

E 医療的ケア児・者調査 調査票

～ アンケート結果は、市の障がい福祉施策につなげていきます ～

例えば、前回(令和元年度)のアンケート結果は、次のように活用されました。

- 家族支援の充実につなげました！
(頂いたご意見) 「子どものケアで、精神的にまいってしま」「子どものために仕事に出られない」「子どものケアのために、自由な時間を思うようにとれない」
(改善された施策) 家族介護者の介護負担軽減のため、レスパイト目的のショートステイ・一時保護の拡充を図るとともに、在宅の重症心身障がい児等へのレスパイト事業を進めていきます。
- 医療的ケア児への支援体制の充実につなげました！
(頂いたご意見) 医療について困っていること「医療などについて気軽に相談する場所がない」
(改善された施策) 医療的ケア児に対する総合的な切れ目のない支援体制を構築するため、関連分野の支援を調整するコーディネーターを配置しました。

調査の内容について(回答所要時間の目安:30～45分)

- 1 回答いただく方について 3
- 2 宛名のご本人について 3
- 3 宛名のご本人の障がいの状況などについて 4
- 4 宛名のご本人の健康状態や医療について 6
- 5 障がい福祉サービスについて 7
- 6 相談などについて 9
- 7 災害時の対策、緊急時の対応などについて 10
- 8 差別や権利擁護のことについて 11
- 9 宛名の方を主にケアしている方について 13
- 10 医療的ケアを必要とするお子さんについて 14

- この調査は無記名で行われ、統計的に処理されず、回答いただいた内容は調査目的以外に使用することはありません。

【アンケートに関するお問い合わせ先】 三鷹市 健康福祉部 障がい者支援課
 電話:0422-29-9232 / ファクス:0422-47-9577 / メール:shien@citymitaka.lg.jp

あなたの声をお聞かせください

生活と福祉についてのアンケート【ご協力をお願い】

三鷹市では、「だれもが住み慣れた地域で生涯にわたり安心して暮らしていただけるまち」の実現を目指して、福祉サービスの充実に取り組んでいます。

この度、障がいのある方の生活実態や障がい福祉に関するお考えをお聞かせいただき、三鷹市の障がい福祉施策に活かすために、調査を行うこととしました。障がいのある方への支援を充実するため、本調査にご協力くださいますようお願いいたします。

令和4年9月 三鷹市長 河村 孝

回答方法について

- 郵送でお答えの方は、記入が終わりまりましたら**令和4年10月5日(水曜日)**までに、返信用封筒(切手不要)に入れて、ご返送ください。
- この調査は Web ブラウザからの回答が可能です。Web による回答をご希望の方は、右の二次元バーコードをスマートフォン・タブレットで読み込んでください。
- Web で回答される場合は、最初の設問には、識別用コードを入力してください。この識別用コードは、紙の調査票による回答との重複を判定するために使用されており、個人を特定するためのものではありません。
- Web でお答えの方は、**令和4年10月12日(水曜日)**までに、回答を完了してください。



識別用コード XuNvfe

回答にあたってのお願い

- あなた(宛名のご本人)または保護者の方がご回答ください。おひとりで回答するが難しい場合は、施設の職員の方やご家族の方のサポートを受けながら回答していただいても結構です。
- 答えたくない質問や、記入しづらい項目がありましたら、その質問を飛ばして、次の質問にお進みください。

1 回答いただく方について

問1 回答するのは誰ですか。宛名の方から見た関係でお答えください。(○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 () |

2 宛名のご本人について

問2 宛名の方の性別をご回答ください。(○は1つ)

- | | |
|-------|-----------|
| 1. 男性 | 3. その他 |
| 2. 女性 | 4. 答えたくない |

問3 宛名の方の年齢をご回答ください。(8月1日現在、○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4 宛名の方が住んでいる地域はどこですか。(○は1つ)

- | | | |
|--------|--------|---------|
| 1. 井口 | 5. 上連雀 | 9. 北野 |
| 2. 深六寺 | 6. 下連雀 | 10. 中原 |
| 3. 野崎 | 7. 牟礼 | 11. 井の頭 |
| 4. 大沢 | 8. 新川 | |

問5 宛名の方の現在の住居はどれですか。(○は1つ)

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

問6 宛名の方が一緒に暮らしているのは誰ですか。(○はいくつでも)

- | | | |
|-----------------|-----------|--------------------|
| 1. ひとり暮らし | 4. 親 | 7. 友人・知人 |
| 2. 配偶者 (夫もしくは妻) | 5. 兄弟姉妹 | 8. グループホーム、寮の職員や仲間 |
| 3. 子ども | 6. その他の親族 | 9. その他 () |

問7 日常生活圏での主な移動手段は何ですか。(○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 | |

3 宛名のご本人の障がいの状況などについて

問8 宛名の方がお持ちの手帳等はどれですか。(○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	
	12. 精神障害者保健福祉手帳2級	
	13. 精神障害者保健福祉手帳3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. マルチ難病医療券	
	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 へ

