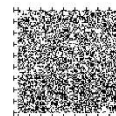


## 第七期小平市障害福祉計画・第三期小平市障害児



### 福祉計画策定のための意識調査

市民の皆様には、日頃から市政運営にご理解、ご協力をいただき、誠にありがとうございます。

小平市では、来年度策定を予定しております「第七期小平市障害福祉計画・第三期小平市障害児福祉計画（令和6～8年度）」の基礎資料とするために、アンケート調査を実施いたします。（「第七期小平市障害福祉計画・第三期小平市障害児福祉計画」については、最終ページをご覧ください。）

このアンケートは、障がいのある方々の日頃の生活状況や市の障害福祉施策に対するご意見、ご希望などをおきかせいただき、計画策定に活用させていただくためのものです。

この調査の対象として、小平市にお住まいの「身体障害者手帳」をお持ちの方に本調査票を送付させていただきました。調査は無記名で行い、調査結果はすべて統計的な数値として取りまとめますので、どうぞありのままの状況やご意見を、一人でも多くの皆様からおきかせいただきたいと存じます。ご多忙の折大変恐縮ですが、調査の趣旨をおくみとりいただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和4年10月

小平市長 小林 洋子

#### <ご記入にあたってのお願い>

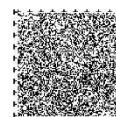
1. この調査票は、ご本人（宛名の方）と、その方を介助・支援している方に回答をお願いするものです。介助・支援している方にお答えいただく質問は 17、18 ページとなっており、それ以外の質問にはできるだけご本人がお答えください（ご本人がお答えになるのが難しい場合には、ご家族の方や支援者の方などがご本人のご意向を考えてご記入いただいてもかまいません）。
2. 名前や住所を書く必要はありません。
3. 質問によっては回答する方を限定しているものもありますので、質問の順にお答えください。
4. お答えは、あなたのお考えに最も近いと思われる回答を、質問文最後の（ ）内に示された数の範囲で選び、その番号を○で囲んでください。
5. 「その他（ ）」に○をつけたときは、（ ）内に具体的な内容をご記入ください。
6. ご記入はボールペン、万年筆、鉛筆などで、黒または青色でお書きください。
7. 記入が終わりましたら、**11月24日（木）**までに同封の返信用封筒に入れて、切手を貼らずに、郵便ポストへご投函ください。

※このアンケートについてのご質問は、下記へお問い合わせください。

小平市 健康福祉部 障がい者支援課

電話：042（346）9540 FAX：042（346）9541

メールアドレス：syogaisyashien@city.kodaira.lg.jp



問1 このアンケートにご記入いただく方はどなたですか。 (1つに○)

- |                       |
|-----------------------|
| 1. 本人                 |
| 2. 家族や支援者が本人にきいて代筆    |
| 3. 家族や支援者が本人の意向を考えて記入 |

### 【あなたご自身についてうかがいます】

問2 あなたは何歳ですか。(あなたとは、障がいのある方ご自身のことをいいます。)

令和4年10月1日現在で 満  歳

問3 性別はどちらですか。 (1つに○)

- |      |      |            |
|------|------|------------|
| 1. 男 | 2. 女 | 3. その他・無回答 |
|------|------|------------|

問4 身体障害者手帳の等級は何級ですか。 (1つに○)

- |       |       |       |
|-------|-------|-------|
| 1. 1級 | 2. 2級 | 3. 3級 |
| 4. 4級 | 5. 5級 | 6. 6級 |

問5 主な身体障がいは次のうちどれですか。 (1つに○)

- |               |          |            |
|---------------|----------|------------|
| 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 | 5. 下肢障がい | 6. 上肢障がい   |
| 7. 体幹障がい      | 8. 内部障がい |            |

問6 主な身体障がい以外に重複する身体障がいは次のうちどれですか。  
(あてはまるものすべてに○)

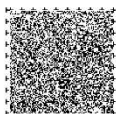
- |               |          |             |
|---------------|----------|-------------|
| 1. 視覚障がい      | 2. 聴覚障がい | 3. 平衡機能障がい  |
| 4. 音声・言語・そしゃく | 5. 下肢障がい | 6. 上肢障がい    |
| 7. 体幹障がい      | 8. 内部障がい | 9. 重複障がいはない |

問7 あなたは、必要な医療的ケアはありますか。 (あてはまるものすべてに○)

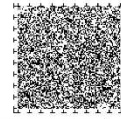
- |              |               |             |
|--------------|---------------|-------------|
| 1. 人工呼吸器     | 2. 気管切開       | 3. 吸引       |
| 4. 在宅酸素      | 5. 経管栄養       | 6. ストーマ     |
| 7. 膀胱留置カテーテル | 8. 点滴(IVHを含む) | 9. インシュリン注射 |
| 10. 人工透析     | 11. その他( )    | 12. 必要ない    |

問8 療育手帳(愛の手帳)または精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |                            |
|----------------------------|
| 1. 愛の手帳をお持ち(程度: )度)        |
| 2. 精神障害者保健福祉手帳をお持ち(等級: )級) |
| 3. どちらも持っていない              |



問9 あなたは、下記のいずれかにあてはまりますか。(あてはまるものすべてに○)



- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| 1. 指定難病の認定を受けている(病名: ) | )                        |
| 2. 発達障がい※1がある(診断名: )   | )                        |
| 3. 高次脳機能障がい※2がある       | 4. 自立支援医療制度(精神通院)を利用している |
| 5. あてはまるものはない          | 6. わからない                 |

