

調查票

おおたくしょうがいしゃけいかく だい き おおたくしょうがいふくしけいかく
大田区障害者計画・第4期大田区障害福祉計画

さくてい ちょうさ ねが
策定のためのアンケート調査のお願い

ひごろから、くせい りかい きょうりょく
日頃から、区政にご理解・ご協力いただき、ありがとうございます。
おおたく だい き おおたくしょうがいふくしけいかく どう さくてい しょう かた せいかつ
大田区では、「第4期大田区障害福祉計画」等を策定するにあたって、障がいのある方の生活
じょうきょう しょうがいふくし りょう いこう はあく ちょうさ じっし
状況や障害福祉サービス利用の意向を把握するために、アンケート調査を実施することになり
ました。

この調査では、障がいのある方の日頃的生活状況や区の障がい者施策に対するご意見・
ご希望などをお聞かせいただきたいと考えております。

この調査の対象者として、区内にお住まいの身体障害者手帳・愛の手帳をお持ちか障がい福祉
サービスの対象となる難病等の方のうち、18歳未満の方の中から約600人を無作為に選び、
ちょうさひょう そうふ
調査票を送付させていただきました。

なお、回答にはお名前を書く必要はありません。お答えいただいた方が特定されたり、お答えい
ただいた内容が明らかになることはありません。また、ちょうさけつか しょう しょうがいしゃしきく
いただいた内容が明らかになることはありません。また、調査結果については区の障がい者施策の
じゅうじつ しりょう しょう いがい もくてき しょう ちょうさ しゅし
充実のための資料としてのみ使用され、それ以外の目的では使用いたしません。この調査の趣旨を
りかい ちょうさ きょうりょく ねが
ご理解いただき、調査へのご協力をお願いいたします。

へいせい ねん がつ
平成25年11月

おおたくふくしふしょうがいふくしか
大田区福祉部障害福祉課

◆この調査票のご記入にあたってのお願い◆

- かいとう げんそく ふうとう な かた ほんにん こた
回答は、原則として、封筒のあて名の方ご本人がお答えください。
- ちょうさひょう なた とあるのは、「あて名ご本人」の事です。
- つぎ じょうきょう ほんにん かいとう ばあい かぞく かた かいじょしゃ かた
次のような状況でご本人が回答できない場合は、ご家族の方、介助者の方などが、
ほんにん たちば ほんにん いけん そ こた
ご本人の立場で（ご本人の意見に沿って）お答えください。
にゅうようじ みしゅうがく かいとう
・乳幼児・未就学などのため回答できない
しょう かいとう
・障がいのため回答できない
しんしん じょうきょう わる かいとう
・心身の状況が悪いため回答できない
- しかくしょう かた ちょうさひょう よ あ きぼう かた そうだん
視覚障がいがある方で、調査票の読み上げを希望される方はご相談ください。
- ちょうさ へいせい ねん がつげんざい じょうきょう こた
この調査は、平成25年10月現在の状況でお答えください。
- かいとう ばい せんたくし ばんごう ちやくせつ じるし こた
回答は、あてはまる選択肢の番号に、直接○印をつけてお答えください。
- た かいとう ばあい ない ぐたいてき ないよう きにゅう
「その他」と回答された場合は、〔 〕内に具体的にその内容をご記入ください。
- かいとう かが かぎ しつもん ちゅうい
回答していただく方が限られる質問もありますので、ご注意ください。
- ちょうさひょう なまえ じゅうしょ でんわばんごう か
この調査票には、名前や住所、電話番号などは書かないでください。
- きにゅう ちょうさひょう がつ いつか もく どうふう へんしんようふうとう へんそう
ご記入いただいた調査票は、12月5日(木)までに、同封の返信用封筒にてご返送
ください。（切手は不要です。）

と あ
＜お問い合わせ＞

おおたくふくしふしょうがいふくしかしょうがいしゅえんたんどう けいかく
大田区福祉部障害福祉課障害者支援担当（計画）

でんわ
電話 03(5744)1700 Fax 03(5744)1592

問1 あなたの状況についておたずねします。次のうちあてはまるものをお答えください。(○は1つ)

- | | | |
|----------|---------------|---------------|
| 1 自宅 | 2 入院中 (3ヶ月未満) | 3 入院中 (3ヶ月以上) |
| 4 施設に入所中 | 5 その他 [| 6 大田区外に転出 |

転出された方は、以降のアンケートにお答えいただく必要はありません。そのままご返送ください。

問2 この調査票はどなたが記入されますか。次のうち、あてはまるものをお答えください。ただし、ご本人の回答をそのまま、どなたかが代筆される場合は、「1あなた(あて名ご本人)」をお選びください。(○は1つ)

- | | | |
|---------------|-------|---------|
| 1 あなた(あて名ご本人) | 2 ご家族 | 3 その他 [|
|---------------|-------|---------|

ご本人自身のことについて

問3 あなたの性別・年齢をお答えください。(○は1つ、年齢は数字をご記入ください。)

- (1) 性別 1 男性 2 女性

- (2) 年齢 歳

問4 あなたの現在のお住まいについて、お答えください。(○は1つ)

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1 持ち家・分譲マンション | 2 借家・民間賃貸アパート・マンション |
| 3 公的賃貸住宅 (都営・区営・公社など) | 4 グループホーム・ケアホーム・通勤寮 |
| 5 高齢者住宅 (シルバーピア・高齢者アパートなど) | 6 その他 [|

問5 現在、あなたと一緒に暮らしているのは、どなたですか。あなたからみた続柄でお答えください。(○はいくつでも)

- | | | |
|-------------|----------------|--------------|
| 1 ひとり暮らし | 2 父 | 3 母 |
| 4 配偶者 (夫・妻) | 5 子 (子の配偶者も含む) | 6 兄弟・姉妹 |
| 7 祖父母 | 8 その他の親せき | 9 寮・施設の職員や仲間 |
| 10 その他 [| | |

しょう じょうきょう 障がいの状況について

問6 あなたがお持ちの手帳をお答えください。（お持ちの手帳すべてに○をし、手帳に記載されている障がいの程度をお答えください。）また、発達障がいに関する診断等を受けているかどうかもお答えください。

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1 身体障 害者手帳〔 級〕 | 2 愛の手帳〔 度〕 |
| 3 精神障 害者保健福祉手帳〔 級〕 | 4 発達障 がいに関する診断等を受けている |
| 5 その他（難病等、高次脳機能障がい） | 6 わからない |

問7 【身体障 害者手帳をお持ちの方はお答えください】あなたの「身体障 害者手帳」に記載されている障 がいをお答えください。（○はいくつでも）

- | | |
|----------------|--------------------|
| 1 肢体不自由（上肢） | 2 肢体不自由（下肢） |
| 3 肢体不自由（体幹） | 4 視覚障 がい |
| 5 聴 覚・平衡機能障 がい | 6 音声・言語・そしゃく機能障 がい |
| 7 内部障 がい | 8 難病等（疾病名： ） |

問8 あなたが現在の障 がいの状態になったのはいつ頃ですか。（○は1つ）

- | | |
|----------------------|--------------|
| 1 出生時 | 2 乳幼児期（0～5歳） |
| 3 学齢期（小学校入学～中学校卒業まで） | 4 高校入 学後 |
| 5 わからない | |

問9 あなたは障 がいがあるとわかってから、どのような対応をとりましたか。（○はいくつでも）

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1 専門機関などの助言指導を受けた | 2 療 育施設などの紹介を受けた |
| 3 保健師などの訪問を受けた | 4 早期訓練を始めた |
| 5 その他〔 〕 | 6 どうしてよいかわからなかった |
| 7 特に対応をとらなかった | |

問10 あなたは、障がいの早期発見、早期訓練を充実させるために必要なことは何だと思いま
すか。(〇は2つまで)

- 1 乳幼児の健康診断を充実させる
- 2 保健師や医師が家庭訪問をして発達や養育を支援する
- 3 専門家による相談体制を充実させる
- 4 利用できるサービスについて、的確な情報を提供する
- 5 わかばの家や保育園などでの受け入れを充実させる
- 6 専門機関と連携し、機能訓練を充実させる
- 7 その他 []

健康・医療について

問11 あなたが、ご自身の健康や医療について、不安や困っていることがありますか。
(〇はいくつでも)

- 1 障がいの重度化や病気の悪化が不安
- 2 栄養管理がむずかしい(食べ物が飲み込みがむずかしいなど)
- 3 薬の管理(決められた量・時間などを守って服用するなど)がむずかしい
- 4 障がいについての専門の医療機関がない
- 5 休日や夜間に対応してくれる医療機関がない
- 6 通院のための介助者確保がむずかしい
- 7 通院のための交通機関が整備されていない
- 8 医療機関がバリアフリー化されていない
- 9 医療や健康に関して気軽に相談できない
- 10 治療の説明が充分理解できない
- 11 医療費の負担が大きい
- 12 障がいが理由で医療拒否されたことがある
- 13 その他 []
- 14 特に不安はない

にちじょうせいかつじょう かいじょ
日常生活上の介助について

問12 あなたは、毎日の生活の中で、どのような介助や支援が必要ですか。または、受けていますか。
(○はいくつでも)

1 食事	2 排泄	3 入浴
4 寝返り	5 着替え	6 調理・掃除・選択などの家事
7 室内の移動	8 洗顔・歯みがき	9 電話（携帯など）
10 お金の管理	11 日常の買い物	12 通院、通勤・通学
13 12以外の外出	14 日常での意思の伝達	15 文章の理解や読み書き
16 薬の管理・服薬	17 区役所や事業所の手続き	18 その他 []
19 介助や支援は必要ない		

問13 ふだん、あなたを主に介助しているのはどなたですか。あなたからみた続柄でお答えください。(○は1つ)

1 特に介助・援助はうけていない	→ 問15にお進みください。	
2 配偶者（夫または妻）	3 父	4 母
5 子（子の配偶者も含む）	6 兄弟・姉妹	7 祖父母
8 その他の親せき	9 近所の人	10 病院の職員（看護師など）
11 訪問看護師	12 施設の職員	13 ホームヘルパー
14 ボランティア	15 その他 []	

問14 【問13で「2」から「15」のいずれかを回答した方はお答えください】ふだん、あなたを主に介助している方が、何らかの理由で介助ができない場合、どのようにしていますか。また、どのようにしたいと思うかをお答えください。(○はいくつでも)

1 同居している他の家族に頼む
2 同居していない家族や親せきに頼む
3 近所の人や友人・知人に頼む
4 介護や家事援助などを行うホームヘルプサービスを利用する
5 ボランティアに頼む
6 短期入所（ショートステイ）を利用する
7 緊急一時保護（家庭委託、特別介護人派遣など）を利用する
8 その他 []
9 よくわからない

サービスの利用について

問 15 あなたがこの1年間で利用したサービスはどれですか。また、これからの利用についてどのように考えていますか。⇒ サービスの説明については7、8ページをごらんください

15-1 この1年間で利用したサービスについて、枠の中に○を記入してください。(○はいくつでも)