※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、小腸など)

問 9 宛名の方が、はじめて手帳を取得したのは、いつですか。(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 宛名の方は、発達障害、高次脳機能障害と診断されたことがありますか。(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

※「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 診断されたのはどれですか。(〇はいくつでも)

1. 自閉症スペクトラム障害 (ASD) ※アスペルガー症候群・高機能自閉症・広汎性発達障害など	3. 注意欠如・多動性障害 (ADHD)
2. 学習障害 (LD) ※読字障害・書字表出障害・算数障害	4. わからない

問 11 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 宛名の方の移動の状況はどれですか。(〇はいくつでも)

1. ひとりでの移動は難しい	4. 歩くことができる
2. 背ばい・園ばい・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 13 宛名の方のコミュニケーションの状況はどれですか。(〇は1つ)

1. 日常生活に支障なくできる	4. 身振りやしぐさ、顔手話、指文字、まばたき等の方法でできる
2. 特定の人であればできる	5. できない
3. 会話以外の方法でできる(手話や筆談、意思伝達装置等)	

4 宛名のご本人の健康状態や医療について

問 14 医療について困っていることや不安を感じることは何ですか。(〇はいくつでも)

1. 近所に診てくれる医師がいないこと
2. 専門的な医療機関が近くにないこと
3. 通院や健康診断を受ける時に、行き帰りの付き添いをしてくれる人がいないこと
4. 医師や看護師とのコミュニケーションを手助けしてくれる人がいないこと
5. 通院の際に、自分の状況がわかっている人が毎回付き添ってくれるとは限らないこと
6. 医療について気軽に相談する場所がないこと
7. 医療費の負担が大きなこと
8. その他 ()
9. 困っていることや不安は特にない

問 15 宛名の方は、現在、次の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. 産薬時の坐剤挿入、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 15-1へ

※医療的ケアを受けている方（問15で「1.」～「14.」のいずれかに○を付けた方）にお聞きします。

問15-1 医療的ケアを受けていることで、困っていることは何ですか。

（○はいくつでも）

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 1. 医療的ケアを受けるために時間が拘束される | 5. 外出がしにくい |
| 2. 医療器具等の取り扱いが難しい | 6. 相談できる相手がいない |
| 3. 医療的ケアに関する情報入手しにくい | 7. 災害時への備えの負担が大きい |
| 4. 就労しにくい、経済的な自立が難しい | 8. その他（ ） |
| | 9. 特にない |

5 障がい福祉サービスの利用について

問16 ①現在利用している障がい福祉サービスと、②身近にあったら利用したい、現在利用しているかもっと利用したいサービスとして、あてはまる番号に○をしてください。

（○はいくつでも）

	①利用しているサービス	②利用したい、もっと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、入浴、排せつ、食事の介護を行う。	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. 同行支援 視覚障害により、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 自己判断能力が利用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、もっと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、医療機関で療養訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の支援を行う。	7	7
8. 生活介護 療養を必要とする人に、集団、入浴、排せつ、食事の介護を行うとともに、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 発達障がい等の状態で外出が難しく困難な障がいの児童を訪問し、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比べ、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	12
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 障がい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、事業者等との連絡調整、必要に応じた申請の助成等を行う。	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、事業者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
17. 訪問入浴サービス 家庭での入浴が困難な障がい児者に対して、入浴のための支援（入浴車の派遣、入浴時の介助等）を行う。	17	17

①利用しているサービス	②利用したい・もっと利用したいサービス
18. 日中一時支援（日中一時ステイ） 障がい児者に対して、日中の活動の場を提供し、見守りや日常的な訓練等の支援を行う。	18
19. 緊急一時預かり支援 保護者の働け等の緊急時に、福祉事業所等が一時的に障がい児者を預かる。	19
20. 訪問レスパイト（家族等支援事業） 障がい児者の介護者のレスパイトを目的に、訪問看護師の派遣を行う。	20
21. いずれもない	21

問17 宛名の方が障がい福祉サービス等を利用するにあたって、困っていることは何ですか。(〇はいくつでも)

- 利用したいサービス希望する日や時間に使えない
- 利用資格や条件（認定など）が合わない
- 利用したい事業所に空きがない
- どの事業者がよいかわからない
- 利用方法・契約方法がわからない
- 利用したいサービスが市内で利用できない
- どのようなサービスが利用できるかわからない
- 利用しているサービスにかかる自己負担が大きい
- サービスの利用にかかる自己負担が大きい
- 利用方法・契約方法がわからない
- 困っていることは特にない

6 相談などについて

問18 宛名の方が、日常生活や障がいのことなどで困った時に、相談できる人は誰ですか。(〇はいくつでも)

- 家族・親戚
- 障がいのある友人・知人
- 友人・知人、近所の人
- 相談支援専門員、ケアマネジャー
- 病院のスタッフ
- 通所施設や勤務先のスタッフ
- 市役所の相談窓口（障がい者支援課）
- 市役所の相談窓口（障がい者支援課以外）
- 相談支援センターのスタッフ（ぼうがゆい・あい、かけはし など）
- ホームヘルパー、ガイドヘルパー
- 民生委員や障がい者相談員
- ボランティア
- その他（ ）
- 誰もいない