※1 発達障害者支援法において、発達障がいは「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害」などとされています。

※2 交通事故や脳血管疾患などによる脳損傷を起因とする記憶・注意・思考・言語などの認知障がいで、日常生活や社会生活への適応に困難を有する場合もあります

**(年齢が40歳以上の方にうかがいます。)**

問10 現在、介護保険の認定を受けていますか。(1つに○)

- |           |         |         |         |
|-----------|---------|---------|---------|
| 1. 受けていない | 2. 要支援1 | 3. 要支援2 | 4. 要介護1 |
| 5. 要介護2   | 6. 要介護3 | 7. 要介護4 | 8. 要介護5 |

**(年齢が40歳以上の方にうかがいます。)**

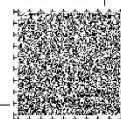
問11 以下の介護保険サービスの中で、あなたが利用しているものはどれですか。(あてはまるものすべてに○)

- |                            |                      |               |
|----------------------------|----------------------|---------------|
| 《居宅サービス》                   |                      |               |
| 1. 訪問介護(ホームヘルプ)            | 2. 訪問入浴介護            | 3. 訪問看護       |
| 4. 訪問リハビリテーション             | 5. 居宅療養管理指導          | 6. 福祉用具貸与     |
| 7. 通所リハビリテーション(デイケア)       |                      | 8. 特定福祉用具購入   |
| 9. 通所介護(デイサービス)            |                      | 10. 住宅改修費支給   |
| 11. ショートステイ(短期入所生活介護・療養介護) |                      |               |
| 《地域密着型サービス》                |                      |               |
| 12. 小規模多機能型居宅介護            | 13. 看護小規模多機能型居宅介護    |               |
| 14. 夜間対応型訪問介護              | 15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |               |
| 16. 認知症対応型通所介護             | 17. 小規模特別養護老人ホーム     |               |
| 18. 地域密着型通所介護(小規模デイサービス)   | 19. 認知症グループホーム       |               |
| 《施設サービス》                   |                      |               |
| 20. 特別養護老人ホーム              | 21. 介護老人保健施設         | 22. 介護療養型医療施設 |
| 23. 介護医療院                  | 24. 有料老人ホーム          |               |
| 《介護予防・日常生活支援総合事業》          |                      |               |
| 25. 介護予防・生活支援サービス事業(訪問型)   |                      |               |
| 26. 介護予防・生活支援サービス事業(通所型)   |                      |               |

**【あなたの生活についてうかがいます】**

問12 あなたは、どのようなかたちで暮らしていますか。週末だけ家に帰るような場合は、平日の状態について回答してください。(1つに○)

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. ひとりで暮らしている         | 2. 家族・親族と一緒に暮らしている    |
| 3. 友達など知り合いと一緒に暮らしている | 4. グループホームで暮らしている     |
| 5. 障がい者の入所施設で暮らしている   | 6. 介護保険(高齢者)施設で暮らしている |
| 7. 入院している             |                       |
| 8. その他( )             |                       |



**(問 12 で「2」とお答えの方にはうかがいます。)**

問 12-1 あなたと同居している家族・親族は誰ですか。(あてはまるものすべてに○)

- |                |             |         |
|----------------|-------------|---------|
| 1. 配偶者 (夫または妻) | 2. 父        | 3. 母    |
| 4. 子           | 5. 子の配偶者    | 6. 兄弟姉妹 |
| 7. 祖父母         | 8. その他の親族 ( | )       |

**(年齢が 18 歳以上の方にはうかがいます。)**

問 13 あなたにはどのような収入がありますか。 (あてはまるものすべてに○)

- |                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| 1. 一般就労による給料           | 2. 事業収入 (自営業や農業など)  |
| 3. 作業所などからの給料 (工賃)     | 4. 年金               |
| 5. 手当 (小平市心身障害者福祉手当など) | 6. 家族からの援助 (仕送りなど)  |
| 7. 生活保護                | 8. 財産収入 (利子や家賃収入など) |
| 9. その他 (               | ) 10. 収入はない         |

問 14 現在、あなたが特に困ったり、不安に思っていることは何ですか。

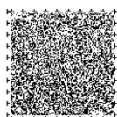
(あてはまるものすべてに○)

- |                   |                  |
|-------------------|------------------|
| 1. 住む場所のこと        | 2. 就職や仕事のこと      |
| 3. お金のこと          | 4. 進学や勉強のこと      |
| 5. 障がいや病気 (薬) のこと | 6. 福祉サービスのこと     |
| 7. 困ったときの相談先のこと   | 8. 外出のこと         |
| 9. 家族のこと          | 10. 家族以外の人間関係のこと |
| 11. 近所づきあいのこと     | 12. 趣味や生きがいのこと   |
| 13. 災害時や緊急時のこと    | 14. その他          |
| 15. 特に困っていることはない  | (                |

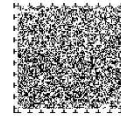
問 15 あなたの相談相手は誰ですか。

(あてはまるものすべてに○)

- |                           |                  |
|---------------------------|------------------|
| 1. 家族や親族                  | 2. 友人・知人         |
| 3. 近所の人                   | 4. 市役所、保健所       |
| 5. ホームヘルパー                | 6. 施設の職員         |
| 7. 医療機関 (病院・診療所など)        | 8. 障がい者団体        |
| 9. 民生委員児童委員               | 10. 障害者相談員       |
| 11. 学校の先生                 | 12. 職場の人         |
| 13. 相談機関 (あさやけ、ひびき、ほっとなど) | 14. ケアマネジャー      |
| 15. その他 (                 | ) 16. 相談できる人はいない |



