

知的障害者医療費助成アンケート調査

東京都心身障害者医療費助成制度の拡大を求める全都連絡会

現在、東京都「心身障害者医療費助成制度」を愛の手帳 3～4 度の方にも拡大することを目指し、取り組みを進めております。つきましては、障害のある方々の医療受診の実態を把握することを目的としたアンケート調査へのご協力をお願いいたします。

本調査へのご回答は任意であり、回答されない場合でも不利益は一切ございません。また、取得した情報は統計的な集計処理を行い、個人が特定される形で公表されることはありません。

回答締め切り 2026 年 2 月 28 日(土)

記入後は各事業所へご提出をお願いいたします。

本アンケートへ質問先 竹野 携帯:090-3433-2487 smileseinenn@yahoo.co.jp

安中 携帯:090-6082-4064 inclusion20210418@gmail.com

インターネット・スマートフォンでもご回答いただけます。



<https://x.gd/vW3oW>

1 障害者手帳をお持ちのご本人についてお伺いします

1-1) 回答者の立場をお教えてください。

ア:手帳を持つご本人 イ:ご家族 ウ:支援者(ヘルパー、施設職員等) エ:その他()

1-2) お持ちの愛の手帳は何度ですか？

ア:4 度 イ:3 度 ウ:2 度 エ:1 度 オ:愛の手帳は持っていない

1-3) 他に障害者手帳をお持ちであれば、お教えてください。

身体障害者手帳 級

精神保健福祉手帳 級

1-4) ご本人の年齢をお教えてください。

ア:18 歳未満 イ:18 歳～39 歳 ウ:40 歳～64 歳 エ:65 歳以上

↓ 次ページに続きます。

1-5) お住まいの地域を教えてください。

ア:東京 23 区内 イ:東京都市部・多摩地域 ウ:島しょ部 エ:その他()

1-6) 普段一緒に暮らすご家族はいますか？

ア:親やきょうだいと住んでいる イ:グループホームに入居中 ウ:施設入所 エ:一人暮らし
オ:その他()

1-7) 日中の主な活動場所を教えてください。

ア:生活介護/地域活動支援センター イ:就労継続支援 B 型 ウ:就労移行支援
エ:就労継続支援 A 型 オ:一般就労 カ:自宅での生活が中心 キ:その他()

1-8) 障害年金はもらっていますか？

ア:障害基礎年金 1 級を受給(月額約 8 万 6 千円) イ:障害基礎年金 2 級(月額約 6 万 9 千円)
ウ:障害年金はもらっていない エ:その他()

1-9) 国や自治体から障害者対象の手当はもらっていますか？

ア:月 3 万円以上の手当がある イ:月 2~3 万円の手当がある ウ:月 1~2 万円の手当がある
エ:月 1 万円未満の手当がある オ:手当はもらっていない

1-10) 給与・工賃はもらっていますか？月額平均に近いものを選んでください。

ア:月 10 万円以上 イ:月 5~10 万円 ウ:月 3~5 万円 エ:月 1~3 万円 オ:月 1 万円未満
カ:給与・工賃はもらっていない キ:その他()

1-11) 障害年金、手当、工賃などをすべて含めた 1 年間の収入はいくらぐらいですか？

ア:年収 200 万円を超える イ:年収 150~200 万円 ウ:年収 100~150 万円
エ:年収 100 万円以下 オ:収入はまったくない カ:わからない/答えたくない

2 医療費についてお伺いします

2-1) この 1 年の医療費(診察代+処方薬)の合計金額を教えてください。

ア:0 円 イ:1 万円以内 ウ:1~5 万円 エ:5~10 万円 オ:10~20 万円 カ:20 万円以上
キ:わからない

↓ 次ページに続きます。

2-2) 医療費は主にどなたが負担していますか？

ア:医療費負担はない イ:親が負担 ウ:本人の収入から払っている エ:きょうだいが負担
オ:わからない カ:その他()

2-3) これまでで最も費用のかかった医療費は何ですか？

ア:毎月の通院や薬の費用 イ:急な病気や怪我の通院の費用 ウ:入院・手術費用
エ:精神科・心療内科の費用 オ:歯科の費用 カ:リハビリや機能訓練の費用 キ:診断書の費用
ク:特にお金はかかっていない ケ:わからない コ:その他()
※差し支えなければ金額も教えてください。⇒ 総額_____円程度かかった。

2-4) 医療費が負担になって受診を我慢したこと・させたことはありますか？

ア:よくある イ:ときどきある ウ:ごくたまにしかない エ:まったくない

2-5) 「2-4」でア～ウを選択された方にお伺いします。具体的にどのような治療の受診を我慢しましたか？(複数回答可)

ア:発熱や風邪などの内科疾患治療の受診 イ:アトピーなど慢性的な疾患の治療受診
ウ:歯科治療の受診 エ:精神科・心療内科の受診 オ:リハビリなどの治療受診
カ:その他()

2-6) 障害児・者の医療費または受診控えについてご意見があれば自由にご記入ください。

例)診察代以外にも費用負担がある、診療拒否があった、など…

↓次ページに続きます。

3 障害児・者の医療に関する要望をお伺いします

障害者の医療にとって優先度が高いと思う順番で1、2、3…の番号をつけてください。

- 愛の手帳 3～4 度の知的障害の人まで医療費助成を拡大して、費用負担を軽くしてほしい
- 病院に行きやすいようにヘルパーさんや施設の人の整備を進めてほしい
- 障害のある人にもかかりやすい病院をわかりやすくしてほしい
- 制度の手続きや書類を減らしてほしい
- その他()

自由記述スペース

最後に、東京都の愛の手帳を持つ人々への医療制度や医療費・福祉制度に関して、ご意見ご要望がありましたらご自由に記入ください。

アンケートは以上になります。
ご協力ありがとうございました。