあきらめたことはありますか。なお、福岡市内での事例に限ります。(○は1つだけ)

1. ある	2. ない	3. わからない・回答しない
-------	-------	----------------

問 44 は、問 43 で「1. ある」を選ばれた方におたずねします。

問 44 利用を断られたり、利用をあきらめたサービス・事業について、あてはまるものを教えてください。なお、福岡市内での事例に限ります。複数ある場合は、2つまで選んでください。(事業番号は1～30の数字を記入してください)

事業番号	選んだ理由

問 45 は、問 40 事業番号 2 (医療型短期入所) で利用意向「1 (利用したい)」を選ばれた方におたずねします。

問 45 かかりつけの医療機関ではない機関が行う医療型短期入所の利用意向についてお聞きします。(○はあてはまるものすべて)

1. かかりつけではない医療機関が行う医療型短期入所でも利用したい
2. 介護老人保健施設が行う医療型短期入所でも利用したい
3. かかりつけではない医療機関や介護老人保健施設は普段利用したことがないため、医療型短期入所は利用したくない
4. 専門的な医療的ケアができない医療機関や介護老人保健施設では受け入れてもらえないと思っている
5. わからない・回答しない

※介護老人保健施設とは、介護を必要とする高齢者の自立を支援し、家庭への復帰を目指すために、医師による医学的管理の下、看護・介護といったケアはもとより、作業療法士や理学療法士等によるリハビリテーション、また、栄養管理・食事・入浴などの日常サービスまで併せて提供する施設です。利用者一人一人の状態や目標に合わせたケアサービスを、医師をはじめとする専門スタッフが行い、夜間でも安心できる体制を整えている施設で、制度上、医療型短期入所の指定を受けることができる施設とされています。

問 46 は、問 40 事業番号 2 (医療型短期入所) で利用意向「1 (利用したい)」を選ばれた方におたずねします。

問 46 どのようなときに医療型短期入所を利用したいですか。(○は1つだけ)

- | | | |
|----------------|----------------|---------|
| 1. 平日 | 2. 週末 (金曜から日曜) | 3. 祝日 |
| 4. ゴールデンウィーク | 5. お盆 | 6. 年末年始 |
| 7. わからない・回答しない | | |

在宅療養についておたずねします

問 47 医療的ケア児者本人の現在のお住まいを教えてください。(○は1つだけ)

1. 本人や家族の持ち家
2. 民間の借家や賃貸アパート・マンションなど
3. 市営・県営住宅、公営住宅、UR住宅
4. 障がい者グループホーム
5. その他 ()
6. わからない・回答しない

問 48 在宅療養に関して相談しているところがあれば、教えてください。(○はあてはまるものすべて)

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 1. かかりつけ医 | 2. 通院先医療機関の看護師 |
| 3. 通院先医療機関のソーシャルワーカー | 4. 訪問看護師 |
| 5. ヘルパー | 6. 相談支援専門員 |
| 7. 医療的ケア児等コーディネーター | 8. 障がい福祉サービス事業所の職員 |
| 9. 幼稚園や保育所の教員 | 10. 学校の教員 |
| 11. 県庁や市役所など行政機関の職員 | 12. 他の医療的ケア児者の保護者等 |
| 13. 同居以外の家族・親族 | 14. 友人・知人 |
| 15. 特に相談する相手はいない | 16. その他 () |
| 17. わからない・回答しない | |

問 49 将来(親が高齢者になる頃など)、医療的ケア児者本人はどの形態の住宅に住むことを望みますか。(○は1つだけ)

1. 戸建て住宅(賃貸又は持ち家)
2. 集合住宅(賃貸又は分譲のマンション、アパート等)
3. 障がい又は高齢のグループホーム
4. 障がい又は高齢の入所施設
5. その他 ()
6. わからない・回答しない

問 50 医療的ケア児者本人が、問 49 で答えた住宅で生活するためには、どのような条件が必要だと思いますか。(○は3つまで)

1. 昼間の介護を頼める人がいること
2. 夜間の介護を頼める人がいること
3. 調理や掃除、洗濯などの家事の手伝いを頼める人がいること
4. お子さん（医療的ケア児者本人以外）の見守りを頼める人がいること
5. 介護を受けながら日中活動を行う施設に通えること
6. 就労や生活の自立、機能の回復へ向けて訓練を受けられる施設に通えること
7. 就労継続支援事業所（A型、B型）で働けること
8. 短期入所など緊急時に宿泊できるところがあること
9. 外出の介護を頼める人（ガイドヘルパー）のサービスがあること
10. 主治医や医療機関が近くにあること
11. 仕事があること
12. 家族と同居できること
13. グループホームなどの仲間と共同生活できる場があること
14. 地域で何でも相談できる相談員や相談窓口があること
15. スーパーや銀行などの生活に必要な機関が近くにあること
16. 特にない
17. その他（)
18. わからない・回答しない