問 16 あなたが必要とする支援はどのようなことですか。(あてはまるものすべてに○)



- |                    |                         |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 食事をとること         | 2. 身の回りの掃除、洗濯、食事の用意     |
| 3. 着替え(身だしなみ)      | 4. トイレ                  |
| 5. 入浴              | 6. 寝返り                  |
| 7. 家の中での移動         | 8. 買い物                  |
| 9. 外出              | 10. コミュニケーション           |
| 11. 各種手続き(書類を書くなど) | 12. 服薬管理                |
| 13. 金銭管理           | 14. 相談(サービスや困りごとなどについて) |
| 15. その他( )         | 16. 特に必要としていない          |

問 17 仕事(学校)や家事以外の自由時間をどのように過ごしていますか。(あてはまるものすべてに○)

- |                |                     |
|----------------|---------------------|
| 1. 心身の疲労回復     | 2. 家族との団らん          |
| 3. 友人とのつきあい    | 4. テレビ・ラジオ・新聞・ビデオ   |
| 5. インターネット・SNS | 6. 仕事や学校の学習・勉強      |
| 7. 趣味          | 8. スポーツ             |
| 9. ショッピング      | 10. 町内会・子ども会などの地域活動 |
| 11. サークル活動     | 12. 学童クラブ           |
| 13. 障害児通所施設    | 14. 外出              |
| 15. 過ごす場がない    | 16. その他( )          |

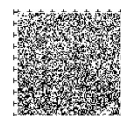
問 18 3年後には、誰とどのようなかたちで暮らしていきたいですか。(1つに○)

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1. ひとりで暮らしたい         | 2. 家族・親族と一緒に暮らしたい    |
| 3. 友達など知り合いと一緒に暮らしたい | 4. グループホームで暮らしたい     |
| 5. 障がい者の入所施設で暮らしたい   | 6. 介護保険(高齢者)施設で暮らしたい |
| 7. その他( )            | 8. わからない             |

**(問 18 で「1」から「4」のいずれかをお答えの方に向かっていきます。)**

問 18-1 あなたが、地域で生活しつづける、または、今後地域で生活するために必要なことは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1. 相談支援体制の充実                            | 2. 情報提供                 |
| 3. グループホームの整備                           | 4. ホームヘルプサービスの充実        |
| 5. 就労支援の充実                              | 6. 日中活動の場の確保            |
| 7. 外出手段の確保                              | 8. 緊急時、災害時等の支援体制        |
| 9. 住宅のバリアフリー化                           | 10. 身近な医療機関の確保          |
| 11. 経済的支援                               | 12. 地域の理解               |
| 13. 住宅確保のための支援(障がい者が使いやすい民間賃貸住宅のあっせんなど) | 14. 地域で生活するための体験機会などの充実 |
| 15. わからない                               | 16. 特に必要なことはない          |
| 17. その他( )                              |                         |



## 【日中の過ごし方についてうかがいます】

問 19 平日の昼間を主にどこで（何をして）過ごしていますか。 （1つに○）

《就学前の方》		
1. 保育園	2. 幼稚園	3. 認定こども園
4. 障害児通所施設	5. 自宅	
《学校へ通っている方（在籍している方）》		
6. 特別支援学校（小・中・高）	7. 特別支援学級（固定級）	
8. 普通学級と特別支援学級（通級）	9. 普通学級と特別支援教室	
10. 普通学級（小・中・高）	11. 大学・短大・専門学校	
《学校を卒業している方》		
12. 職場（作業所など「福祉的就労※」の場も含む）		
13. サークル活動やボランティア活動		
14. 障害者通所施設（生活介護、機能訓練など）		
15. 高齢者のデイサービス・デイケア施設	16. 入所施設	
17. 病院（入院している）	18. 自宅（家事・育児などを含む）	
19. その他（ ）		

※「福祉的就労」：ここでは、障害者総合支援法における「就労移行支援」「就労継続支援A・B型」の利用を指しています。

### （問 19 で「12」とお答えの方にはうかがいます。）

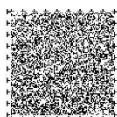
問 19-1 あなたは、どのような就労形態で働いていますか。 （1つに○）

1. 正社員	2. パート・アルバイト
3. 作業所などでの福祉的就労	4. 家の仕事の手伝い
5. 自営業	6. その他（ ）

### （問 19 で「12」とお答えの方にはうかがいます。）

問 19-2 仕事（福祉的就労を含む）につくきっかけは何でしたか。 （1つに○）

1. ハローワークの紹介	2. 就労・生活支援センターほっと
3. 相談機関（地域生活支援センターあさやけ・地域自立生活支援センターひびきなど）	5. 学校での進路指導・実習
4. 就労移行支援など福祉的就労	7. 知人の紹介
6. 職業訓練校などの指導・紹介	9. 障がい者団体の紹介
8. 親族の紹介	11. 新聞・広告などで自分で探した
10. 親の後を継いだなど	
12. その他（ ）	



**(問 19 で「12」とお答えの方にはうかがいます。)**

問 19-3 仕事（福祉的就労を含む）をするうえで困っていることはありますか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 給料が少ない         | 2. 仕事が難しい         |
| 3. 仕事がきつい         | 4. 仕事が少ない         |
| 5. 自分に合った内容の仕事がない | 6. 職場の人間関係が難しい    |
| 7. 職場での身分が不安定     | 8. トイレなどの設備が使いにくい |
| 9. 昇給や昇進が平等でない    | 10. 通勤が大変         |
| 11. 障がいへの理解がない    | 12. 相談相手がいない      |
| 13. その他 ( )       | 14. 特に困っていることはない  |