9

問19 相談について困ることは何ですか。(〇はいくつでも)

- 相談できる人がいない
- 夜間や休日などに相談するところがない
- どこ（誰）に相談したらよいかわからない
- 相談しても満足いく回答が得られない
- プライバシー保護に不安がある
- その他（ ）
- 特に困ることはない

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)

- 自由に使える時間が増えた
- 人と会うストレスが軽減された
- 在宅勤務等により通勤・通所時のストレスが軽減された
- 外出しにくくなった
- 気分転換・ストレス解消がうまくできなくなった
- 体力が低下した
- 通所・通所がしにくくなった
- 福祉サービスの利用が減った
- 他の人とコミュニケーションが取りにくくなった
- 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
- 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
- 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
- 収入が減少した
- その他（ ）
- 特にない

7 災害時の対策、緊急時の対応などについて

問21 災害に備えて、準備をしていることは何ですか。(〇はいくつでも)

- 非常持ち出し袋の準備
- 水や食料などの備蓄
- 薬や日常生活用具などの備蓄
- 一時避難場所や避難所の確認
- 避難所へのルートの確認
- 避難する時の介助・支援者の確保
- 連絡方法などのコミュニケーション手段の確保・取り決め
- 情報入手手段の確保
- ヘルプカードの所持
- 医療的ケアが受けられる環境の確保
- その他（ ）
- 特に準備していない

10

問22 災害時の備えとして足りていないこと、できていないことは何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|---------------------|-------------------------------|
| 1. 非密持ち出し袋の準備 | 7. 連絡方法などのコミュニケーション手段の確保・取り決め |
| 2. 水や食料などの備蓄 | 8. 情報入手手段の確保 |
| 3. 薬や日常生活用具などの備蓄 | 9. ヘルプカードの所持 |
| 4. 一時避難場所や避難所の場所の確認 | 10. 医療的ケアが受けられる環境の確保 |
| 5. 避難所へのルートの確認 | 11. その他 () |
| 6. 避難する時の介助・支援者の確保 | 12. 不足しているもの・できていないことは特になし |

問23 災害時の準備をする上で、困っていることは何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|------------------------|--------------------------------|
| 1. 何を備蓄すればいいかわからない | 8. 非常時に利用できる情報入手手段・連絡手段が限られている |
| 2. 備蓄を保管するスペースがない | 9. 非常時に医療的ケアが受けられる環境がない |
| 3. 備蓄を用意する経済的な余裕がない | 10. その他 () |
| 4. 備蓄品の使用期限を管理できない | 11. 特に困っていることはない |
| 5. 一時避難場所や避難所の位置がわからない | |
| 6. 避難ルートが適切なかわからない | |
| 7. 避難時における介助・支援者がいない | |

問24 避難所での生活に必要な支援は何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| 1. 救済物資（食料・水・衣服・薬など）の配給 | 6. 医療的ケアが受けられる設備の確保 |
| 2. フライバザーの確保 | 7. 障がいのある人の家族への支援 |
| 3. 施設のバリアフリー化 | 8. その他 () |
| 4. 施設内を移動する時のサポート | 9. 特にない |
| 5. コミュニケーション支援 | |

8 差別や権利擁護のことについて

問25 宛名の方は、この1年（令和3年10月～令和4年9月）の間に、障がいがあることで差別を感じたり、嫌な思いをしたことがありますか。(〇は1つ)

- | | |
|----------------------------|-----------|
| 1. 差別を感じたり、嫌な思いをしたことがよくあった | 3. 特になかった |
| 2. 差別を感じたり、嫌な思いをしたことが少しあった | |

問26 宛名の方が、この1年（令和3年10月～令和4年9月）の間に体験した「差別を感じる対応」と、「気遣いや思いやりを感じる対応」についてお聞かせください。(自由記入)

① 差別を感じる対応 (どのような場面で、誰から)	② 気遣いや思いやりを感じる対応 (どのような場面で、誰から)

問27 成年後見制度について知っていますか。(〇は1つ)

※成年後見制度とは、知的障がいや精神障がいなどの理由により、自分ひとりで判断することが難しい方の財産や権利を守る制度です。

- | |
|------------------------------|
| 1. 制度の名前も内容も知っていた |
| 2. 制度の名前を聞いたことはあるが、内容は知らなかった |
| 3. まったく知らなかった |

問28 宛名の方は、成年後見制度を活用したいと思いますか。(〇は1つ)

- | |
|-------------------|
| 1. 既に活用している |
| 2. 将来必要になったら活用したい |
| 3. 活用したいとは思わない |
| 4. わからない |

