

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【ご協力のお願い】

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9月 三鷹市長 河村 孝

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。
- 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。

回答方法について

- 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。



ダミー



識別用コード XuNvfE

- Web で回答される場合は、最初の設問には、識別用コードを必ず入力してください。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。
- 郵送でお答えの方は、記入が終わりましたら令和4年9月xx日(xx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。

調査の内容について

1 ご記入いただく方についてお聞きします.....	3
2 宛名のご本人についてお聞きします.....	3
3 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.....	4
4 宛名のご本人の健康状態や医療についてお聞きします.....	6
5 福祉サービスの利用についてお聞きします.....	7
6 相談などについてお聞きします.....	9
7 災害時の対策、緊急時の対応などについてお聞きします.....	10
8 差別や権利擁護のことについてお聞きします.....	11
9 医療的ケアが必要な方を主にケアしている方についてお聞きします.....	12
10 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.....	14

※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。

～ 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う」「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。

【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

1 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。(○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。(○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 | |

2 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。(○は1つ)

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

問4 あなた(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5 あなた(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。(○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 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
2. 学習障害（LD）
※読字障害・書字表出障害・算数障害
3. 注意欠如・多動性障害（ADHD）

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 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 13 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） | |

4 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 14 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。（○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 14-1 は、何らかの医療的ケアを受けている方（問 14 で「1.」～「14.」のいずれかに○を付けた方）にお聞きします。

問 14-1 医療的ケアを受けていることで、困っていることはありますか。（○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. 相談に乗ってくれる相手がない |
| 3. 医療的ケアに関する情報を入手しにくい | 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 |

問 15 医療について困っていることや不安を感じることはありますか。（○はいくつでも）

- | |
|---|
| 1. 近所にみてくれる医師がないこと |
| 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. 医療など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いこと |
| 8. その他 () |
| 9. 困っていることや不安は特にない |

5 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○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
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

	①利用しているサービス	②利用したいサービス
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
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
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	18
19. 緊急一時預かり支援 保護者の傷病等の緊急時に、福祉事業所等が一時的に障がい児者を預かる。	19	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	20
21. いずれもない	21	21

問 17 障害福祉サービス等の利用にあたって、どのような課題を感じていますか。(〇はいくつでも)

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 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のかわからない |
| 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い |
| 4. どの事業者がよいのかわからない | 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 | |

6 相談などについてお聞きします

問 18 あなた(宛名の方)が、日常生活や障がいのことなどで困った時に、相談にのってくれる人は誰ですか。(〇はいくつでも)

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

問 19 相談について困ることはありますか。(〇はいくつでも)

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| 1. 相談できる人がいない | 4. 相談しても満足いく回答が得られない |
| 2. 夜間や休日などに相談するところがない | 5. プライバシー保護に不安がある |
| 3. どこ(誰)に相談したらよいのかわからない | 6. その他() |
| | 7. 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）

- | | |
|----------------------------------|---|
| 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 |
| 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 | |

7 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 災害に備えて、どのような準備をしていますか。（〇はいくつでも）

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| 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. ヘルプカードを常に持っている |
| 4. 一時避難場所や避難所の場所を確認している | 10. 医療的ケアが受けられる環境を確保している |
| 5. 避難所へのルートを確認している | 11. その他 () |
| 6. 避難する時の介助・支援を確保している | 12. 特に準備していない |

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. 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 |

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. 医療的ケアが受けられる環境の確保 |
| 4. 備蓄品の使用期限を管理できない | 11. その他 () |
| 5. 一時避難場所や避難所の位置がわからない | 12. 特に困っていることはない |
| 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 避難所生活を想定した場合に必要な支援は何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. 救援物資の配給 | 6. 医療的ケアが受けられる設備の確保 |
| 2. プライバシーの確保 | 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. 施設内を移動するときのサポート | 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お聞きします

問 25 あなた(宛名の方)は、障がいがあることで、この1年くらいの間に、差別を感じたり、嫌な思いをしたことがありましたか。(〇は1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 26 この1年(令和3年9月～令和4年9月)くらいの間に、実際にあなた(宛名の方)やご家族等が体験した「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 どのような場面で、誰から差別を感じる対応がありましたか。	② どのような場面で、誰から気遣いや思いやりを感じる対応がありましたか。

問 27 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などの権利を守る制度です。あなたは、成年後見制度について知っていますか。(○は1つ)

1. 成年後見制度という名前も内容も知っていた
2. 成年後見制度という名前を聞いたことはあるが、内容は知らなかった
3. 成年後見制度という名前も内容も知らなかった

問 28 あなた（宛名の方）は、成年後見制度を活用したいと思いませんか。(○は1つ)

1. 既に活用している
2. 今は必要ないが、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

→ ※問 28-1 は、問 28 で「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。(○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 |
| 2. 相談先がわからないから | 5. その他（
は不安だから |
| 3. 知らない人に面倒をみてもらうの | |

9 医療的ケアが必要な方を主にケアしている方についてお聞きします

問 29 自宅であなた（宛名の方）を主にケアしている方はどなたですか。あなた（宛名の方）から見た関係でお答えください。(○は1つ)

- | | | |
|--------|------------|---------------|
| 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 自宅で他にあなた（宛名の方）をケアしている方はいますか。あなた（宛名の方）から見た関係でお答えください。（○は1つ）

- | | | |
|--------|------------|---------------|
| 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 | |
| 4. 弟・妹 | | 10. いない |

問 31 あなた（宛名の方）を主にケアしている方は、1日にだいたい何時間くらいケアをしていますか（見守りも含む）。（○は1つ）

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

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

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

問 33 あなた（宛名の方）を主にケアしている方は、現在、収入のある仕事をしていますか。（○は1つ）

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. 常勤または週30時間以上勤務 | 4. 自営業や農業
(ほぼ毎日・わずかな時間) |
| 2. パートまたは週30時間未満勤務 | 5. 自営業や農業(週2日以下) |
| 3. 自営業や農業
(ほぼ毎日・かなりの時間) | 6. 収入のある仕事はしていない |

問 34 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 35 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 | 6. 特にない |

10 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。該当しない方は問45に進んでください。

問36 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36-1は、問36で「1.」～「10.」に○を付けた方にお聞きします。

問36-1 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 42 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したい | 6. 一般の会社に就職したい |
| 2. 普通学校へ進学したい | 7. 一般の会社で、パートやアルバイトをしたい |
| 3. 専門学校や職業訓練校など、教育訓練機関に通いたい | 8. 自宅でできる仕事をしたい |
| 4. 作業所などの福祉施設に通いたい | 9. その他 () |
| 5. 障がいがある人が多く働いている会社に勤めたい | 10. わからない、まだ決めていない |

問 43 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 | 5. 趣味や娯楽の活動 |
| 2. 町内会や自治会の活動や行事 | 6. その他 () |
| 3. ボランティア活動 | 7. ほとんど参加していない |
| 4. バザーや福祉まつりなどの行事 | |

問 44 医療的ケア児の保護者同士でのつながりはありますか。(○は1つ)

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

→ ※問 44-1 は、問 44 で「1. ある」に○を付けた方にお聞きします。

問 44-1 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 () |

問 45 全員にお聞きします。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。

--

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。