**(問 19 で「13」から「18」のいずれかをお答えの方にはうかがいます。)**

問 19-4 どのような支援があれば、働きたいと思いますか。(あてはまるものすべてに○)

- |                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| 1. 就職の相談や仕事の紹介などの支援           |           |
| 2. 働きながら悩みや困ったことを相談できる        |           |
| 3. ジョブコーチなど就労定着支援・職場訪問など継続的支援 |           |
| 4. 職場体験や実習訓練の機会や場所の拡充         |           |
| 5. 職場の環境や仕事の内容、時間などの配慮        |           |
| 6. その他 ( )                    |           |
| 7. 働くことは難しい                   | 8. 働きたくない |

**(年齢が 15 歳以上の方にはうかがいます。)**

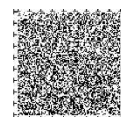
問 20 3年後に働いているとしたら、どのような働き方をしたいですか。(1つに○)

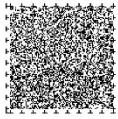
- |                                     |                        |
|-------------------------------------|------------------------|
| 1. 今のままでよい                          | 2. 正社員として働きたい          |
| 3. 臨時・パート・アルバイトで自分の生活時間に合わせた働き方をしたい |                        |
| 4. 自宅で仕事がしたい                        | 5. 作業所など(「福祉的就労」)で働きたい |
| 6. 自営業を営みたい                         | 7. その他 ( )             |
| 8. 働くことは難しい                         | 9. 働きたくない              |

**【外出状況についてうかがいます】**

問 21 外出するときは主にどなたと一緒に出かけますか。(1つに○)

- |                    |           |
|--------------------|-----------|
| 1. ほとんどひとりで外出する    | 2. 家族・親族  |
| 3. 近所の人            | 4. 友人・知人  |
| 5. ホームヘルパー・ガイドヘルパー | 6. ボランティア |
| 7. その他 ( )         |           |





問 22 外出するとき困難に思われることはどれですか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 支援者がいない            | 2. 交通機関がない           |
| 3. 経費がかかる             | 4. 車などが多く危険を感じる      |
| 5. 人目が気になる            | 6. 駅などにエレベーターなどが少ない  |
| 7. 会話が困難              | 8. 道路に段差が多い          |
| 9. 案内板がわかりにくい         | 10. 音の出る信号機がない(少ない)  |
| 11. 障がい者用のトイレがない(少ない) | 12. 障がい者用駐車場がない(少ない) |
| 13. その他( )            |                      |

問 23 通勤、通学、通院を除く外出状況は次のうちどれですか。  
(一番近いもの1つに○)

- |         |           |           |
|---------|-----------|-----------|
| 1. ほぼ毎日 | 2. 週に1～3回 | 3. 月に2～3回 |
| 4. 年に数回 | 5. 全くない   |           |

### 【災害時の対応についてうかがいます】

問 24 地震や火事など災害時の避難についてうかがいます。(1つに○)

- |                     |                |
|---------------------|----------------|
| 1. ひとりで避難できる        | 2. ひとりでは避難できない |
| 3. 家族や支援者の手助けで避難できる | 4. その他( )      |

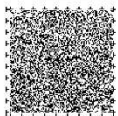
問 25 あなたは、災害時の対策を立てていますか。(あてはまるものすべてに○)

- |                                      |                  |
|--------------------------------------|------------------|
| 1. 避難場所がわかる                          | 2. 家族と避難方法を決めている |
| 3. 近所の人に災害時の手助けを頼んである                |                  |
| 4. 食糧や水などの防災用品を用意している                |                  |
| 5. 必要な薬、補装具、医療器具などはすぐに持ち出せるように準備している |                  |
| 6. 家具に転倒防止の対策をしている                   |                  |
| 7. 年1回は避難訓練に参加している                   |                  |
| 8. 「避難行動要支援者登録名簿※1」に登録している           |                  |
| 9. 「ヘルプカード※2」を利用している                 |                  |
| 10. その他( )                           |                  |
| 11. 特に対策を立てていない                      |                  |

※1 「避難行動要支援者登録名簿」：災害時に自力で避難することが難しい方の情報を名簿に登録し、その情報を市の防災危機管理課や小平消防署などで共有し、災害などのときに利用することを目的としています。

※2 「ヘルプカード」：障がいのある方が、災害時や緊急時、または外出先で何か困ったときに、周囲に手助けを求められるよう、「氏名」「緊急連絡先」「必要な支援」を記載したカードです。

◆災害時の避難生活のことなどについて、ご意見等ございましたら、最終ページの自由回答欄にご記入ください。





## 【情報の入手についてうかがいます】

問 26 福祉関連の情報を主にどこから入手していますか。(あてはまるものすべてに○)

- |                          |                 |               |
|--------------------------|-----------------|---------------|
| 1. 都や市などの広報              | 2. 学校・職場・施設     | 3. テレビ・ラジオ・新聞 |
| 4. インターネット・SNS           | 5. 病院・診療所       | 6. 障がい者団体     |
| 7. 家族・親族                 | 8. 市や保健所の窓口     | 9. 障害者相談員     |
| 10. 相談機関（あさやけ、ひびき、ほっとなど） | 11. ヘルパー・ボランティア |               |
| 12. その他（                 |                 | ）             |