災害対策についておたずねします

問 51 災害時に困ることや不安なことを教えてください。(○はあてはまるものすべて)

1. 災害の情報をする方法がない
2. 助けを求める方法がない
3. 近くに助けてくれる人がいない
4. 避難所の設備が医療的ケアに対応しているか不安
5. 避難所で必要な支援が受けられるか不安
6. 避難所でほかの人と一緒に過ごすことが難しい
7. 医療機器の電源確保が心配
8. 特にない
9. その他（)
10. わからない・回答しない

問 52 災害に対してどのような備えをしていますか。(○はあてはまるものすべて)

1. 日頃から家族で災害時の対応を話し合っている
2. 非常食などの備蓄をしている
3. 医療的ケアに必要なケア用品の備蓄をしている
4. 医療的ケアに必要な医療機器の電源を確保している
5. 疾病などで必要な薬や医療機関の連絡先などを備えている
6. 近所の人や知人などに、災害が発生したときの助けをお願いしている
7. 「避難行動要支援者名簿」に登録している
8. 「個別避難計画」を作成している
9. 避難先を確保している
10. 特に備えていない
11. その他 ()
12. わからない・回答しない

問 53 災害が発生したときに、医療的ケア児者の安全の確保などで頼れる人はどなたですか。(○はあてはまるものすべて)

1. 医療的ケア児者と同居の家族
2. 医療的ケア児者と別居の親族
3. 友人・知人
4. 福祉サービスの事業者
5. 頼る必要がない(自力で避難ができる)
6. 頼れる人がいない
7. その他 ()
8. わからない・回答しない

情報収集や相談についておたずねします

問 54 医療的ケア児者に関する情報は主にどこから取得していますか。(○は3つまで)

1. かかりつけ医
2. 通院先医療機関の看護師
3. 通院先医療機関のソーシャルワーカー
4. 訪問看護師
5. ヘルパー
6. 相談支援専門員
7. 医療的ケア児等コーディネーター
8. 障がい福祉サービス事業所の職員
9. 幼稚園や保育所の教員
10. 学校の教員
11. 県庁や市役所など行政機関の職員
12. 他の医療的ケア児者の保護者等
13. 同居以外の家族・親族
14. 友人・知人
15. 行政機関のホームページ
16. 当事者団体のホームページ
17. 当事者団体の相談窓口
18. 当事者のSNS・ブログ等
19. 特に情報を得ていない
20. その他 ()
21. わからない・回答しない

問 56 福岡市が実施している福祉施策について、あなたが知る手掛かりとなっているのは、次のどれですか。(○はあてはまるものすべて)

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| 1. 市政だより | 2. 新聞 |
| 3. テレビ・ラジオ | 4. ホームページ |
| 5. 団体の機関紙など | 6. 区役所の福祉・介護保険課 |
| 7. 障がい者更生相談所 | 8. 民生委員・児童委員 |
| 9. 障がい者相談員 | 10. こども総合相談センター（児童相談所） |
| 11. あいあいセンター・西部療育センター・東部療育センター | |
| 12. ゆうゆうセンター | 13. 通所または入所している施設 |
| 14. 区障がい者基幹相談支援センター | 15. 計画相談支援事業所 |
| 16. 福岡市情報プラザ（福岡市役所1階） | 17. 居宅介護や外出の支援をするヘルパーなど |
| 18. 手話放送、字幕放送 | 19. 特にない |
| 20. その他（ | ） 21. わからない・回答しない |

問 57 医療的ケア児者との生活を送る上で、主に介護を行っている方が困っていることを教えてください。(○はあてはまるものすべて)

- | | |
|--|---|
| 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. 日中の活動の場（児童発達支援、学校等）を利用するとき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. 主に介護を行う者が病気である | |
| 20. 同居の家族に、医療的ケア児者に必要なケアについて理解・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ケアについて理解・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. 特に困っていることはない | |
| 25. その他（ | ） |
| 26. わからない・回答しない | |

問 58 医療的ケア児者に関する施策について、福岡市にご意見などがありましたら、ご自由にお書きください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。