15-2 今後3年間の利用の意向を1～3の中から選び、枠の中に○を記入してください。

15-1			15-2		
<p>サービス名称</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>記入例は、現在「居宅介護」を利用しており、サービスに満足して今後3年間は利用を増やしたい場合</p> </div>	<p>この1年間に利用したサービスはどれですか (○はいくつでも)</p>	<p>今後3年間の利用について (○はそれぞれ1つ)</p>			
例	(1) 居宅介護 (ホームヘルプ)	①	1	②	3
障害福祉サービス	(ア) 居宅介護 (ホームヘルプ)	1	1	2	3
	(イ) 重度訪問介護	2	1	2	3
	(ウ) 行動援護	3	1	2	3
	(エ) 同行援護	4	1	2	3
	(オ) 重度障害者等包括支援	5	1	2	3
	(カ) 生活介護	6	1	2	3
	(キ) 療養介護	7	1	2	3
	(ク) 短期入所 (ショートステイ)	8	1	2	3
	(ケ) 施設入所支援	9	1	2	3
	(コ) 共同生活介護 (ケアホーム)	10	1	2	3
	(サ) 共同生活援助 (グループホーム)	11	1	2	3
	(シ) 自立訓練 (機能)	12	1	2	3
	(ス) 自立訓練 (生活)	13	1	2	3
	(セ) 就労移行支援	14	1	2	3
	(ソ) 就労継続支援 (A型)	15	1	2	3
	(タ) 就労継続支援 (B型)	16	1	2	3
	(チ) 地域移行支援	17	1	2	3
	(ツ) 地域定着支援	18	1	2	3
	(テ) 計画相談支援	19	1	2	3

地域生活支援事業	(ト) 移動支援	20
	(ナ) コミュニケーション支援	22
	(ニ) 日常生活用具の給付	23
	(ヌ) 地域活動支援センター	24
	(ネ) 訪問入浴サービス	25
	(ノ) 日中一時支援	26
児童	(ハ) 障害児通所	
	・ 児童発達支援	27
	・ 医療型児童発達支援	28
	・ 放課後等デイサービス	29
	・ 保育所等訪問支援	30

1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3

「主なサービスの説明」(問15)

- (1) **居宅介護(ホームヘルプ)**
 自宅で入浴、排せつ、食事の介護など行う。
- (2) **重度訪問介護**
 肢体に重度の障がいがある人に、自宅での入浴や食事の介護、外出時の介護などを行う。
- (3) **行動援護**
 常に介護が必要な人が行動する際に必要な援護や外出時における付添い、移動中の介護を行う。
- (4) **同行援護**
 視覚障がいや移動が著しく困難な人の外出時に同行して、移動に必要な情報を提供したり、移動の援護などを行う。
- (5) **重度障害者等包括支援**
 介護の必要程度が非常に高い人に、居宅介護などのサービスを包括的に提供する。
- (6) **生活介護**
 昼間、施設で入浴や排せつ、食事の介護を行うほか、創作的活動などの機会を提供する。
- (7) **療養介護**
 医療の必要な障がい者で常に介護が必要な人に、医療機関などで機能訓練や看護及び介護

- を行う。
- (8) **短期入所(ショートステイ)**
 介護を行う人が病気などの場合、短期間施設へ入所して介護を行う。
- (9) **施設入所支援**
 夜間、施設に入所している人に、入浴や排せつ、食事などの介護を行う。
- (10) **共同生活介護(ケアホーム)**
 共同生活で、入浴や排せつ、食事などの介護を行う。
- (11) **共同生活援助(グループホーム)**
 主として夜間に共同生活の場で、相談や日常生活上の援助を行う。
- (12)(13) **自立訓練(機能訓練・生活訓練)**
 自立した日常生活や社会生活ができるよう、一定の期間、身体機能向上(機能訓練)、生活能力向上(生活訓練)のために必要な訓練などを行う。
- (14) **就労移行支援**
 就労を希望する人に、一定の期間、知識や技術の習得に必要な訓練などを行う。

(15)(16) 就労継続支援 (A型・B型)
通常の事業所で働くことが困難な人に、就労
や生産活動の機会を提供するとともに、知識や
能力の向上のために必要な訓練などを行う。

〔A型〕雇用契約に基づく

〔B型〕雇用契約に基づかない

(17) 地域移行支援

施設等に入所・入院している人に、住居の
確保や地域における生活に移行するための
活動に関する相談などの支援を行う。

(18) 地域定着支援

居宅において単身等で生活している人に、
常時の連絡体制の確保や緊急の事態等に相談
などの支援を行います。

(19) 計画相談支援

障がい者(児)等からの相談に応じ必要な
支援を提供する(基本相談支援)他、障がい
者(児)が障害福祉サービスを利用する前に
サービス等利用計画を作成し、一定期間ごとに
モニタリングを行う等の支援(計画相談支援)
を行う。

(20) 移動支援

社会生活上不可欠な外出及び余暇活動な
どのための外出支援を行う。

(23) 地域活動支援センター

主に精神障がい者の自立促進の支援を行う。
また、障がい児の放課後の活動を支援する。

(24) 訪問入浴サービス

自宅へ巡回入浴車を派遣し、入浴のサー
ビスを行う。

(25) 日中一時支援

保護者や家族など介護者の就労支援及び
一時的な休息のため、障がいのある人などの
日中活動の場を提供する。

(26) 障害児通所支援

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、集団生活への適用訓練
を行う。

医療型児童発達支援

上肢、下肢又は体幹の機能の障がいのあ
る児童発達支援及び治療を行う。

放課後等デイサービス

授業の終了後又は休業日に、生活
能力の向上のために必要な訓練などの
支援を行う。

保育所等訪問支援

保育所などを訪問し、他の児童との集団
生活への適応のための専門的な支援を
行う。

問16 **【現在サービスを利用している方はお答えください】**あなたは、現在利用しているサービスについて、満足していますか。（○は1つ）

- | | | |
|-----------|------------|---------|
| 1 満足している | 2 やや満足している | 3 ふつう |
| 4 やや不満である | 5 不満である | 6 わからない |
| 7 その他 [| |] |

サービス提供事業者について

問17 **【現在サービスを利用している方はお答えください】**あなたは、現在利用しているサービス提供事業者をどのようにして選びましたか（○はいくつでも）

- 1 以前から利用していた
- 2 区に相談して選択した
- 3 友人などの評判をきいて選択した
- 4 近所にある事業者を選択した
- 5 インターネットなどで探して選択した
- 6 複数の事業者から話をきいて、最も信頼できると判断して選択した
- 7 その他 [

ここからは再び、すべての方におうかがいします。

問18 あなたが、サービス事業者に対して望むことをお答えください。（○はいくつでも）

- 1 契約にいたるまでの十分な説明
- 2 点字・手話などのコミュニケーション手段の充実
- 3 利用する曜日・時間帯に制約がないこと
- 4 サービス従事者（ホームヘルパーなど）の質の確保
- 5 依頼したときにはいつでもサービスを利用できるだけの人員の確保
- 6 その他 [
- 7 特になし

りょういく きょういく しゅうろう
療育・教育・就労について

問19 あなたは、平日の日中、主にどこで過ごしているかをお答えください。(○は1つ)

- | | | |
|----------------|----------------|----------------|
| 1 保育園 | 2 幼稚園 | 3 療育施設 |
| 4 小学校 | 5 特別支援学校 (小学部) | 6 中学校 |
| 7 特別支援学校 (中学部) | 8 高等学校 | 9 特別支援学校 (高等部) |
| 10 その他の学校 | 11 その他 [| 12 どこにも通っていない |

問20 【通園施設、幼稚園や保育園、学校などに通っている方はお答えください】通園・通学で困っていることはありますか。(○はいくつでも)

- 1 通うのがたいへん
- 2 トイレや階段などの施設が利用しにくい
- 3 介助・支援体制が十分でない
- 4 学校など受け入れ側の理解や配慮が不足している
- 5 通学後(放課後)、通園後の受け入れ体制・社会資源が不足している
- 6 まわりの人たちの理解や配慮が不足している
- 7 人間関係がうまくいかない
- 8 その他 [
- 9 特に困っていることはない

問21 次の(ア)から(オ)のそれぞれの項目について、あなたのお気持ちにもっとも近いものをお答えください。(○は1つ)

	ひつよう 必要だ	どちらかと いえば、 ひつよう 必要だ	どちらかと いえば、 ひつよう 必要ない	ひつよう 必要ない
(ア) 障がいに応じた専門的な教育の充実	1	2	3	4
(イ) 校区の学校での受け入れ体制の充実	1	2	3	4
(ウ) 普通学級での受け入れ体制の充実	1	2	3	4
(エ) 状況に応じて学ぶ場を変更できる制度づくり	1	2	3	4
(オ) 障がいがある子とない子の交流機会の充実	1	2	3	4

問22 あなたは、障がいのある方が働くためには、どのような環境が整っていることが大切だと思いますか。(○は3つまで)

1	自分の家の近くに働く場がある
2	自分の家の中で、働くことができる
3	健康状態にあわせた働き方ができる
4	就労の場をあっせんしたり、相談できる場が整っている
5	職業訓練など、技能・知識の習得を援助する施設が充実している
6	企業がもっと積極的に雇用する
7	自営業を希望する人への支援を充実させる
8	事業主や職場の人たちが、障がい者雇用について理解がある
9	職場の施設や設備が障がい者にも利用しやすく配慮されている
10	介助者と一緒に働ける環境を充実させる
11	同じような障がいのある仲間と一緒に、あるいは交替で働ける
12	その他 []
13	わからない

ぼうさい 防災について

問23 災害などの緊急時に、あなたを援助してくれる人（場所）は存在しますか。
（〇はいくつでも）

- | | | |
|------------|----------------|--------------------------------|
| 1 同居の家族や親族 | 2 別居の家族や親族 | 3 友人・知人 |
| 4 近所の人 | 5 自治会・町会 | 6 消防署 |
| 7 警察署 | 8 区役所（出先機関も含む） | 9 その他 [] |
| 10 いない | 11 特に援助を必要としない | |

問24 あなたは、災害時の安否確認や避難の手助けなどを行うための「災害時要援護者登録制度」をご存知ですか。（〇は1つ）

- | | | |
|----------------------|--|---|
| 1 知っていて、すでに登録している | | |
| 2 知っているが登録していない [理由: | |] |
| 3 制度を知らない | | |

問25 あなたは、災害が起こったときに何が不安になると思いますか。（〇はいくつでも）

- | | |
|--------------------------------|-----------|
| 1 災害の情報が伝わってこない | 2 家族との連絡 |
| 3 避難する際の不安 | 4 避難所での不安 |
| 5 その他 [] | 6 特にない |

問26 あなたが避難所で困ると思われることをお答えください。（〇はいくつでも）

- | | |
|------------------|--------------------------------|
| 1 トイレのこと | 2 食事のこと |
| 3 プライバシーの保護のこと | 4 コミュニケーションのこと |
| 5 介助、介護してくれる人のこと | 6 薬、医療のこと |
| 7 補装具や日常生活用具のこと | 8 その他 [] |
| 9 特にない | |