問 27 市や公的機関から入手した福祉関連の情報は、わかりやすいものになっていますか。(1つに○)

- |           |           |              |
|-----------|-----------|--------------|
| 1. わかりやすい | 2. わかりにくい | 3. どちらともいえない |
|-----------|-----------|--------------|

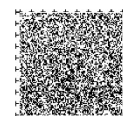
**(問 27 で「2」とお答えの方にはうかがいます。)**

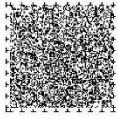
問 27-1 どのような点が理解しにくいですか。(あてはまるものすべてに○)

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. 情報が多すぎる                     |   |
| 2. 情報の内容が難しすぎる                 |   |
| 3. 医療、保健、福祉の連携不足でわかりにくい        |   |
| 4. 手話通訳、要約筆記、音訳、点訳などの情報ツールが未整備 |   |
| 5. その他（                        | ） |

問 28 福祉関連情報の入手について困っていることはありますか。(あてはまるものすべてに○)

- |  |   |
|--|---|
| 1. どこに情報があるかわからない                        |   |
| 2. 情報の内容が難しい                             |   |
| 3. デイジー版、点字版、録音テープ・CD、音声コードなどによる情報提供が少ない |   |
| 4. パソコンなどの使い方がわからないため、インターネット・SNSが利用できない |   |
| 5. パソコンなどを持っていないため、インターネット・SNSが利用できない    |   |
| 6. その他（                                  | ） |
| 7. 特に困っていない                              |   |



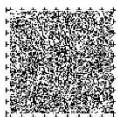


## 【障害福祉サービスについてうかがいます】

問 29 障害福祉サービス\*の利用状況と満足度等についておたずねします。

- A. 現在、利用しているサービスに○をつけてください。  
 B. 利用しているサービスに満足していますか。(あてはまる番号に○)  
 C. 不満なサービスは、その理由を 10 ページの下の欄から選んでご記入ください。(あてはまるものすべてを選んでください)  
 D. 現在は利用していないが、今後利用したいサービスに○をつけてください。  
 ※ 障がいのある方向けの全国共通のサービスです。

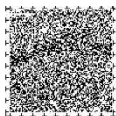
サービス名		内 容
ヘルパー	1 居宅介護	ヘルパーが家に行き、入浴、食事の用意、部屋の掃除、洗濯など、身の回りの手伝いをします。
	2 重度訪問介護	ヘルパーが常に介護が必要な、体に重い障がいのある人の家に行き、日常生活や外出の手伝いをします。
	3 同行援護	視覚障がい児・者で移動が非常に難しい人の外出の手伝いをします。
	4 行動援護	知的、精神障がいのある人が安心して外出し、活動ができるよう手伝います。
	5 重度障害者等包括支援	常に介護を必要とする重い障がいのある人が生活するために必要なサービスを組み合わせて提供します。
雇間の活動	6 生活介護	常に介護を必要とする重い障がいのある人の食事や入浴などを手伝い、創作的活動や生産活動の機会を提供します。
	7 自立訓練（機能訓練）	自立した日常生活を送るため、一定期間、体をうまく動かすことができるようにする訓練を行います。
	8 自立訓練（生活訓練）	地域での生活に困らないように、一定期間、自分の身の回りのことができるようにする訓練を行います。
	9 就労移行支援	会社に就職するために必要な知識や能力を身につけるための訓練を行います。
	10 就労継続支援（A型）	会社で働くことが難しい人に、会社以外の事業所で、雇用契約を結び、働く機会を提供します。
	11 就労継続支援（B型）	会社で働くことが難しい人に、会社以外の事業所で、雇用契約を結ばず、支援を受けながら働くことのできる機会を提供します。
	12 就労定着支援	一般就労への移行に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家族との連絡調整や指導・助言等を行います。
	13 療養介護	医療と常に介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、看護、介護などを行います。
	14 短期入所（ショートステイ）	家族の用事や休養のため、短期間、施設で食事や入浴などの手伝いをします。

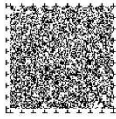


サービス名	A	B					C	D
	利用している	利用している場合いずれかに○					B欄で「やや不満」「不満」である理由（下の選択肢からいくつでもお選びください）	今後利用したい
		満足	やや満足	ふつう	やや不満	不満		
記入例) 居宅介護	○	1	2	3	④	5	1、5	
1 居宅介護		1	2	3	4	5		
2 重度訪問介護		1	2	3	4	5		
3 同行援護		1	2	3	4	5		
4 行動援護		1	2	3	4	5		
5 重度障害者等包括支援		1	2	3	4	5		
6 生活介護		1	2	3	4	5		
7 自立訓練（機能訓練）		1	2	3	4	5		
8 自立訓練（生活訓練）		1	2	3	4	5		
9 就労移行支援		1	2	3	4	5		
10 就労継続支援（A型）		1	2	3	4	5		
11 就労継続支援（B型）		1	2	3	4	5		
12 就労定着支援		1	2	3	4	5		
13 療養介護		1	2	3	4	5		
14 短期入所（ショートステイ）		1	2	3	4	5		

（「C欄」に記入する理由はここからお選びください）

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1. 回数や時間が足りない        | 2. 利用料が高い            |
| 3. サービス提供事業者が少ない     | 4. 利用の日時があわない        |
| 5. サービス内容（技術）に不安を感じる | 6. サービス提供事業者の対応がよくない |
| 7. 事業者と家族との連携が取れてない  | 8. その他               |

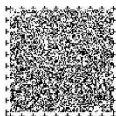




(問 29 の続き)