※「3. 活用したいとは思わない」と回答した方にお聞きします。

問28-1 活用したいと思わない理由は何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. 制度の内容がよくわからないから | 4. 家族信託など別の制度を既に利用しているから (利用を想定しているから) |
| 2. 相談先がわからないから | 5. その他 () |
| 3. 知らない人に面倒をみてもらうのは不安だから | |

9 宛名の方を主にケアしている方について

問 29 自宅で宛名の方を主にケアしている方は誰ですか。宛名の方から見た関係でお答えください。(〇はいくつでも)

- | | | |
|--------|------------|------------|
| 1. 母親 | 4. 弟・妹 | 7. ホームヘルパー |
| 2. 父親 | 5. 祖父母 | 8. ボランティア |
| 3. 兄・姉 | 6. その他同居家族 | 9. その他 () |

問 30 他に宛名の方をケアしている方はいますか。宛名の方から見た関係でお答えください。(〇はいくつでも)

- | | | |
|--------|------------|------------|
| 1. 母親 | 5. 祖父母 | 8. ボランティア |
| 2. 父親 | 6. その他同居家族 | 9. その他 () |
| 3. 兄・姉 | 7. ホームヘルパー | 10. いない |
| 4. 弟・妹 | | |

問 31 宛名の方を主にケアしている方の、1日のケア時間をお答えください(見守りも含む)。(〇は1つ)

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. 1時間未満 | 4. 6時間以上9時間未満 |
| 2. 1時間以上3時間未満 | 5. 9時間以上12時間未満 |
| 3. 3時間以上6時間未満 | 6. 12時間以上 |

問 32 宛名の方を主にケアしている方は、調査対象となつた方以外に、乳幼児、高齢者、病氣・障がいのある人のお世話をしていますか。(〇は1つ)

- | | |
|---------|----------|
| 1. している | 2. していない |
|---------|----------|

問 33 宛名の方を主にケアしている方は、現在、仕事をしていますか。(〇は1つ)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 週30時間以上勤務 | 4. 自営業や農業(週30時間未満) |
| 2. 週30時間未満勤務 | 5. 仕事はしていない |
| 3. 自営業や農業(週30時間以上) | |

問 34 宛名の方を主にケアしている方が代わりに依頼したいと感じる時はどんな時ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|----------------|------------|
| 1. 外出したい時 | 5. 冠婚葬祭の時 |
| 2. 休息を取りたい時 | 6. その他 () |
| 3. 通院・受診の時 | 7. 特になし |
| 4. 兄弟姉妹の行事がある時 | |

10 医療的ケアを必要とするお子さんについて

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。該当しない方は問43に進んでください。

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。

(〇はいくつでも)

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. 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. 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、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、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さず、寂しい必要がある | 8. 医療的ケアに必要な費用で家計が圧迫されている |
| 4. 子どもが、年齢相応の楽しみや療育を受けられる機会がない | 9. 子どもの支援に関することで、行政窓口や事業所に足を運ぶことが多い |
| 5. 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. 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 |

※「1.」～「10.」に〇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。

(〇はいくつでも)

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 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. 急病や緊急の用事ができた時の支援 |
| 7. 送迎等の移動支援 | 14. その他 () |

問 36 現在、お子さんが通園・通学しているところはどこですか。(○は1つ)

1. 通園施設 (児童発達支援など)
2. 保育所・幼稚園
3. 小・中学校 (通常学級)
4. 小・中学校 (特別支援学級)
5. 特別支援学校 (身体、知的)
6. 特別支援学校 (盲学校、ろう学校)
7. 高等学校 (定時制・通信制を含む)
8. 職業訓練校
9. 専門学校
10. その他 ()
11. 通園・通学はしていない (自宅など)

問 37 お子さんの通園・通学にかかる時間 (片道) はどれくらいですか。(○は1つ)

1. 30分未満
2. 30分以上1時間未満
3. 1時間以上2時間未満
4. 2時間以上3時間未満
5. 3時間以上

問 38 通園・通学する上で、困っていることは何ですか。(○はいくつでも)

1. 通園・通学先が遠い
2. 通園・通学の方法が不便
3. スクールバスが利用できない
4. 園内や校内のケアが不十分
5. 看護師が配置されていない
6. 職員・教員の理解が不足している
7. 教員の教え方や接し方に不満がある
8. 職員や教員の数が不足している
9. 希望する学級に入れない
10. トイレなどの設備が不十分
11. 他の生徒との関係がうまくいかない
12. その他 ()
13. 特になし

問 39 お子さんは、放課後などは主にどのように過ごしていますか。(○は1つ)

1. 外出はあまりせずに自宅にいる
2. 保護者と一緒に出かける
3. ヘルパーと一緒に出かける
4. 障がい福祉施設 (放課後等デイサービス、日中一時支援施設) に通う
5. 学童保育に通う
6. その他 ()

問 40 お子さんの卒園・卒業後について、どのようにお考えですか。(○は1つ)