しゃかいさんか 社会参加について

問27 ふだん、あなたはどのくらい外出をしていますか。(○は1つ)

- | | |
|----------------------------|--------------|
| 1 ほとんど毎日外出する | 2 週に3～4日外出する |
| 3 週に1～2日外出する | |
| 4 ほとんど外出しない → 問29にお進みください。 | |

問28 【問27で「1」から「3」のいずれかを回答した方はお答えください】ふだん、あなたはどのような目的で外出していますか、あるいはしたいですか。(○はいくつでも)

- | | | |
|-----------|---------------------------------|----------|
| 1 通勤 | 2 通学 | 3 施設への通所 |
| 4 通院 | 5 訓練・リハビリ | 6 買い物 |
| 7 趣味活動・遊び | 8 スポーツ・運動・レクリエーション | 9 人との交流 |
| 10 旅行 | 11 その他 [] | |

問29 【問27で「4」と回答した方はお答えください】あなたが「ほとんど外出しない」理由をお答えください。(○はいくつでも)

- | | |
|--------------------------------|-----------------|
| 1 手助けしてくれる人が見つからない | 2 交通機関が利用しにくい |
| 3 常に医療的な処置が必要なため | 4 外出したくない、必要がない |
| 5 その他 [] | |

問30 障がいのある方の社会参加の機会を広げるために、あなたが地域の人に実行してほしいと思うことをお答えください。(○は3つまで)

- | |
|--|
| 1 障がい者が困っている場面を見かけたら、一声かけて自分のできる手伝いをする |
| 2 障がい者が施設や設備を利用しやすいようにバリアフリーに配慮する |
| 3 仕事や地域活動をする上で、障がい者のことを考えて行動する |
| 4 いじめやいやがらせに配慮する |
| 5 地域の行事や活動を行う際には、障がい者に参加を呼びかける |
| 6 障がいや障がい者について学ぶ機会に参加するなど、理解を深める |
| 7 障がい団体・施設などのイベントに参加するなど、積極的に交流する |
| 8 障がい者に関するボランティア活動に参加する |
| 9 その他 [] |
| 10 特になし |

しょうらい く かた 将来の暮らし方について

問31 あなたは、今後（5年後）の進路や生活設計をどのようにしたいと考えていますか。
（○は3つまで、現在の生活を継続する場合も含める）

- 1 通園施設や幼稚園・保育園などに通いたい
- 2 特別支援学校に通いたい
- 3 普通校（小・中・高校）に通いたい
- 4 大学・専門学校などに進学したい
- 5 就労に向けた支援が受けられるところに通いたい
- 6 会社・工場・店などへ就職したい
- 7 家の仕事を手伝いたい
- 8 自分または仲間と店や会社などをつくりたい
- 9 家にいてできる仕事をしたい
- 10 就労継続支援B型・作業所に通いたい
- 11 自立のために機能訓練や生活訓練をする施設に通いたい
- 12 創作活動・交流事業などを行う生活介護施設に通いたい
- 13 施設に入所、または病院に入院して、介護や訓練を受けたい
- 14 家事などで家にいたい
- 15 その他 []
- 16 わからない・決められない

問32 将来（～10年後）、あなたはどのように暮らしたいと思っていますか。（○は1つ）

- | | |
|-----------------------|------------|
| 1 家族と暮らしたい | 2 一人で暮らしたい |
| 3 グループホーム・ケアホームで暮らしたい | 4 施設に入りたい |
| 5 その他 [] | 6 わからない |

問33 あなたが、家族から独立して暮らす場合や、施設や病院から出て地域で暮らす場合に不安に思う（思った）ことをお答えください。（○は3つまで）

- 1 地域の人、隣近所の人とうまくやっていけるか
- 2 いじめやいやがらせをうけるのではないか
- 3 困った時に相談できる場所があるか
- 4 家事や日常動作を支援するサービスを十分に得られるか
- 5 グループホーム・ケアホームなど支援がある施設を利用できるか
- 6 住居を借りることができるか（保証人がいないなど）
- 7 その他 []
- 8 特になし
- 9 独立して暮らすことを希望しない

権利擁護・相談支援について

問34 あなたは、成年後見制度※について、知っていますか。（○は1つ）

※ 成年後見制度とは、財産管理や契約をする際、判断するのが困難な人を保護し支援する制度のことです。

- | | |
|---------------|---------------------|
| 1 名前も内容も知っている | 2 名前は知っているが、内容は知らない |
| 3 名前も内容も知らない | |

問35 あなたは、成年後見制度を活用したいと思いますか。（○は1つ）

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 1 すでに活用している | 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36 あなたは、福祉に関する情報などを、どのような方法で得ていますか。（○はいくつでも）

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1 区役所の職員を介して | 2 民生委員・児童委員を介して |
| 3 区報で | 4 インターネットのホームページで |
| 5 福祉施設などの掲示板などで | 6 自治会・町会の回覧板などで |
| 7 地域活動支援センターで | 8 相談支援専門員を介して |
| 9 医療機関の相談窓口で | 10 友人・知人を介して |
| 11 障がい者団体や家族会を介して | 12 テレビ・ラジオなどで |
| 13 新聞や地域情報紙などで | 14 その他 [] |
| 15 情報は必要ない | |

問37 あなたは、障がいや生活などのことで困っていること、不安に思っていることがありますか。(〇はいくつでも)

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| 1 仕事のこと | 2 経済的なこと |
| 3 健康や医療のこと | 4 家族のこと |
| 5 介助者のこと | 6 近所付き合いのこと |
| 7 施設への入所のこと | 8 進学や学校のこと |
| 9 結婚のこと | 10 老後のこと |
| 11 日常会話などの意志疎通が思うようにできないこと | 12 インターネットの使い方がわからないこと |
| 13 いじめやいやがらせを受けること | 14 その他 [] |
| 15 特に困ったり、不安に思うことはない | |

問38 現在、あなたが相談できるのはだれ(どこ)ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1 家族・親せき | 2 同じ障がいをもつ仲間 |
| 3 友人・知人 | 4 近所の人 |
| 5 ホームヘルパー | 6 福祉施設の職員 |
| 7 医療関係者(医師・看護師・ワーカー) | 8 身体障害者相談員・知的障害者相談員 |
| 9 相談支援専門員 | 10 民生委員・児童委員 |
| 11 後見人・保佐人・補助人 | 12 区のケースワーカーなどの職員 |
| 13 障害者地域自立生活支援センター | 14 障がい者団体や家族会 |
| 15 学校の教職員 | 16 その他 [] |
| 17 いない | |

問39 あなたは、障害福祉サービス等を利用する場合、サービス等利用計画を必ず作成することになったことを知っていますか。(〇は1つ)

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1 知っている、すでに作成した | 2 知っているが、まだ作成していない |
| 3 知らない | 4 その他 [] |
| 5 わからない | |

ぎゃくたいぼうし
虐待防止について

問40 これまでに、あなたの周囲で虐待と思われることはありましたか。（○は1つ）

1 あった

2 ない

3 その他 []

問41 【問40で「1」を回答した方へお答えください】虐待に対してどのような対応をされましたか。（○はいくつでも）

1 家族・親せきに相談した

2 友人・知人に相談した

3 相談支援専門員、障害福祉サービス職員等の支援者に相談した

4 福祉オンブズマンに相談した

5 虐待防止センターや子ども家庭支援センター・児童相談所などに通報した

6 その他 []

7 対応していない

区くの障しょうがい者しゃしきく施策しやくについて

問42 今後、障がい者施策を進めていくにあたって、あなたは区が特にどのようなことを充実させていけばよいと思いますか。（〇はいくつでも）

- 1 相談支援の充実
- 2 グループホーム・ケアホームの整備
- 3 入所施設などの整備、充実
- 4 障がい者に配慮された住宅の建設
- 5 在宅福祉サービスの充実（ホームヘルプサービスなど）
- 6 医療やリハビリの充実
- 7 災害時の支援体制整備
- 8 権利擁護や成年後見制度などを利用しやすくする
- 9 療育、教育など障がい児施策
- 10 働きやすい環境づくり
- 11 通所施設などの日中活動の場の整備、充実
- 12 障害者地域自立生活支援センターの充実
- 13 障がい者施策の対象となっていない障がい者に対する福祉の充実
- 14 余暇活動や趣味をひろげる講座などの充実
- 15 ボランティア活動の充実
- 16 交通機関や建物などのバリアフリー、ユニバーサルデザインの促進
- 17 手当や年金など、経済的な支援
- 18 その他〔
- 19 特にない

区くの障しょうがい者しゃふくしきく福祉ふくし施策しやくについて、ご意見などがございましたらご自由に記入ください。

ご協力いただき、ありがとうございました。
 ご記入もれがないかお確かめのうえ、同封の返信用封筒にて、
 12月5日（木）までにご返送いただきますよう、お願いいたします。
 （切手は不要です。）

大田区障害者計画・第4期大田区障害福祉計画 策定のためのアンケート調査のお願い

日頃から、区政にご理解・ご協力いただき、ありがとうございます。

大田区では、「第4期大田区障害福祉計画」を策定するにあたって、障がいのある方の生活状況や障害福祉サービス利用の意向を把握するために、アンケート調査を実施することになりました。

この調査では、障がいのある方の日頃の生活状況や区の障がい者施策に対するご意見・ご希望などをお聞かせいただきたいと思いますと考えております。

この調査の対象者として、区内にお住まいの身体障害者手帳・愛の手帳をお持ちか、障がい福祉サービスの対象となる難病患者の方のうち18歳以上の方の中から約3,600人を無作為に選び、調査票を送付させていただきました。なお、回答にはお名前を書く必要はありません。お答えいただいた方が特定されたり、お答えいただいた内容が明らかになることはありません。また、調査結果については区の障がい者施策の充実のための資料としてのみ使用され、それ以外の目的では使用いたしません。この調査の趣旨をご理解いただき、調査へのご協力をお願いいたします。

平成25年11月

大田区福祉部障害福祉課

◆この調査票のご記入にあたってのお願い◆

- 回答は、原則として、封筒のあて名の方ご本人がお答えください。
- この調査票で「あなた」とあるのは、「あて名ご本人」のことです。
- 次のような状況でご本人が回答できない場合は、ご家族の方、介助者の方などが、ご本人の立場で（ご本人の意見に沿って）お答えください。
 - ・障がいのため回答できない
 - ・心身の状況が悪いため回答できない
- 視覚障がいがある方で、調査票の読み上げを希望される方はご相談ください。
- この調査は、平成25年10月現在の状況でお答えください。
- 回答は、あてはまる選択肢の番号に、直接○印をつけてお答えください。
- 「その他」と回答された場合は、〔 〕内に具体的にその内容をご記入ください。
- 回答していただく方が限られる質問もありますので、ご注意ください。
- この調査票には、名前や住所、電話番号などは書かないでください。
- ご記入いただいた調査票は、12月5日（木）までに、同封の返信用封筒にてご返送ください。（切手は不要です。）