- A. 現在、利用しているサービスに○をつけてください。
- B. 利用しているサービスに満足していますか。(あてはまる番号に○)
- C. 不満なサービスは、その理由を 12 ページの下の欄から選んでご記入ください。(あてはまるものすべてを選んでください)
- D. 現在は利用していないが、今後利用したいサービスに○をつけてください。

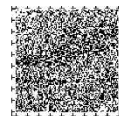
サービス名		内 容
住まい	15 共同生活援助 (グループホーム)	障がいのある人たちが一緒に暮らすアパートや家で、夜間や休日に、世話人が日常生活の手伝いをします。
	16 施設入所支援	入所している施設で、夜間や休日に、食事や入浴などの手伝いをします。
	17 自立生活援助	施設入所やグループホームに入居していた人などに対し、定期的な居宅訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行います。
相談	18 計画相談支援	障害福祉サービス等を利用する人に、サービス等利用計画(利用のためのプラン)などを作成し、サービス提供事業者との連絡・調整、モニタリング(見直し)を行います。
	19 地域移行支援	施設で暮らしている人や入院をしている人が地域での暮らしを始めるとき、相談や住むところの確保などの支援をします。
	20 地域定着支援	ひとり暮らしをしている人や、家庭の状況などにより同居している家族による支援を受けられない人といつでも連絡をとれるようにして、緊急時の連絡・相談などの支援を行います。
子ども	21 児童発達支援 (障害児通所支援)	障がい児に、日常生活で体をうまく動かすための指導、知識技能の習得、集団生活に馴染むための訓練を行います。
	22 医療型児童発達支援 (障害児通所支援)	体の不自由な障がい児に、児童発達支援と治療を行います。
	23 居宅訪問型 児童発達支援	重度の障がい等のために外出が困難な児童に対し、居宅を訪問し、児童発達支援を行います。
	24 放課後等 デイサービス (障害児通所支援)	学校に通う障がい児に、放課後や夏休みなどの長期休暇中、自分の身のまわりのことができるようになるための訓練などを継続的に提供します。
	25 保育所等訪問支援 (障害児通所支援)	障がい児が集団生活をしている施設を訪問し、その施設での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などを行います。
	26 障害児相談支援	障害児通所支援を利用する人に、障害児支援利用計画(利用のためのプラン)などを作成し、サービス提供事業者との連絡・調整、モニタリング(見直し)を行います。

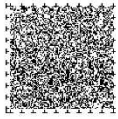


サービス名	A	B					C	D
	利用している	利用している場合いずれかに○					B欄で「やや不満」「不満」である理由（下の選択肢からいくつでもお選びください）	今後利用したい
		満足	やや満足	ふつう	やや不満	不満		
記入例) 共同生活援助	○	1	2	3	④	5	1、5	
15 共同生活援助（グループホーム）		1	2	3	4	5		
16 施設入所支援		1	2	3	4	5		
17 自立生活援助		1	2	3	4	5		
18 計画相談支援		1	2	3	4	5		
19 地域移行支援		1	2	3	4	5		
20 地域定着支援		1	2	3	4	5		
21 児童発達支援（障害児通所支援）		1	2	3	4	5		
22 医療型児童発達支援（障害児通所支援）		1	2	3	4	5		
23 居宅訪問型児童発達支援		1	2	3	4	5		
24 放課後等デイサービス（障害児通所支援）		1	2	3	4	5		
25 保育所等訪問支援（障害児通所支援）		1	2	3	4	5		
26 障害児相談支援		1	2	3	4	5		

（「C欄」に記入する理由はここからお選びください）

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1. 回数や時間が足りない        | 2. 利用料が高い            |
| 3. サービス提供事業者が少ない     | 4. 利用の日時があわない        |
| 5. サービス内容（技術）に不安を感じる | 6. サービス提供事業者の対応がよくない |
| 7. 事業者と家族との連携が取れてない  | 8. その他               |

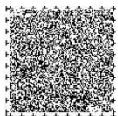




問 30 問 29 の障害福祉サービスのほか、小平市では下記の枠内に示すサービス（地域生活支援事業など）を実施しています。その利用状況と満足度等についておたずねします。

- A. 現在、利用しているサービスに○をつけてください。
- B. 利用しているサービスに満足していますか。（あてはまる番号に○）
- C. 不満なサービスは、その理由を 14 ページの下の欄から選んでご記入ください。（あてはまるものすべてを選んでください）
- D. 現在は利用していないが、今後利用したいサービスに○をつけてください。