1. 特別支援学校へ進学させたい
2. 公立・私立学校へ進学させたい
3. 専門学校や職業訓練校など、教育訓練機関に通わせたい
4. 作業所などの福祉施設に通わせたい
5. 障がいがある人が多く働いている会社に勤めさせたい
6. 一般の会社に就職させたい
7. 一般の会社で、パートやアルバイトをさせたい
8. 自宅でできる仕事をさせたい
9. その他 ()
10. わからない、まだ決めていない

問 41 お子さんは、学校等の行事のほかに、地域ではどのような活動や行事に参加されていますか。(○はいくつでも)

1. 障がい者関係の活動や行事
2. 町内会や自治会の活動や行事
3. ボランティア活動
4. ハザーや福祉まつりなどの行事
5. 趣味や娯楽の活動
6. その他 ()
7. ほとんど参加していない

問 42 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

※「1. ある」に○を付けた方にお聞きします。

問 42-1 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
2. 子どもが通う小学校・中学校
3. 子どもが通う高等学校
4. 通所施設
5. 病院
6. イベント
7. SNS
8. その他 ()

問 43 全員にお聞きします。市へのご意見、ご要望を自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました

お手数ですが、記入が不明確な場合、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。

F 高齢障がい者調査 調査票

あなたの声をお聞かせください 生活と福祉についてのアンケート【ご協力をお願い】

三鷹市では、「だれもが住み慣れた地域で生涯にわたり安心して暮らしていただけるまち」の実現を目指して、福祉サービスの充実に取り組んでいます。
この度、障がいのある方の生活実態や障がい福祉に関するお考えを聞かせていただき、三鷹市の障がい福祉施策に活かすために、調査を行うこととしました。障がいのある方への支援を充実するため、本調査にご協力くださいますようお願いいたします。

令和4年10月 三鷹市長 河村 孝

回答方法について

- 記入が完了しましたら**令和4年10月31日(月曜日)**までに、返信用封筒(切手不要)に入れて、ご返送ください。
- 音声読み上げ用にテキスト形式のアンケートを希望される場合は、件名を「生活と福祉アンケート テキスト調査票希望」とし、本文を空欄で、障がい者支援課(shien@city.mitaka.lg.jp)までメールをお寄せください。

～ アンケート結果は、市の障がい福祉施策につなげていきます ～

例えば、前回(令和元年度)のアンケート結果は、次のように活用されました。

- **広報・啓発活動の充実につなげました！**
(頂いたご意見) 外出の際「まわりの人が障がいに気づきにくく、手助けを求めることが難しい。(改善された施策) チラシの配布や公共交通機関の広告等でヘルプマークやヘルプカードの周知を進めるとともに、障がいの特性やサポート方法などをまとめた市民向けリーフレットを活用して、外見からはわかりにくい障がいについて周知を図りました。
- **地域生活支援拠点の充実につなげました！**
(頂いたご意見) 「自立して暮らせるようにグループホームや一人暮らしを体験できる場があること」「グループホームやアパートなどで自立して暮らせるようにすること」を重点的に進めてほしい。
(改善された施策) 障がい者(児)重度化・高齢化を見据え、地域全体で居住支援を提供する地域生活支援拠点において、緊急時の迅速・確実な相談支援や宿泊体験施設の整備などを進めています。

調査の内容について

- 1 回答いただく方について..... 3
- 2 宛名のご本人のことについて..... 3
- 3 福祉サービス等について..... 5
- 4 社会活動について..... 7
- 5 相談について..... 9
- 6 差別や権利擁護のことについて..... 9
- 7 情報の入手やコミュニケーションについて..... 10
- 8 災害時の対策、緊急時の対応などについて..... 11

【アンケートに関するお問い合わせ先】三鷹市 健康福祉部 障がい者支援課
電話:0422-29-9232 / ファクス:0422-47-9577 / メール:shien@city.mitaka.lg.jp

回答にあたってのお願い

- 宛名ご本人がご回答ください。おひとりご回答するのが難しい場合は、施設の職員の方やご家族の方のサポートを受けながら回答していただいても結構です。
- 答えたくない質問や、記入しづらい項目がありましたら、その質問を飛ばして、次の質問にお進みください。
- この調査は無記名で行われ、統計的に処理されます。回答いただいた内容は調査目的以外に使用することはありません。

1 回答いただく方について

問1 回答するのは誰ですか。(○は1つ)

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1. 宛名の方が回答 | 2. 宛名の方から回答を聞いて、別の方が回答 |
| 3. 宛名の方が回答できないので、別の方が回答 | |

2 宛名ご本人のことについて

問2 性別をご回答ください。(○は1つ)

- | | |
|-------|-----------|
| 1. 男性 | 3. その他 |
| 2. 女性 | 4. 答えたくない |

問3 年齢をご回答ください。(8月1日現在、○は1つ)

- | | | |
|-----------|-----------|----------|
| 1. 65～69歳 | 3. 75～79歳 | 5. 85歳以上 |
| 2. 70～74歳 | 4. 80～84歳 | |

問4 現在住んでいる地域はどこですか。(○は1つ)