<お問い合わせ>

大田区福祉部障害福祉課障害者支援担当（計画）

電話 03（5744）1700 Fax 03（5744）1592

問1 あなたの状況についておたずねします。次のうちあてはまるものをお選びください。
(○は1つ)

1 自宅	2 入院中 (3ヶ月未満)	3 入院中 (3ヶ月以上)
4 施設に入所中	5 その他 []	6 大田区外に転出

転出された方は、アンケートにお答えいただく必要はありません。そのままご返送ください。

問2 この調査票はどなたが記入されますか。次のうち、あてはまるものをお選びください。ただし、ご本人の回答をそのまま、どなたかが代筆された場合は、ご本人としてお答えください。
(○は1つ)

1 あなた(あて名ご本人)	2 ご家族	3 その他 []
---------------	-------	-----------

ご本人自身のことについて

問3 あなたの性別・年齢をお答えください。(○は1つ、年齢は数字をご記入ください。)

(1)性別 1 男性 2 女性

(2)年齢 歳

問4 あなたの現在のお住まいは、次のうちどれですか。(○は1つ)

1 持ち家・分譲マンション	2 借家・民間賃貸アパート・マンション
3 公的賃貸住宅(都営・区営・公社など)	4 グループホーム・ケアホーム・通勤寮
5 高齢者住宅(シルバーピア・高齢者アパートなど)	6 その他 []

問5 現在、あなたと一緒に暮らしているのは、どなたですか。あなたからみた続柄でお答えください。(○はいくつでも)

1 ひとり暮らし	2 父	3 母
4 配偶者(夫・妻)	5 子(子の配偶者も含む)	6 孫
7 兄弟・姉妹	8 祖父母	9 その他の親せき
10 寮・施設の職員や仲間	11 その他 []	

問6 あなたの生活費は、主に何で得ていますか。(○は1つ)

- | | | |
|-------------------------------|----------|-----------|
| 1 給与 | 2 年金 | 3 事業収入 |
| 4 預貯金・株 | 5 不動産収入 | 6 労災・失業保険 |
| 7 家族の収入 | 8 各種福祉手当 | 9 生活保護 |
| 10 その他 [] | | |

障がいの状況について

問7 あなたがお持ちの手帳はどれですか。(お持ちの手帳すべてに○をし、手帳に記載されている障がいの程度をお答えください。)また、高次脳機能障がいや発達障がいの診断を受けているかどうかもお答えください。(○はいくつでも)

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1 身体障害者手帳 [級] | 2 愛の手帳 [度] |
| 3 精神障害者保健福祉手帳 [級] | 4 高次脳機能障がいの診断を受けている |
| 5 発達障がいに係る診断を受けている | 6 難病等 [疾病名] |
| 7 わからない | |

問8 **【身体障害者手帳をお持ちの方はお答えください】**あなたの「身体障害者手帳」に記載されている障がいはどれですか。(○はいくつでも)

- | | |
|--------------|-------------------|
| 1 肢体不自由 (上肢) | 2 肢体不自由 (下肢) |
| 3 肢体不自由 (体幹) | 4 視覚障がい |
| 5 聴覚・平衡機能障がい | 6 音声・言語・そしゃく機能障がい |
| 7 内部障がい | |

問9 あなたが現在の障がいの状態になったのはいつ頃ですか。(○は1つ)

- | | | |
|------------|---------------|-----------------------|
| 1 出生時 | 2 乳幼児期 (0～5歳) | 3 学齢期 (小学校入学～中学校卒業まで) |
| 4 高校入学～19歳 | 5 20～39歳 | 6 40～64歳 |
| 7 65歳以上 | 8 わからない | |

問10 あなたの障害程度区分は次のうちどれですか。(○は1つ)

- | | | |
|-------|------------|---------|
| 1 区分1 | 2 区分2 | 3 区分3 |
| 4 区分4 | 5 区分5 | 6 区分6 |
| 7 非該当 | 8 受けたことがない | 9 わからない |

サービスの利用について

問 16 あなたがこの1年間で利用したサービスはどれですか。また、これからの利用についてどのように考えていますか。⇒サービスの説明については7、8ページをごらんください

16-1 この1年間で利用したサービスについて、枠の中に○を記入してください。(○はいくつでも)

16-2 今後3年間の利用の意向を1～3の中から選び、枠の中に○を記入してください。

16-1			16-2		
	サービス名称	この1年間に利用したサービスはどれですか(○はいくつでも)	今後3年間の利用について (○はそれぞれ1つ)		
	記入例は、現在「居宅介護」を利用しており、サービスに満足していて今後3年間は利用を増やしたい場合		1 現在と同じ程度に利用したい	2 現在より利用を増やしたい、新規に利用したい	3 利用するつもりはない、またはわからない
例	(ア)居宅介護 (ホームヘルプ)	①	1	②	3
障害福祉サービス	(ア)居宅介護 (ホームヘルプ)	1	1	2	3
	(イ)重度訪問介護	2	1	2	3
	(ウ)重度障害者等包括支援	3	1	2	3
	(エ)同行援護	4	1	2	3
	(オ)行動援護	5	1	2	3
	(カ)療養介護	6	1	2	3
	(キ)生活介護	7	1	2	3
	(ク)短期入所 (ショートステイ)	8	1	2	3
	(ケ)共同生活介護 (ケアホーム)	9	1	2	3
	(コ)施設入所支援	10	1	2	3
	(サ)障害児通所支援	11	1	2	3
	(シ)自立訓練 (機能訓練)	12	1	2	3
	(ス)自立訓練 (生活訓練)	13	1	2	3
	(セ)就労移行支援	14	1	2	3
	(ソ)就労継続支援 (A型)	15	1	2	3
	(タ)就労継続支援 (B型)	16	1	2	3
	(チ)共同生活援助 (グループホーム)	17	1	2	3
	(ツ)地域移行支援	18	1	2	3
	(テ)地域定着支援	19	1	2	3
	(ト)計画相談支援	20	1	2	3

16-1			16-2		
サービス名称		この1年間に利用したサービスはどれですか(○はいくつでも)	今後3年間の利用について (○はそれぞれ1つ)		
地域生活支援事業	(ナ) コミュニケーション支援	21	1 現在と同じ程度に利用したい	2 現在より利用を増やしたい、新規に利用したい	3 利用するつもりはない、またはわからない
	(ニ) 日常生活用具の給付	22	1	2	3
	(ヌ) 移動支援	23	1	2	3
	(ネ) 地域活動支援センター	24	1	2	3
	(ノ) 訪問入浴サービス	25	1	2	3
	(ハ) 自動車改造費助成	26	1	2	3
	(ヒ) 自動車運転免許取得費助成	27	1	2	3
	(フ) 日中一時支援	28	1	2	3

「主なサービスの説明」(問 16)

(1) 居宅介護 (ホームヘルプ)

自宅で入浴、排せつ、食事の介護など行う。

(2) 重度訪問介護

肢体に重度の障がいがある人に、自宅での入浴や食事の介護、外出時の介護などを行う。

(3) 重度障害者等包括支援

介護の必要な程度が非常に高い人に、居宅介護などのサービスを包括的に提供する。

(4) 同行援護

視覚障がいや移動が著しく困難な人の外出時に同行して、移動に必要な情報を提供したり、移動の援護などを行う。

(5) 行動援護

常に介護が必要な人が行動する際に必要な援護や外出時における付添い、移動中の介護を行う。

(6) 療養介護

医療の必要な障がい者で常に介護が必要な人に、医療機関などで機能訓練や看護及び介護を行う。

(7) 生活介護

昼間、施設で入浴や排せつ、食事の介護を行うほか、創作的活動などの機会を提供する。

(8) 短期入所 (ショートステイ)

介護を行う人が病気などの場合、短期間施設へ入所して介護を行う。

(9) 共同生活介護 (ケアホーム)

共同生活で、入浴や排せつ、食事などの介護を行う。

(10) 施設入所支援

夜間、施設に入所している人に、入浴や排せつ、食事などの介護を行う。

(11) 障害児通所支援

- 児童発達支援
- 医療型児童発達支援
- 放課後等デイサービス
- 保育所等訪問支援
があります。

(12)(13) 自立訓練（機能訓練・生活訓練）

自立した日常生活や社会生活ができるよう、一定の期間、身体機能向上（機能訓練）、生活能力向上（生活訓練）のために必要な訓練などを行う。

(14) 就労移行支援

就労を希望する人に、一定の期間、知識や技術の習得のために必要な訓練などを行う。

(15)(16) 就労継続支援（A型・B型）

通常の事業所で働くことが困難な人に、就労や生産活動の機会を提供するとともに、知識や能力の向上のために必要な訓練などを行う。

〔A型〕雇用契約に基づく

〔B型〕雇用契約に基づかない

(17) 共同生活援助（グループホーム）

主として夜間に共同生活の場で、相談や日常生活上の援助を行う。

(18) 地域移行支援

施設等に入所・入院している方に、住居の確保や地域における生活に移行するための活動に関する相談などの支援を行う。

(19) 地域定着支援

居宅において単身等で生活している方に、常時の連絡体制の確保や緊急の事態等に相談等の支援を行う。

(20) 計画相談支援

相談に応じて必要な支援を提供（基本相談支援）するほか、障害福祉サービス等を利用する前のサービス等利用計画の作成や一定期間ごとのモニタリングを行う等の支援（計画相談支援）を行う。

(23) 移動支援

社会生活上不可欠な外出及び余暇活動などのための外出支援を行う。

(24) 地域活動支援センター

主に精神障がい者の自立促進の支援を行う。
また、障がい児の放課後の活動を支援する。

(25) 訪問入浴サービス

自宅へ巡回入浴車を派遣し、入浴のサービスを行う。

(28) 日中一時支援

保護者や家族など介護者の就労支援及び一時的な休息のため、障がいのある人などの日中活動の場を提供する。

問 17 **【現在サービスを利用している方はお答えください】**あなたは、現在利用しているサービスについて、満足していますか。（〇は1つ）

- | | | |
|-----------|------------|---------|
| 1 満足している | 2 やや満足している | 3 ふつう |
| 4 やや不満である | 5 不満である | 6 わからない |
| 7 その他 [| |] |

サービス提供事業者について

問 18 **【現在サービスを利用している方はお答えください】**あなたは、現在利用しているサービス提供事業者をどのようにして選びましたか。（〇はいくつでも）

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1 以前から利用していた | |
| 2 区に相談して選択した | |
| 3 友人などの評判をきいて選択した | |
| 4 近所にある事業者を選択した | |
| 5 インターネットなどで探して選択した | |
| 6 複数の事業者から話をきいて、最も信頼できると判断して選択した | |
| 7 その他 [|] |