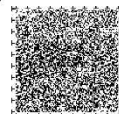
サービス名		内 容
1	コミュニケーション支援事業	手話通訳者などの派遣を行います。
2	日常生活用具給付等事業	重い障がいのある人に、自立生活支援用具などの日常生活用具を給付します。
3	移動支援事業（個別移動支援）	屋外での移動が困難な障がいのある人に社会参加などのための支援を行います。
4	日中一時支援事業	日中、家族の病気や外出のときに、障害福祉サービス事業所などにおいて活動の場の提供や見守りなどを行います。
5	地域活動支援センター事業（あさやけ・はばたき）	精神障がいのある人の相談を受けたり、創作的活動や社会との交流を進めるなど多様な活動を行います。
6	地域自立生活支援センターひびき	障がいのある人の相談を受けたり、創作的活動や社会との交流を進めるなど多様な活動を行います。
7	通所訓練事業（成人） 整育園ういず	医療的ケアが必要な重い障がいのある人に、昼間、食事の手伝いなどを行うとともに、創作的活動の機会を提供します。
8	通所訓練事業（児童） 整育園トマト	重い知的障がいと重い身体障がいと重複している就学前の障がい児の療育訓練などを行います。
9	言語相談訓練	たいよう福祉センター、あおぞら福祉センターで、言語や発達に関する相談、訓練を行います。
10	訪問入浴サービス事業	介護保険制度のサービス対象に該当しない 65 歳未満の心身障がいの重い人で、通常の方法で入浴が困難な方の家に巡回入浴車を派遣し、組み立て式浴槽による入浴介助を行います。
11	障がい者自立体験事業	日常生活に必要な知識の習得、自己選択や決定ができる自立した生活を目指すための宿泊体験を行います。
12	障がい者居住支援の推進事業	市内で転居を希望する障がい者の民間賃貸住宅への入居に関する相談や、保証人がいない場合に民間の保証会社を紹介します。
13	児童発達支援センター	就学前の児童を対象に療育を行うほか、18 歳未満の児童と保護者を対象に、発達支援相談を受ける等の支援を行います。
14	地域生活支援拠点等事業	介護者の不在、障がいの重度化等で緊急の対応が必要な事態が発生した際に、障害福祉サービス事業所、障がい者支援課、関係機関が連携して障がいのある人を支援します。

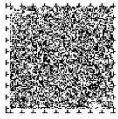


サービス名	A	B					C	D
	利用している	利用している場合いずれかに○					B欄で「やや不満」「不満」である理由（下の選択肢からいくつでもお選びください）	利用したい 今後
		満足	やや満足	ふつう	やや不満	不満		
記入例) コミュニケーション支援事業	○	1	2	3	④	5	1、5	
1 コミュニケーション支援事業		1	2	3	4	5		
2 日常生活用具給付等事業		1	2	3	4	5		
3 移動支援事業 （個別移動支援）		1	2	3	4	5		
4 日中一時支援事業		1	2	3	4	5		
5 地域活動支援センター事業 （あさやけ・はばたき）		1	2	3	4	5		
6 地域自立生活支援センターひびき		1	2	3	4	5		
7 通所訓練事業（成人） 整育園ういず		1	2	3	4	5		
8 通所訓練事業（児童） 整育園トマト		1	2	3	4	5		
9 言語相談訓練		1	2	3	4	5		
10 訪問入浴サービス事業		1	2	3	4	5		
11 障がい者自立体験事業		1	2	3	4	5		
12 障がい者居住支援の 推進事業		1	2	3	4	5		
13 児童発達支援センター		1	2	3	4	5		
14 地域生活支援拠点等事業		1	2	3	4	5		

（「C欄」に記入する理由はここからお選びください）

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1. 回数や時間が足りない        | 2. 利用料が高い            |
| 3. サービス提供事業者が少ない     | 4. 利用の日時があわない        |
| 5. サービス内容（技術）に不安を感じる | 6. サービス提供事業者の対応がよくない |
| 7. 事業者と家族との連携が取れてない  | 8. その他               |





## 【障がい理解や差別の解消についてうかがいます】

問 31 あなたは、障がいのある人もない人も共に住み慣れた地域で生活できるように地域の理解を深めていくためには、どのようなことが必要だと思いますか。 (3つまでに○)

1. 地域行事への障がい者の参加を促進するなど、地域住民との交流の場・機会を増やすこと
2. 学校での障がいに関する教育や情報の提供
3. 障がいについての正しい知識の普及啓発のための講演会、研修、疑似体験会等の開催
4. 障がい者作品展や障がい者と交流するイベントの開催
5. 障がいの特性や障がいについての正しい知識等を伝えるリーフレットの発行
6. 障がい者の一般企業への就労の促進
7. 障がい者の地域生活についての理解の促進
8. その他 ( )
9. 特にない

問 32 あなたは、障がいを理由とする差別や偏見を感じたことがありますか。 (1つに○)

- |       |          |
|-------|----------|
| 1. ある | 2. 少しある  |
| 3. ない | 4. わからない |

**(問 32 で「1・2」とお答えの方にはうかがいます。)**

問 32-1 差別や偏見を感じたのはどのような場面ですか。(あてはまるものすべてに○)

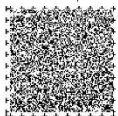
- |               |              |             |
|---------------|--------------|-------------|
| 1. 仕事や収入      | 2. 教育・育児     | 3. 人間関係     |
| 4. 趣味やスポーツの活動 | 5. 地域の行事・集まり | 6. 店舗などでの対応 |
| 7. 役所・公共機関    | 8. 医療機関      | 9. 社会制度・慣習  |
| 10. 建物・市街の構造  | 11. 言葉遣い・態度  | 12. 道路・交通機関 |
| 13. 地域交流      | 14. イベントなど   | 15. 結婚・交際   |
| 16. その他 ( )   |              |             |

問 33 差別や偏見を感じた時は誰に相談しますか。(1つに○)

- |                                |            |
|--------------------------------|------------|
| 1. 家族・友人・知人                    | 2. 市役所、保健所 |
| 3. 東京都障害者権利擁護センター<br>(広域支援相談員) | 4. 施設の職員   |
| 5. 相談機関(あさやけ、ひびきなど)            | 7. その他 ( ) |
| 6. 学校の先生                       |            |

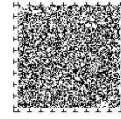
問 34 新型コロナウイルス感染症の影響により、どのような日常生活の変化がありましたか。(あてはまるものすべてに○)