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

問5 現在の住居はどれですか。(○は1つ)

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

問6 一緒に暮らしているのは誰ですか。(○はいくつでも)

- | | | |
|----------------|-----------|------------------|
| 1. ひとり暮らし | 4. 親 | 8. グループホームの職員や仲間 |
| 2. 配偶者(夫もしくは妻) | 5. 兄弟姉妹 | 9. その他 |
| 3. 子ども | 6. その他の親族 | () |
| | 7. 友人・知人 | |

問7 お持ちの手帳等は、どれですか。(○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 | |
| | 12. 精神障害者保健福祉手帳2級 | |
| | 13. 精神障害者保健福祉手帳3級 | |
| 難病 | 14. 自立支援医療費(精神通院)支給認定受給者証 | |
| | 15. 特定医療費(指定難病)受給者証 | |
| | 16. マル都医療券 | |
| | 17. いずれも持っていない | |

※身体障害者手帳をお持ちの方にお聞きします。

問7-1 手帳に記載されている障がいは何ですか。(○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、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、小腸など) |

※「1. 視覚障害」と回答した方にお聞きします。

問7-1-1 視覚障害は先天的なものですか。後天的なものですか。(○は1つ)

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. 先天的なもの | 2. 後天的なもの |
|-----------|-----------|

※「2. 聴覚障害」と回答した方にお聞きします。

問7-1-2 聴覚障害は先天的なものですか。後天的なものですか。(○は1つ)

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. 先天的なもの | 2. 後天的なもの |
|-----------|-----------|

問8 障害支援区分の認定を受けていますか。(○は1つ)

1. 区分1	4. 区分4	7. 申請したか非該当
2. 区分2	5. 区分5	8. 申請していない
3. 区分3	6. 区分6	

問9 介護保険の要支援・要介護認定を受けていますか。(○は1つ)

1. 要支援1	4. 要介護2	7. 要介護5
2. 要支援2	5. 要介護3	8. 申請したか非該当
3. 要介護1	6. 要介護4	9. 申請していない

3 福祉サービスなどについて

問10 65歳になるまでに、障害福祉サービスを利用しましたか。(○は1つ)

1. 利用していた	2. 利用していない	3. わからない
-----------	------------	----------

問11 現在、利用している障害福祉サービスは何ですか。(○はいくつでも)

1. 居宅介護 (ホームヘルプ)	7. 自立訓練 (生活訓練)	14. 施設入所支援
2. 重度訪問介護	8. 就労移行支援	15. 自立生活援助
3. 同行援護	9. 就労継続支援	16. 地域移行支援
4. 行動援護	10. 就労定着支援	17. 地域定着支援
5. 生活介護	11. 療養介護	18. その他 ()
6. 自立訓練 (機能訓練)	12. 短期入所	19. 障害福祉サービスは利用していない
	13. グループホーム	

問12 障害福祉サービスの利用にあたって、感じている課題は何ですか。(○はいくつでも)

1. 利用したいサービスを希望する日や時間に使えない	7. どのようなサービスが利用できるかわからない
2. 利用資格や条件(認定など)が合わない	8. 利用しているサービスに不満がある
3. 利用したい事業所に空きがない	9. サービスの利用にかかる自己負担が大きすぎる
4. どの事業者がよいかわからない	10. その他 ()
5. 利用方法・契約方法がわからない	11. 課題は特に感じていない
6. 利用したいサービスが市内にない	

問13 介護保険サービスを利用していますか。(○は1つ)

1. 利用している	問13-3 もお答えください
2. 利用していない	
3. わからない	

※「1. 利用している」と回答した方にお聞きします。

問13-1 介護保険サービスの利用に関して問題がありましたか。①～⑤のそれぞれについて、あてはまるもの1つに○をつけてください。それぞれの項目で「1.」に○をつけた方は、括弧内に具体的な内容をご記入ください。

項目	選択肢
① サービスの利用で問題はありませんでしたか。	1. 利用したいサービスや施設が利用できなくなった (内容) 2. 特に問題はなかった (利用したいサービス・施設を利用できた) 3. わからない
② 利用回数や利用時間で問題はありましたか。	1. 利用回数や時間を減らさざるを得なくなった (内容) 2. 特に問題はなかった (変わらず利用できた/利用回数や利用時間を増やせた) 3. わからない
③ 障がい特性を理解した対応で問題はありませんでしたか。	1. 障がい特性を理解した対応が受けられなくなった (内容) 2. 特に問題はなかった (障がい特性を理解した対応を受けられた) 3. わからない
④ 経済的な負担で問題はありませんでしたか。	1. 経済的な負担が増えた (内容) 2. 特に問題はなかった (経済的負担は変わらなかった/減った) 3. わからない
⑤ 家族の負担で問題はありませんでしたか。	1. 家族の負担が増えた (内容) 2. 特に問題はなかった (家族の負担は変わらなかった/減った) 3. わからない