ここからは再び、すべての方におうかがいします。

問 19 あなたは、サービス事業者に対してなにか望むことはありますか。（〇はいくつでも）

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1 契約にいたるまでの十分な説明 | |
| 2 点字・手話などのコミュニケーション手段の充実 | |
| 3 利用する曜日・時間帯に制約がないこと | |
| 4 サービス従事者（ホームヘルパーなど）の質の確保 | |
| 5 依頼したときにはいつでもサービスを利用できるだけの人員の確保 | |
| 6 その他 [|] |
| 7 特にない | |

就学や就労について

問 20 あなたは、平日の昼間、主にどこで（何をして）過ごしていますか。（○は1つ）

1 学校などに通っている（A～Eのうち1つに○）

- ↳
- | | | |
|----------|-----------|---------|
| A 高等学校 | B 専門学校・大学 | C 職業訓練校 |
| D 特別支援学校 | E その他 [|] |

2 働いている（A～Hのうち1つに○）

- ↳
- | | | |
|--------------------|----------|---|
| A 自営業 | B 家業の手伝い | |
| C 会社・団体などの正規の職員・役員 | D 公務員 | |
| E 日雇い、パート、派遣など | F 内職 | |
| G 通所施設などでの仕事 | H その他 [|] |

3 施設などで訓練・介護を受けている

4 病院などで看護・治療を受けている

5 特に決まったことはしていないが、外出していることが多い

6 自宅にすることが多い

7 その他 []

問 21 【働いている方はお答えください】あなたが仕事をする上で、不安や不満または困っていることはありますか。（〇はいくつでも）

- | | |
|-----------------------|------------------|
| 1 給料・賃金が少ない | 2 仕事がむずかしい |
| 3 仕事内容が単調すぎる | 4 自分に合った内容の仕事がない |
| 5 職場の人たちとの人間関係がむずかしい | 6 職場での身分が不安定 |
| 7 トイレなど障がい者用の設備が十分でない | 8 昇給や昇進に差がある |
| 9 通勤がたいへん | 10 障がいへの理解が十分でない |
| 11 その他 [|] 12 特に不安や不満はない |

問 22 【働いていない方はお答えください】あなたが働いていない理由はなにですか。（〇はいくつでも）

- | | |
|-------------------------|-----------------|
| 1 就学中のため | 2 高齢のため |
| 3 施設に入所しているため | 4 障がいや病気のため |
| 5 自分に見合った仕事や職場がないため | 6 通勤することができないため |
| 7 仕事を探しているが、就労に結びついていない | 8 勤務先から解雇されたため |
| 9 家事や育児があるため | 10 働く必要がないため |
| 11 その他 [|] 12 特に理由はない |

ここからは再び、すべての方におうかがいします。

問 23 あなたは、障がいのある方が働くためには、どのような環境が整っていることが大切だと思いますか。（〇は3つまで）

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1 自分の家の近くに働く場がある | |
| 2 自分の家の中で、働くことができる | |
| 3 健康状態に合わせた働き方ができる | |
| 4 勤務先をあっせんしたり、相談できる場がある | |
| 5 職業訓練など、技能・知識の習得を援助する施設が充実している | |
| 6 企業がもっと積極的に雇用する | |
| 7 自営業を希望する人への支援を充実させる | |
| 8 事業主や職場の人たちが、障がい者雇用について理解がある | |
| 9 職場の施設や設備が、障がい者にも利用しやすく配慮されている | |
| 10 介助者と一緒に働ける環境を充実させる | |
| 11 同じような障がいのある仲間と一緒に、あるいは交替で働ける | |
| 12 その他 [|] |
| 13 わからない | |

災害時の対応について

問 24 災害などの緊急時に、あなたをだれ（どこ）か援助してくれる人はいますか。
（〇はいくつでも）

- | | | |
|------------|----------------|------------------------------|
| 1 同居の家族や親族 | 2 別居の家族や親族 | 3 友人・近所の人 |
| 4 自治会・町会 | 5 民生委員 | 6 消防署 |
| 7 警察署 | 8 区役所（出先機関も含む） | 9 その他 [] |
| 10 いない | 11 特に援助を必要としない | |

問 25 あなたは、災害時の安否確認や避難の手助けなどを行うための「災害時要援護者（平成26年4月から避難行動要支援者）登録制度」をご存知ですか。（〇は1つ）

- | | |
|-----------------------|---|
| 1 すでに登録している | |
| 2 知っているが登録していない [理由 : |] |
| 3 制度を知らない | |

問 26 あなたが、災害が起こったときに不安に思うことはなにですか。（〇はいくつでも）

- | | |
|------------------------------|-----------|
| 1 災害の情報が伝わってこない | 2 家族との連絡 |
| 3 避難する際の不安 | 4 避難所での不安 |
| 5 その他 [] | 6 特にない |

問 27 あなたが、避難所で困ると思われることはなにですか。（〇はいくつでも）

- | | |
|------------------|------------------------------|
| 1 トイレのこと | 2 食事のこと |
| 3 プライバシー保護のこと | 4 コミュニケーションのこと |
| 5 介助、介護してくれる人のこと | 6 薬、医療のこと |
| 7 補装具や日常生活用具のこと | 8 その他 [] |
| 9 特にない | |

社会参加について

問 28 ふだん、あなたはどのくらい外出をしていますか。(○は1つ)

- | | |
|-------------------------------------|--------------|
| 1 ほとんど毎日外出する | 2 週に3～4日外出する |
| 3 週に1～2日外出する | |
| 4 ほとんど外出しない → 問 30 にお進みください。 | |

問 29 **【問 28 で「1」から「3」のいずれかを回答した方はお答えください】**ふだん、あなたはどのような目的で外出していますか、あるいはしたいですか。(○はいくつでも)

- | | | |
|-----------|---------------------------------|----------|
| 1 通勤 | 2 通学 | 3 施設への通所 |
| 4 通院 | 5 訓練・リハビリ | 6 買い物 |
| 7 趣味活動・遊び | 8 スポーツ・レクリエーション | 9 人との交流 |
| 10 旅行 | 11 その他 [] | |

問 30 **【問 28 で「4」と回答した方はお答えください】**あなたが「ほとんど外出しない」理由は次のうちどれですか。(○はいくつでも)

- | | |
|--------------------------------|-----------------|
| 1 手助けしてくれる人が見つからない | 2 交通機関が利用しにくい |
| 3 常に医療的な処置が必要なため | 4 外出したくない、必要がない |
| 5 その他 [] | |

ここからは再び、すべての方におうかがいします。

問 31 障がいのある方の社会参加の機会を広げるために、地域などにあなたが望むことはなにか。 (○は3つまで)

- 1 障がい者が困っている場面を見かけたら、一声かけて自分にできる手伝いをする
- 2 障がい者が施設や設備を利用しやすいように、バリアフリーに配慮する
- 3 仕事や地域活動をする上で、障がい者のことを考えて行動する
- 4 いじめやいやがらせの防止に配慮する
- 5 地域の行事や活動を行う際には、障がい者に参加を呼びかける
- 6 障がいや障がい者について学ぶ機会に参加するなど、理解を深める
- 7 障がい者団体・施設などのイベントに参加するなど、障がい者と積極的に交流する
- 8 障がい者支援に関するボランティア活動に参加する
- 9 その他 []
- 10 特にない

権利擁護・虐待防止について

問 32 あなたは、成年後見制度*について知っていますか。 (○は1つ)

※ **成年後見制度**とは、財産管理や契約をする際、判断するのが困難な人を保護し支援する制度のことです。

- 1 名前も内容も知っている
- 2 名前は知っているが、内容は知らない
- 3 名前も内容も知らない

問 33 あなたは、成年後見制度を活用したいと思いますか。 (○は1つ)

- 1 すでに活用している
- 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 34 これまでに、あなたやあなたの周囲で、虐待と思われることはありましたか。(○は1つ)

1 あった	2 ない → 問 36 にお進みください。
	3 わからない → 問 36 にお進みください。

問 35 【問 34 で「1」と回答した方はお答えください】 そのとき、あなたは、どのような対応をされましたか。(○はいくつでも)

1 家族・親戚に相談した	2 友人・知人に相談した
3 利用しているサービス事業所などの支援員に相談した	
4 福祉オンブズマンに相談した	5 虐待防止センターに通報した
6 その他 []
7 対応しなかった	

問 36 障害者虐待防止センターがあることを知っていますか。(○は1つ)

1 知っている (場所など内容も含めて)	2 名前は知っている
3 知らない	

将来の暮らし方について

問 37 将来 (5～10年後)、あなたはどのように暮らしたいと思っていますか。(○は1つ)

1 家族と暮らしたい	2 一人で暮らしたい
3 グループホームなどで暮らしたい	4 施設に入りたい
5 その他 [] 6 わからない

問 38 あなたが、家族から独立して暮らす場合や、施設や病院から出て地域で暮らす場合に不安に思う（思った）ことはなにですか。（〇は3つまで）

- 1 地域の人、隣近所の人とうまくやっていけるか
- 2 いじめやいやがらせをうけるのではないか
- 3 困った時に相談できる場所があるか
- 4 家事や日常動作を支援するサービスが十分に得られるか
- 5 グループホームなど、支援がある施設を利用できるか
- 6 住居を借りることができるか（保証人がいないなど）
- 7 その他 []
- 8 特にない
- 9 独立して、または退所・退院して暮らすことを希望しない

相談支援について

問 39 あなたは、福祉に関する情報などを、どのような方法で得ていますか。（〇はいくつでも）

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1 区役所の職員を介して | 2 民生委員・児童委員を介して |
| 3 区報で | 4 インターネットのホームページで |
| 5 福祉施設などの掲示板などで | 6 自治会・町会の回覧板などで |
| 7 地域活動支援センターで | 8 相談支援専門員を介して |
| 9 医療機関の相談窓口で | 10 友人・知人を介して |
| 11 障がい者団体や家族会を介して | 12 テレビ・ラジオなどで |
| 13 新聞や地域情報紙などで | 14 その他 [] |
| 15 情報は必要ない | |

問 40 あなたは、障がいや生活などのことで困ったり、不安に思っていることがありますか。（〇はいくつでも）

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-------------|
| 1 仕事のこと | 2 経済的なこと | 3 健康や医療のこと |
| 4 家族のこと | 5 介助者のこと | 6 近所付き合いのこと |
| 7 施設への入所のこと | 8 進学や学校のこと | 9 結婚のこと |
| 10 老後のこと | 11 日常会話などの意志疎通が思うようにできないこと | |
| 12 インターネットの使い方がわからないこと | | |
| 13 いじめやいやがらせ、暴力などを受けること | | |
| 14 その他 [] | | |
| 15 特に困ったり、不安に思うことはない | | |

問 41 現在、あなたが相談できるのはだれ（どこ）ですか。（○はいくつでも）

1 家族・親せき	2 同じ障がいをもつ仲間
3 友人・知人	4 近所の人
5 ホームヘルパー	6 福祉施設の職員
7 医療関係者（医師・看護師・ワーカー）	8 身体障害者相談員・知的障害者相談員
9 相談支援専門員	10 民生委員・児童委員
11 後見人・保佐人・補助人	12 区のケースワーカーなどの職員
13 障害者地域自立生活支援センター	14 障がい者団体や家族会
15 学校の教職員	16 その他 []
17 いない	