※「1. 利用している」と回答した方にお聞きします。

問 13-2 この他、障害福祉サービスから介護保険サービスに移行した際に、何か問題はありましたか。(自由記入)

※「2. 利用していない」と回答した方にお聞きします。

問 13-3 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(〇はいくつでも)

1. 利用する必要がないから
2. 利用したいサービスがないから
3. 心身の状況から、介護保険のサービスを利用することができないから
4. 契約などの手続きの仕方がわからないから
5. 利用料や食費などの実費負担が大きいか
6. どのようなサービスや事業者があるかわからないから
7. 障がい福祉サービスだけで十分だから
8. わからない
9. その他 ()

4. 社会活動について

問 14 外出の頻度はどれくらいですか。通院や買い物、日帰の散歩など、すべてを含めてお答えください。(〇は1つ)

1. 週に5日以上
2. 週に3～4日
3. 週に1～2日
4. 月に2～3日
5. ほとんど外出しない
6. その他 ()

問 15 外出時などに困っていることは何ですか。(〇はいくつでも)

1. 身近に付き添ってくれる人(家族、ボランティア等)がいない
2. 障害福祉サービスなどによる支援が受けられない
3. 他人との会話が難しい
4. 目的地への経路(通順)が覚えられない
5. まわりの人が障がいに気づきにくく、手助けを求めているわけではない
6. 特に手助けを求めているわけではない時にも、声をかけられてしまう
7. 歩道が狭い、道路に段差が多い
8. 道路に放置自転車などの障害物が多く、歩みにくい(車いすで通りにくい)
9. 建物などに階段が多く、利用しにくい
10. 障がい者用駐車場が少ない
11. 気軽に利用できる移送手段(ハンディキャブ、福祉タクシー等)が少ない
12. 電車やバスなどの交通機関が利用しづらい(路線図などがわからないなど)
13. 障がい者が利用できるトイレが少ない(トイレを見つけていることが難しい)
14. その他 ()
15. 特に困っていることはない

問 16 新型コロナウイルス感染症 (Covid-19) の拡大に伴い、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
2. 人と会うストレスが軽減された
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
4. 外出しにくくなった
5. 気分転換・ストレス解消がうまくできなくなった
6. 体力が低下した
7. 通院・通所がしにくくなった
8. 福祉サービスの利用が減った
9. 他の人とコミュニケーションが取りにくくなった
10. マスクの着用で別に不快感や痛みを覚えるようになった
11. 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
12. 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
13. 収入が減少した
14. その他 ()
15. 特にない

5 相談について

問 17 日常生活や障がいのことなどで困った時に、相談できる人は誰ですか。
(○はいくつでも)

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| 1. 家族・親せき | 9. 地域包括支援センターのスタッフ |
| 2. 障がいのある友人・知人 | 10. 支援センターのスタッフ (ぼっが、ゆー・あい、かけはし など) |
| 3. 友人・知人、近所の人 | 11. ホームヘルパー、ガイドヘルパー |
| 4. 相談支援専門員、ケアマネジャー | 12. 民生委員や障がい者相談員 |
| 5. 病院のスタッフ | 13. ボランティア |
| 6. 通所施設や勤務先のスタッフ | 14. その他 () |
| 7. 市役所の相談窓口 (障がい者支援課) | 15. 誰もいない |
| 8. 市役所の相談窓口 (障がい者支援課以外) | |

6 差別や権利擁護のことについて

問 18 障がいがあることで、この1年(令和3年10月～令和4年9月)の間に、差別を感じたり、嫌な思いをしたことがありますか。(○はいくつ)

- | |
|----------------------------|
| 1. 差別を感じたり、嫌な思いをすることがよくあった |
| 2. 差別を感じたり、嫌な思いをすることが少しあった |
| 3. 特になかった |

問 19 この1年(令和3年10月～令和4年9月)の間に体験した「差別を感じる対応」と、「気遣いや思いやりを感じる対応」についてお聞かせください。(自由記入)

① 差別を感じる対応 (どのような場面で、誰から)	② 気遣いや思いやりを感じる対応 (どのような場面で、誰から)

問 20 成年後見制度について知っていますか。(○はいくつ)

※成年後見制度とは、知的障がいや精神障がいなどの理由により、自分ひとりで判断することが難しい方の財産や権利を守る制度です。

- | |
|------------------------------|
| 1. 制度の名前も内容も知っていた |
| 2. 制度の名前を聞いたことはあるが、内容は知らなかった |
| 3. まったく知らなかった |

問 21 成年後見制度を活用したいと思えますか。(○はいくつ)

- | |
|-------------------|
| 1. 既に活用している |
| 2. 将来必要になったら活用したい |
| 3. 活用したいとは思わない |
| 4. わからない |

※「3. 活用したいとは思わない」と回答した方にお聞きします。

問 21-1 活用したいと思わない理由は何ですか。(○はいくつでも)

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. 制度の内容がよくわからないから | 4. 家族電話など別の制度を既にご利用しているから (利用を想定しているから) |
| 2. 相談先がわからないから | 5. その他 () |
| 3. 知らない人に面倒をみてもらうのは不安だから | |

7 情報の入手やコミュニケーションについて

問 22 福祉制度やサービスなどの情報をどこから入手していますか。(○はいくつでも)

- | | |
|--------------------------------------|----------------------|
| 1. 市役所の窓口 | 9. 病院のスタッフ、掲示板 |
| 2. 市のホームページ | 10. 障がい当事者団体の会合・会報など |
| 3. 広報みたか | 11. 家族や親せき |
| 4. 障がい者のためのしおり | 12. 友人や知人 |
| 5. インターネットやSNS | 13. 民生委員や障がい者相談員 |
| 6. 障がい福祉施設のスタッフ | 14. その他 () |
| 7. 相談支援専門員、ケアマネジャー | 15. 特になし・情報は入手していない |
| 8. 相談支援センター (ぼっが、ゆー・あい、かけはしなど) のスタッフ | |

問 23 普段の生活でコミュニケーションを取る時に使用している手段は何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 1. 対面 | 6. 手話 |
| 2. 電話 | 7. 要約筆記 |
| 3. ファクス | 8. コミュニケーション支援ボード |
| 4. 電子メール・ショートメッセージ | 9. LINE、TwitterなどのSNS |
| 5. 点字 | 10. その他() |

問 24 情報入手やコミュニケーションで困ることはありませんか。(〇はいくつでも)

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| 1. 案内表示がわかりにくい | 7. 話をうまく組み立てられない
うまく質問できない |
| 2. 音声情報が少ない | 8. 相手が介助者と話してしまう |
| 3. 文字情報が少ない | 9. 複雑な文章表現がわかりにくい |
| 4. 問い合わせ先の情報にファクス番号や
メールアドレスの記載がない | 10. 難しい言葉や早口で話されるとわかり
にくい |
| 5. 公共施設に要約記者がいない | 11. その他() |
| 6. 公共施設に手話通訳者がいない | 12. 特に困ることはない |

8 災害時の対策、緊急時の対応などについて

問 25 災害に備えて、準備をしていることは何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|---------------------|-----------------------------------|
| 1. 非常持ち出し袋の準備 | 7. 連絡方法などのコミュニケーション
手段の確保・取り決め |
| 2. 水や食料などの備蓄 | 8. 情報入手手段の確保 |
| 3. 葉や日常生活用具などの備蓄 | 9. ヘルプカードの所持・記載 |
| 4. 一時避難場所や避難所の場所の確認 | 10. 医療的ケアが受けられる環境の確保 |
| 5. 避難所へのルートの確認 | 11. その他() |
| 6. 避難する時の介助・支援者の確保 | 12. 特に準備していない |

問 26 災害時の備えとして足りないこと、できていないことは何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|---------------------|-----------------------------------|
| 1. 非常持ち出し袋の準備 | 7. 連絡方法などのコミュニケーション手
段の確保・取り決め |
| 2. 水や食料などの備蓄 | 8. 情報入手手段の確保 |
| 3. 葉や日常生活用具などの備蓄 | 9. ヘルプカードの所持・記載 |
| 4. 一時避難場所や避難所の場所の確認 | 10. 医療的ケアが受けられる環境の確保 |
| 5. 避難所へのルートの確認 | 11. その他() |
| 6. 避難する時の介助・支援者の確保 | 12. 不足しているもの・できていないこと
は特にない |

問 27 災害時の準備をす上で、困っていることは何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| 1. 何を備蓄すればいいのかわからない | 8. 非常時に利用できる情報入手手段・
連絡手段が限られている |
| 2. 備蓄を保管するスペースがない | 9. 非常時に医療的ケアが受けられる
環境がない |
| 3. 備蓄を用意する経済的な余裕がない | 10. その他() |
| 4. 備蓄品の使用期限を管理できない | 11. 特に困っていることはない |
| 5. 一時避難場所や避難所の位置がわから
ない | |
| 6. 避難ルートが適切なかわからない | |
| 7. 避難時における介助・支援者がいない | |

問 28 避難所での生活に必要な支援は何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|-----------------------------|---------------------|
| 1. 救護物資(食事・水・衣服・薬など)
の配給 | 5. コミュニケーション支援 |
| 2. フライバシーの確保 | 6. 医療的ケアが受けられる設備の確保 |
| 3. 施設のバリアフリー化 | 7. 障がいのある人の家族への支援 |
| 4. 施設内を移動するときのサポート | 8. その他() |
| | 9. 特にない |

問 29 市へのご意見、ご要望を自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました

お手数ですが、記入がわからないか確認いただき、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。

令和4年度 三鷹市障がい者等の生活と福祉実態調査
結果報告書

発行	令和5年3月
編集・発行	三鷹市 健康福祉部 障がい者支援課 〒181-8555 東京都三鷹市野崎一丁目1番1号
TEL	0422-29-9232（直通）
FAX	0422-47-9577
E-Mail	shien@city.mitaka.lg.jp