問 42 あなたは、障害福祉サービス等を利用する場合、サービス等利用計画を必ず作成することになったことを知っていますか。（○は1つ）

1 知っている、すでに作成した	2 知っているが、まだ作成していない
2 知らない	3 その他 []
4 わからない	

区の障がい者施策について

問 43 今後、区が障がい者施策を進めていくにあたって、あなたは、特にどのようなことを充実させていけばよいと思いますか。（○はいくつでも）

- 1 相談支援の充実
- 2 グループホームなどの整備、充実
- 3 入所施設などの整備、充実
- 4 障がい者に配慮された住宅の建設
- 5 在宅福祉サービスの充実（ホームヘルプサービスなど）
- 6 医療やリハビリの充実
- 7 災害時の支援体制の整備
- 8 権利擁護や成年後見制度などを利用しやすくする
- 9 障がい者に対する虐待の防止
- 10 療育、教育など障がい児施策
- 11 働きやすい環境づくり
- 12 通所施設などの日中活動の場の整備、充実
- 13 障害者地域自立生活支援センターの充実
- 14 障がい者施策の対象となっていない障がい者に対する福祉の充実
- 15 余暇活動や趣味をひろげる講座などの充実
- 16 ボランティア活動の充実
- 17 交通機関や建物などのバリアフリー、ユニバーサルデザインの促進
- 18 手当や年金など、経済的な支援
- 19 （仮称）障がい者総合サポートセンターの活用
- 20 その他 []
- 21 特にない

区の障がい者福祉施策について、ご意見などがございましたらご自由に記入してください。

ご協力いただきまして、ありがとうございました。

記入もれがないかお確かめの上、同封の返信用封筒にて、

12月5日（木）までにご返送いただきますよう、お願いいたします。

（切手は不要です。）

大田区障害者計画・第4期大田区障害福祉計画

策定のためのアンケート調査のお願い

日頃から、区政にご理解・ご協力いただき、ありがとうございます。

大田区では、「第4期大田区障害福祉計画」を策定するにあたって、障がいのある方の生活状況やニーズを把握するために、アンケート調査を実施することになりました。

このたびの調査では、障がいのある方の日頃の生活状況や区の障がい者施策に対するご意見・ご希望等をお聞かせいただきたいと考えております。

この調査の対象者として、区内にお住まいの精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方の中から約600人を選ばず、調査票を送付させていただきました。なお、回答にはお名前を書く必要はありません。お答えいただいた方が特定されたり、お答えいただいた内容が明らかになることはありません。調査結果については区の障がい者施策の充実のための資料としてのみ使用され、それ以外の目的では使用いたしません。

この調査の趣旨をご理解いただき、調査へのご協力をお願いいたします。

平成25年11月

大田区福祉部障害福祉課

◆この調査票のご記入にあたってのお願い◆

- 回答は、原則として、封筒のあて名の方ご本人がお答えください。
- この調査票で「あなた」とあるのは、「あて名ご本人」のことです。
- 次のような状況でご本人が回答できない場合は、ご家族の方、介助者の方等が、ご本人の立場で（ご本人の意見に沿って）お答えください。
 - ・乳幼児・未就学などのため回答できない
 - ・障がいのため回答できない
 - ・心身の状況が悪いため回答できない
- 視覚障がいがある方で、調査票の読み上げを希望される方はご相談ください。
- この調査は、平成25年10月現在の状況でお答えください。
- 回答はあてはまる選択肢の番号に直接○印をつけてお答えください。
- 「その他」と回答された場合は、〔 〕内に具体的にその内容をご記入ください。
- 回答していただく方が限られる質問もありますので、ご注意ください。
- この調査票には、名前や住所、電話番号などは書かないでください。
- ご記入いただいた調査票は、12月5日（木）までに、同封の返信用封筒にてご返送願います。（切手は不要です。）

<お問い合わせ>

大田区福祉部障害福祉課障害者支援担当（計画）

電話 03（5744）1700 Fax 03（5744）1592

問1 この調査票はどなたが記入されますか。次のうち、あてはまるものをお選びください。ただし、ご本人の回答をそのまま、どなたかが代筆された場合は、ご本人としてお答えください。 (○は1つ)

- 1 あなた(あて名ご本人) 2 ご家族 3 その他 []

ご本人自身のことについて

問2 あなたの性別・年齢をお答えください。(○は1つ、年齢は数字をご記入ください。)

- (1)性別 1 男性 2 女性

(2)年齢

	歳
--	---

問3 あなたの現在のお住まいは、次のうちどれですか。(○は1つ)

- 1 持ち家・分譲マンション
2 借家・民間賃貸アパート・マンション
3 公的賃貸住宅(都営・区営・公社等)
4 グループホーム(定員4～6人で個室があり、共同生活ができる住居)
5 その他 []

問4 現在、あなたと一緒に暮らしているのは、どなたですか。あなたからみた続柄でお答えください。(○はいくつでも)

- | | |
|---------------------------------|---------------|
| 1 ひとり暮らし | 2 父 |
| 3 母 | 4 配偶者(夫・妻) |
| 5 子(子の配偶者も含む) | 6 孫 |
| 7 兄弟・姉妹 | 8 祖父母 |
| 9 その他の親せき | 10 寮・施設の職員や仲間 |
| 11 その他 [] | |

障がいの状況について

問 10 あなたが、はじめて病院で精神科もしくは心療内科で病気の診断を受けたのは何歳の頃ですか。（○は1つ）

- | | |
|----------------------|--------------|
| 1 出生時 | 2 乳幼児期（0～5歳） |
| 3 学齢期（小学校入学～中学校卒業まで） | 4 高校入学～19歳 |
| 5 20～39歳 | 6 40～64歳 |
| 7 65歳以上 | 8 わからない |

問 11 これまで、あなたが精神科もしくは心療内科の病院に入院した期間を全部合わせると、だいたいどのくらいになりますか。（○は1つ）

- | | |
|-------------|------------|
| 1 入院したことはない | 2 1年未満 |
| 3 1～3年未満 | 4 3～5年未満 |
| 5 5～10年未満 | 6 10～15年未満 |
| 7 15～20年未満 | 8 20～30年未満 |
| 9 30年以上 | 10 わからない |

問 12 現在、あなたは精神科もしくは心療内科に通院されていますか。（○は1つ）

- | |
|------------------|
| 1 区内の医療機関に通院している |
| 2 区外の医療機関に通院している |
| 3 通院していない |

健康・医療について

問 13 あなたは、受けている医療などについて、困っていることがありますか。（〇はいくつでも）

- 1 病気や薬のことについて十分に説明してもらえない
- 2 自覚症状がうまく伝わらない
- 3 薬が合わない、副作用がある
- 4 診察までの待ち時間が長い
- 5 医療機関までの通院手段が確保しにくい
- 6 診療のための介助者がいない、または確保しにくい
- 7 障がい者を診療または入院させてくれる医療機関が少ない
- 8 医療機関のスタッフの障がいに対する理解や認識が薄い
- 9 夜間や休日に診察してもらえるところがない
- 10 受診に費用がかかる
- 11 その他 []
- 12 特にない

問 14 あなたの健康や医療について、不安や困っていることがありますか。（〇はいくつでも）

- 1 障がいの重度化や病気の悪化が不安
- 2 栄養管理がむずかしい（食べ物がのみこみにくいなど）
- 3 薬の管理（決められた量・時間などを守って服用するなど）がむずかしい
- 4 薬の副作用などが心配
- 5 障がいについての専門の医療機関がない
- 6 休日や夜間に対応してくれる医療機関がない
- 7 通院のための介助者が確保しにくい
- 8 通院のための交通機関が整備されていない
- 9 医療機関がバリアフリー化されていない
- 10 医療や健康に関して気軽に相談できない
- 11 治療の説明が十分理解できない
- 12 医療費の負担が大きい
- 13 障がいが理由で医療拒否されたことがある
- 14 その他 []
- 15 特に不安はない

サービスの利用について

問 15 あなたがこの1年間で利用したサービスはどれですか。また、これからの利用についてどのように考えていますか。⇒サービスの説明については7、8ページをごらんください

15-1 この1年間で利用したサービスについて、枠の中に○を記入してください。(○はいくつでも)

15-2 今後3年間の利用の意向を1～3の中から選び、枠の中に○を記入してください。

15-1			15-2		
	サービス名称	この1年間に利用したサービスはどれですか(○はいくつでも)	今後3年間の利用について (○はそれぞれ1つ)		
	記入例は、現在「居宅介護」を利用しており、サービスに満足していて今後3年間は利用を増やしたい場合		1 現在と同じ程度に利用したい	2 現在より利用を増やしたい、新規に利用したい	3 利用するつもりはない、またはわからない
例	(ア)居宅介護 (ホームヘルプ)	①	1	②	3
障害福祉サービス	(ア)居宅介護 (ホームヘルプ)	1	1	2	3
	(イ)重度訪問介護	2	1	2	3
	(ウ)重度障害者等包括支援	3	1	2	3
	(エ)同行援護	4	1	2	3
	(オ)行動援護	5	1	2	3
	(カ)療養介護	6	1	2	3
	(キ)生活介護	7	1	2	3
	(ク)短期入所 (ショートステイ)	8	1	2	3
	(ケ)共同生活介護 (ケアホーム)	9	1	2	3
	(コ)施設入所支援	10	1	2	3
	(サ)障害児通所支援	11	1	2	3
	(シ)自立訓練 (機能訓練)	12	1	2	3
	(ス)自立訓練 (生活訓練)	13	1	2	3
	(セ)就労移行支援	14	1	2	3
	(ソ)就労継続支援 (A型)	15	1	2	3
	(タ)就労継続支援 (B型)	16	1	2	3
	(チ)共同生活援助 (グループホーム)	17	1	2	3
	(ツ)地域移行支援	18	1	2	3
	(テ)地域定着支援	19	1	2	3
	(ト)計画相談支援	20	1	2	3

15-1			15-2		
サービス名称		この1年間に利用したサービスはどれですか(○はいくつでも)	今後3年間の利用について (○はそれぞれ1つ)		
地域生活支援事業	(ナ) コミュニケーション支援	21	1 現在と同じ程度に利用したい	2 現在より利用を増やしたい、新規に利用したい	3 利用するつもりはない、またはわからない
	(ニ) 日常生活用具の給付	22	1	2	3
	(ヌ) 移動支援	23	1	2	3
	(ネ) 地域活動支援センター	24	1	2	3
	(ノ) 訪問入浴サービス	25	1	2	3
	(ハ) 自動車改造費助成	26	1	2	3
	(ヒ) 自動車運転免許取得費助成	27	1	2	3
	(フ) 日中一時支援	28	1	2	3

「主なサービスの説明」(問 15)

(1) 居宅介護 (ホームヘルプ)

自宅で入浴、排せつ、食事の介護など行う。

(2) 重度訪問介護

肢体に重度の障がいがある人に、自宅での入浴や食事の介護、外出時の介護などを行う。

(3) 重度障害者等包括支援

介護の必要な程度が非常に高い人に、居宅介護などのサービスを包括的に提供する。

(4) 同行援護

視覚障がいなどで移動が著しく困難な人の外出時に同行して、移動に必要な情報を提供したり、移動の援護などを行う。

(5) 行動援護

常に介護が必要な人が行動する際に必要な援護や外出時における付添い、移動中の介護を行う。

(6) 療養介護

医療の必要な障がい者で常に介護が必要な人に、医療機関などで機能訓練や看護及び介護を行う。

(7) 生活介護

昼間、施設で入浴や排せつ、食事の介護を行うほか、創作的活動などの機会を提供する。

(8) 短期入所 (ショートステイ)

介護を行う人が病気などの場合、短期間施設へ入所して介護を行う。

(9) 共同生活介護 (ケアホーム)

共同生活で、入浴や排せつ、食事などの介護を行う。

(10) 施設入所支援

夜間、施設に入所している人に、入浴や排せつ、食事などの介護を行う。

(11) 障害児通所支援

・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、集団生活への適用訓練を行う。

・医療型児童発達支援

上肢、下肢又は体幹の機能の障がいのある児童発達支援及び治療を行う。

・放課後等デイサービス

授業の終了後又は休業日に、生活能力の向上のために必要な訓練などの支援を行う。

・保育所等訪問支援

保育所などを訪問し、他の児童との集団生活への適応のための専門的な支援を行う。

(12)(13) 自立訓練（機能訓練・生活訓練）

自立した日常生活や社会生活ができるよう、一定の期間、身体機能向上（機能訓練）、生活能力向上（生活訓練）のために必要な訓練などを行う。

(14) 就労移行支援

就労を希望する人に、一定の期間、知識や技術の習得のために必要な訓練などを行う。

(15)(16) 就労継続支援（A型・B型）

通常の事業所で働くことが困難な人に、就労や生産活動の機会を提供するとともに、知識や能力の向上のために必要な訓練などを行う。

〔A型〕雇用契約に基づく

〔B型〕雇用契約に基づかない

(17) 共同生活援助（グループホーム）

主として夜間に共同生活の場で、相談や日常生活上の援助を行う。

(18) 地域移行支援

施設等に入所・入院している方に、住居の確保や地域における生活に移行するための活動に関する相談などの支援を行う。

(19) 地域定着支援

居宅において単身等で生活している方に、常時の連絡体制の確保や緊急の事態等に相談等の支援を行う。

(20) 計画相談支援

相談に応じて必要な支援を提供（基本相談支援）するほか、障害福祉サービス等を利用する前のサービス等利用計画の作成や一定期間ごとのモニタリングを行う等の支援（計画相談支援）を行う。

(23) 移動支援

社会生活上不可欠な外出及び余暇活動などのための外出支援を行う。

(24) 地域活動支援センター

主に精神障がい者の自立促進の支援を行う。
また、障がい児の放課後の活動を支援する。

(25) 訪問入浴サービス

自宅へ巡回入浴車を派遣し、入浴のサービスを行う。

(28) 日中一時支援

保護者や家族など介護者の就労支援及び一時的な休息のため、障がいのある人などの日中活動の場を提供する。

問 16 **【現在サービスを利用している方はお答えください】**あなたは、現在利用しているサービスについて、満足していますか。（○は1つ）

- | | | |
|-----------|------------|---------|
| 1 満足している | 2 やや満足している | 3 ふつう |
| 4 やや不満である | 5 不満である | 6 わからない |
| 7 その他 [| |] |

サービス提供事業者について

問 17 **【現在、サービスを利用している方はお答えください】**あなたは、現在利用しているサービス提供事業者をどのようにして選びましたか。（○はいくつでも）

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1 以前から利用していた | |
| 2 区に相談して選択した | |
| 3 友人などの評判をきいて選択した | |
| 4 近所にある事業者を選択した | |
| 5 インターネットなどで探して選択した | |
| 6 複数の事業者から話をきいて、最も信頼できると判断して選択した | |
| 7 その他 [|] |

ここからは再び、すべての方におうかがいします。

問 18 あなたは、サービス事業者に対してなにか望むことがありますか。（○はいくつでも）

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1 契約にいたるまでの十分な説明 | |
| 2 点字・手話などのコミュニケーション手段の充実 | |
| 3 利用する曜日・時間帯に制約がないこと | |
| 4 サービス従事者（ホームヘルパーなど）の質の確保 | |
| 5 依頼したときにはいつでもサービスを利用できるだけの人員の確保 | |
| 6 その他 [|] |
| 7 特にない | |

ここからは再び、すべての方におうかがいします。

問 22 あなたは、障がいのある方が働くためには、どのような環境が整っていることが必要だと思いますか。（〇は3つまで）

- 1 自分の家の近くに働く場がある
- 2 自分の家の中で、働くことができる
- 3 健康状態にあわせた働き方ができる
- 4 勤務先をあっせんしたり、相談できる場が整っている
- 5 職業訓練など、技能・知識の習得を援助する施設が充実している
- 6 企業がもっと積極的に雇用する
- 7 自営業を希望する人への支援を充実させる
- 8 事業主や職場の人たちが、障がい者雇用について理解がある
- 9 職場の施設や設備が障がい者にも利用しやすく配慮されている
- 10 介助者と一緒に働ける環境を充実させる
- 11 同じような障がいのある仲間と一緒に、あるいは交替で働ける
- 12 その他 []
- 13 わからない

災害時の対応について

問 23 災害などの緊急時に、あなたをだれ（どこ）が援助してくれる人はいますか。（〇はいくつでも）

- | | | |
|------------|----------------|-----------|
| 1 同居の家族や親族 | 2 別居の家族や親族 | 3 友人・近所の人 |
| 4 自治会・町会 | 5 民生委員 | 6 消防署 |
| 7 警察署 | 8 区役所（出先機関も含む） | 9 その他 [] |
| 10 いない | 11 特に援助を必要としない | |

問 24 あなたは、災害時の安否確認や避難の手助けなどを行うための「災害時要援護者（平成26年4月から避難行動要支援者）登録制度」をご存知ですか。（〇は1つ）

- 1 すでに登録している
- 2 知っているが登録していない〔理由：]
- 3 制度を知らない

問 25 あなたが、災害が起こったときに不安に思うことは、なにですか。（〇はいくつでも）

- | | |
|-----------------|-----------|
| 1 災害の情報が伝わってこない | 2 家族との連絡 |
| 3 避難する際の不安 | 4 避難所での不安 |
| 5 その他 [|] 6 特にない |

問 26 あなたが避難所で困ると思われることは、なにですか。（〇はいくつでも）

- | | |
|------------------|----------------|
| 1 トイレのこと | 2 食事のこと |
| 3 プライバシーの保護のこと | 4 コミュニケーションのこと |
| 5 介助、介護してくれる人のこと | 6 薬、医療のこと |
| 7 補装具や日常生活用具のこと | 8 その他 [|
| 9 特にない |] |

社会参加について

問 27 障がいのある方の社会参加の機会を広げるために、あなたが地域の人に実行してほしいと思うことはなにですか。（〇は3つまで）

- | |
|--|
| 1 障がい者が困っている場面を見かけたら、一声かけて自分にできる手伝いをする |
| 2 障がい者が施設や設備を利用しやすいようにバリアフリーに配慮する |
| 3 仕事や地域活動をする上で、障がい者のことを考えて行動する |
| 4 いじめやいやがらせに配慮する |
| 5 地域の行事や活動を行う際には、障がい者に参加を呼びかける |
| 6 障がいや障がい者について学ぶ機会に参加するなど、理解を深める |
| 7 障がい団体・施設などのイベントに参加するなど、積極的に交流する |
| 8 障がい者に関するボランティア活動に参加する |
| 9 その他 [|
| 10 特にない |

将来の暮らし方について

問 28 将来（5～10年後）、あなたはどのように暮らしたいと思っていますか。（○は1つ）

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1 家族と暮らしたい | 2 一人で暮らしたい |
| 3 グループホームで暮らしたい | 4 気の合う知人や友人と暮らしたい |
| 5 結婚して家庭をつくり暮らしたい | 6 その他 [] |
| 7 わからない | |

問 29 あなたが、家族から独立して暮らす場合や、施設や病院から出て地域で暮らす場合に不安に思う（思った）ことはなにですか。（○は3つまで）

- | | |
|------------------------------|--|
| 1 地域の人、隣近所の人とうまくやっていけるか | |
| 2 いじめやいやがらせをうけるのではないか | |
| 3 困った時に相談できる場所があるか | |
| 4 家事や日常動作を支援するサービスが十分に得られるか | |
| 5 グループホームなど、支援がある施設を利用できるか | |
| 6 住居を借りることができるか（保証人がいないなど） | |
| 7 その他 [] | |
| 8 特にない | |
| 9 独立して、または退所・退院して暮らすことを希望しない | |

権利擁護・虐待防止について

問 29 あなたは、成年後見制度[※]について、知っていますか。（○は1つ）

※ 成年後見制度とは、財産管理や契約をする際、判断するのが困難な人を保護し支援する制度のことです。

- | | |
|---------------|---------------------|
| 1 名前も内容も知っている | 2 名前は知っているが、内容は知らない |
| 3 名前も内容も知らない | |

問 30 あなたは、成年後見制度を活用したいと思いますか。(○は1つ)

- 1 すでに活用している
- 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 31 これまでに、あなたやあなたの周囲で、虐待と思われることはありましたか。(○は1つ)

- 1 あった
- 2 ない → **問 33 にお進みください。**
- 3 わからない → **問 33 にお進みください。**

問 32 【問 31 で「1」と回答した方はお答えください】 そのとき、あなたは、どのような対応をされましたか。(○はいくつでも)

- 1 家族・親戚に相談した
- 2 友人・知人に相談した
- 3 利用しているサービス事業所などの支援員に相談した
- 4 福祉オンブズマンに相談した
- 5 障害者虐待防止センターに通報した
- 6 その他 []
- 7 対応しなかった

問 33 あなたは、障害者虐待防止センターがあることを知っていますか。(○は1つ)

- 1 知っている(場所など内容も含めて)
- 2 名前は知っている
- 3 知らない

問 37 あなたは、障害福祉サービス等を利用する場合、サービス等利用計画を必ず作成することになったことを知っていますか。（○は1つ）

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1 知っている、すでに作成した | 2 知っているが、まだ作成していない |
| 3 知らない | 4 その他 [] |
| 5 わからない | |

区の障がい者施策について

問 38 今後、障がい者施策を進めていくにあたって、あなたは区が特にどのようなことを充実させていけばよいと思いますか。（○はいくつでも）

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1 相談支援の充実 | |
| 2 グループホーム・ケアホームの整備 | |
| 3 入所施設などの整備、充実 | |
| 4 障がい者に配慮された住宅の建設 | |
| 5 在宅福祉サービスの充実（ホームヘルプサービスなど） | |
| 6 医療やリハビリの充実 | |
| 7 災害時の支援体制整備 | |
| 8 権利擁護や成年後見制度などを利用しやすくする | |
| 9 療育、教育など障がい児施策 | |
| 10 障がい者に対する虐待の防止 | |
| 11 働きやすい環境づくり | |
| 12 通所施設などの日中活動の場の整備、充実 | |
| 13 障害者地域自立生活支援センターの充実 | |
| 14 障がい者施策の対象となっていない障がい者に対する福祉の充実 | |
| 15 余暇活動や趣味をひろげる講座などの充実 | |
| 16 ボランティア活動の充実 | |
| 17 交通機関や建物などのバリアフリー、ユニバーサルデザインの促進 | |
| 18 手当や年金など、経済的な支援 | |
| 19 （仮称）障がい者総合サポートセンターの活用 | |
| 20 その他 [] | |
| 21 特になし | |

区の障がい者福祉施策について、ご意見等がございましたらご自由に記入ください。

--

ご協力いただきまして、ありがとうございました。

記入もれがないかお確かめの上、同封の返信用封筒にて、

12月5日（木）までにご返送いただきますよう、お願いいたします。

（切手は不要です。）

大田区障害者計画・第4期大田区障害福祉計画 策定のためのアンケート調査のお願い

日頃から、区政にご理解・ご協力いただき、ありがとうございます。

大田区では、「大田区障害者計画・第4期大田区障害福祉計画」を策定するにあたって、障がいのある方やサービス事業者の方の意向を把握するために、アンケート調査を実施することになりました。

この調査は、大田区民にサービスを提供していただいている区内の事業所を対象にいたしました。ご回答いただいた内容は、区の障がい者施策の充実のための資料としてのみ使用され、それ以外の目的で使用されることはありません。

この調査の趣旨をご理解いただき、調査へのご協力をお願いいたします。

平成25年11月

大田区福祉部障害福祉課

◆この調査票のご記入にあたってのお願い◆

- 回答は、あてはまる選択肢の番号に直接○印をつけてお答えください。
- 「その他」と回答された場合は、〔 〕内に具体的にその内容をご記入ください。
- 回答を記入していただく質問もありますので、設問の指示にしたがってご記入ください。
- ご記入いただいた調査票は、12月5日(木)までに、同封の返信用封筒にてご返送願います。(切手は不要です。)

<お問い合わせ>

大田区福祉部障害福祉課障害者支援担当(計画)

電話 03(5744)1700 Fax 03(5744)1592

事業所の概要について

問1 無記名でもかまいませんが、貴事業所の概要について差し支えない範囲でご記入ください。

事業所の名称				
事業所の所在地				
事業所の職員数	名	(常勤	名、非常勤	名)
運営主体名				
運営主体の形態	1 社会福祉法人	4 NPO		
	2 医療法人	5 株式会社・有限会社		
	3 財団・社団	6 その他 []	
本調査に関する連絡先	担当者	電話番号		
貴事業所で実施しているサービス提供量全体のうちで、障がい者に対するサービスが占める割合				%程度

問2 貴事業所が提供している障がい者(児)に対するサービス種類名、サービスごとの利用者(うち大田区民人数)を記入ください。なお、重複障がいは主たる障がいで計上してください。

(単位：人)

サービス種類名	利用者数 () 内は大田区民の人数		
	身体障がい者	知的障がい者	精神障がい者
	()	()	()
	()	()	()
	()	()	()
	()	()	()
	()	()	()

事業運営の概要について

問3 貴事業所の平成24年度の事業の収支（黒字・赤字）の状況をお答えください。（○は1つ）

- | | | |
|------------|-------------|-----------|
| 1 黒字だった | 2 ほぼ収支が均衡した | 3 やや赤字だった |
| 4 大幅な赤字だった | 5 わからない | |

問4 昨年度に比べて、貴事業所における新規のサービス提供依頼者数の動向をお答えください。（○は1つ）

- | | | |
|--------------|------------|---------|
| 1 かなり増えてきている | 2 増えてきている | 3 変わらない |
| 4 減っている | 5 かなり減っている | |

問5 【問4で「1 かなり増えてきている」「2 増えてきている」とした事業所にお聞きします】 サービス提供依頼者数の増加に対応できているかをお答えください。（○は1つ）

- | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------|
| 1 対応できている | 2 対応できていない（断っている）ことが時々ある | 3 対応がまったくできない状況にある |
|-----------|--------------------------|--------------------|

問6 貴事業所のサービスの質の評価に関する取り組み状況についてお答えください。（○は各項目それぞれ1つ）

	1	2	3	4
	定期的	今後、実施・	検討中である	実施・受ける
	に実	受ける予定で		予定はない
	施・受けて	ある		
(ア) サービスの質の自己評価	1	2	3	4
(イ) 利用者からの評価	1	2	3	4
(ウ) 第三者評価	1	2	3	4



問7 **【第三者評価について「4 実施・受ける予定はない」事業所にお聞きします】**その理由をお答えください。(〇はいくつでも)

1 費用がかかりすぎる	2 メリットを感じない
3 対象になってない	4 その他 ()

問8 次の項目についての貴事業所の対応状況をお答えください。(〇は各項目それぞれ1つ)

1	2	3	4
十分に 行っている	ある程度 行っている	あまり 行っていない	行っていない

【対応】

(ア) 苦情・相談の把握・対応	1	2	3	4
(イ) 苦情の原因分析とサービスへのフィードバック	1	2	3	4

【事故等への対応】

(ウ) サービス提供時の事故発生に対する対応マニュアルの整備	1	2	3	4
(エ) サービス提供時の事故発生の原因分析とサービスへのフィードバック	1	2	3	4
(オ) 感染症予防や発生時の対応マニュアルの整備	1	2	3	4
(カ) 感染症予防対策	1	2	3	4
(キ) 災害時対応マニュアルの作成	1	2	3	4
(ク) 支援困難者への対応	1	2	3	4

【職員教育・研修】

(ケ) サービス提供者としての基本姿勢・介護理念の徹底・教育	1	2	3	4
(コ) 職員のマナーやコミュニケーション技術の教育	1	2	3	4
(サ) 職員の介護技術の向上に関する研修参加	1	2	3	4

1	2	3	4
十分に できている	まあ できている	あまり できていない	できて いない

【契約】

(シ) 利用者への重要事項の説明	1	2	3	4
------------------	---	---	---	---

(ス) 利用者との文書による契約の締結	1	2	3	4
---------------------	---	---	---	---

【情報管理】

(セ) 個人情報の管理と保護の徹底	1	2	3	4
-------------------	---	---	---	---

(ソ) 制度に関する最新情報の取得	1	2	3	4
-------------------	---	---	---	---

(タ) 事業所の情報公開への取り組み	1	2	3	4
--------------------	---	---	---	---

問9 利用者や家族から貴事業所に寄せられる苦情の内容をお答えください。(○は多いものから5つまで)

- 1 サービスの質や内容に関すること
- 2 従事者（サービス提供者）の態度や言葉づかい等に関すること
- 3 従事者（サービス提供者）の介護技術に関すること
- 4 サービス提供にかかる他機関との連携等に関すること
- 5 サービス利用等の手続きに関すること
- 6 制度やサービスの説明に関すること
- 7 事故やその後の対応に関すること
- 8 重要事項説明や契約に関すること
- 9 情報管理に関すること
- 10 利用料に関すること
- 11 その他 []
- 12 特に苦情はない→ **問11にお進みください。**

問10 利用者や家族から貴事業所に寄せられる苦情に対して、どのような対応をされましたか。

問 11 貴事業所が事業を運営する上での主な課題をお答えください。(〇は3つまで)

- 1 新規利用者の獲得が困難
- 2 利用者一人当たりの利用量が少ない
- 3 設備・スタッフなどが不足し、利用者のニーズに応えられない
- 4 利用者や家族がサービスをよく理解していない
- 5 利用者の身体状況の把握がむずかしい
- 6 利用者からの苦情や事故への対応
- 7 訪問や送迎が非効率(エリアが広いなど)
- 8 スタッフの確保
- 9 スタッフの人材育成
- 10 責任者など中堅人材の確保・育成
- 11 他のサービス事業所との競合が激しい
- 12 他のサービス事業所との連携
- 13 医療機関との連携
- 14 報酬単価が低い
- 15 その他 []
- 16 特に課題はない

問 12 貴事業所では、人材を確保するためにどのような取り組みを行っているかをお答えください。(〇はいくつでも)

- 1 賃金の改善
- 2 資格取得にかかる費用の助成
- 3 福利厚生の充実
- 4 ホームページ等での広報
- 5 実習生・研修生の積極的な受け入れ
- 6 法人間での人事異動の実施
- 7 求人広告等
- 8 その他 []

問 13 貴事業所では、人材を育成するためにどのような取り組みを行っているかをお答えください。(〇はいくつでも)

- | | |
|-----------|------------------|
| 1 OJTの実施 | 2 内部・外部研修・研究会の実施 |
| 3 資格取得支援 | 4 人事評価制度の実施 |
| 5 その他 [] | |

今後の事業展開について

調査票

問 17 貴事業所における平成 24 年度のサービス事業量の実績と、平成 25～27 年度のサービス事業見込み量をわかる範囲でお答えください。サービス事業量は、平成 24 年度実績から月平均の利用実績をご記入ください。

サービス種類	サービス事業量			
	平成 24 年度 実績 (月平均)	平成 25 年度 見込み	平成 26 年度 見込み	平成 27 年度 見込み
居宅介護	時間	時間	時間	時間
重度訪問介護	時間	時間	時間	時間
行動援護	時間	時間	時間	時間
同行援護	時間	時間	時間	時間
重度障害者等包括支援	時間	時間	時間	時間
移動支援	時間	時間	時間	時間
生活介護	人	人	人	人
自立訓練 (機能訓練)	人	人	人	人
自立訓練 (生活訓練)	人	人	人	人
就労移行支援	人	人	人	人
就労継続支援 (A型)	人	人	人	人
就労継続支援 (B型)	人	人	人	人
療養介護	人	人	人	人
短期入所	日	日	日	日
共同生活介護	人	人	人	人
共同生活援助	人	人	人	人
施設入所支援	人	人	人	人
計画相談支援	人	人	人	人
児童発達支援	人	人	人	人
医療型児童発達支援	人	人	人	人
放課後等デイサービス	人	人	人	人
保育所等訪問支援	人	人	人	人
その他 ()				

※サービス種類が計画相談支援、地域移行支援、地域定着支援、移動支援の場合は「その他」にご記入ください。移動支援の単位は「時間」でご記入ください。

大田区障害者計画・第4期大田区障害福祉計画策定のための アンケート調査報告書

発行年月 平成26年2月
発行 大田区 福祉部 障害福祉課
〒144-8621 大田区蒲田5-13-14
電話 03(5744)1700

編集 株式会社 サーベイリサーチセンター
〒116-8581
荒川区西日暮里2-40-10
電話 03(3802)6711