- |                                     |                      |
|-------------------------------------|----------------------|
| 1. 通院回数の減少                          | 2. 社会参加、余暇活動の外出機会の減少 |
| 3. 障害福祉サービス等(短期入所、作業所への通所等)の利用回数の減少 |                      |
| 4. 運動・スポーツの機会の減少                    | 5. 障がいのある人を介護する負担の増加 |
| 6. パソコン、スマートフォンの利用の増加               |                      |
| 7. 特にない                             | 8. その他 ( )           |



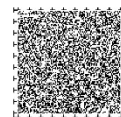


## 【障害福祉施策全般についてうかがいます】



問 35 市の障害福祉施策について、今後、特に力をいれてほしいことは何ですか。 (5つまでに○)

	1. 障がい者を理由とする差別の解消の推進
相談支援と協働・連携	2. 障がい者のための身近な相談支援体制の充実・機能強化（地域生活支援センターあさやけ、地域自立生活支援センターひびきなど） 3. 計画相談支援、地域移行支援、地域定着支援などのケアマネジメント体制の充実 4. 児童発達支援などでの就学前訓練 5. 療育（言語訓練など）の充実 6. ライフステージ（入学、卒業、就職など）で途切れることのない一貫した支援 7. 保健・医療、福祉、教育の連携と一貫した支援 8. 自立生活を支援する権利擁護体制の充実
生活支援サービス	9. 居宅介護などのヘルプサービスの充実 10. 補装具の利用支援や日常生活用具の給付の充実 11. 日中一時支援、短期入所など介助者（家族や親族）への支援の充実 12. ひとり暮らしの定期訪問などの支援事業の充実 13. 災害時や緊急時の支援体制の充実 14. 防犯体制の充実
居住の場	15. グループホームなどの住まいの場の充実 16. 自立生活の体験の場（グループホームやひとり暮らしの練習）の充実 17. 民営住宅の障がい者用住宅のあっせん 18. 障がい者が利用しやすい道路や公共施設などのバリアフリーの推進
就労支援と日中活動の場	19. 就労に向けた訓練の充実 20. 就労支援（就労・生活支援センターほっとなど）の充実 21. 生活介護などの日中活動の場や居場所の充実
社会参加と情報提供	22. 放課後活動の充実 23. 余暇活動（文化活動、スポーツなど）の充実 24. 外出時の移動に関する支援の充実 25. 障がいの特性に応じた情報提供の整備・充実 26. 障がいがある人とない人の相互理解・交流の促進
	27. その他（ ）



ここからは、介助・支援している方（ご家族等）への質問になります。  
特に介助・支援を受けていない方や介助・支援している方の回答が難しい方は、  
最終ページの自由回答にお進みください。

問 36 あなたは障がいのある方からみてどのような関係にあたりますか。(1つに○)

- |               |           |          |
|---------------|-----------|----------|
| 1. 配偶者（夫または妻） | 2. 母      | 3. 父     |
| 4. 子          | 5. 子の配偶者  | 6. 兄弟姉妹  |
| 7. 祖父母        | 8. その他の親族 | 9. 友人・知人 |
| 10. その他（      |           | ）        |

問 37 あなたは何歳ですか。

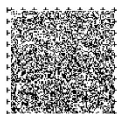
令和4年10月1日現在で 満  歳

問 38 あなたの相談相手は誰ですか。(あてはまるものすべてに○)

- |                |                          |
|----------------|--------------------------|
| 1. 家族や親族       | 2. 友人・知人                 |
| 3. 近所の人        | 4. 市役所、保健所               |
| 5. 施設の職員       | 6. 医療機関（病院・診療所など）        |
| 7. 障がい者団体      | 8. 民生委員児童委員              |
| 9. 障害者相談員      | 10. 学校の先生                |
| 11. 職場の人       | 12. 相談機関（あさやけ、ひびき、ほっとなど） |
| 13. ケアマネジャー    |                          |
| 14. その他（       | ）                        |
| 15. 相談できる人はいない |                          |

問 39 福祉関連の情報を主にどこから入手していますか。(あてはまるものすべてに○)

- |                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| 1. 都や市などの広報     | 2. 学校・職場・施設              |
| 3. テレビ・ラジオ・新聞   | 4. インターネット・SNS           |
| 5. 病院・診療所       | 6. 障がい者団体                |
| 7. 家族・親族        | 8. 市や保健所の窓口              |
| 9. 障害者相談員       | 10. 相談機関（あさやけ、ひびき、ほっとなど） |
| 11. ヘルパー・ボランティア | 12. その他（                 |
|                 | ）                        |



問 40 介助・支援を交代してくれる人はどなたですか。(あてはまるものすべてに○)

- |                  |            |         |
|------------------|------------|---------|
| 1. 配偶者（夫または妻）    | 2. 親（父母）   | 3. 子    |
| 4. 子の配偶者         | 5. 兄弟姉妹    | 6. 祖父母  |
| 7. その他の親族        | 8. 友人・知人   | 9. 近所の人 |
| 10. ヘルパー         | 11. ボランティア |         |
| 12. その他（         |            | ）       |
| 13. 交代してくれる人はいない |            |         |

問 41 日常の介助・支援のなかで、他の人に代わってもらえると助かることは、どんなことですか。（あてはまるものすべてに○）

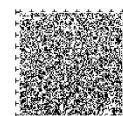
- |          |          |               |
|----------|----------|---------------|
| 1. 食事    | 2. 掃除、洗濯 | 3. 着替え（身だしなみ） |
| 4. トイレ   | 5. 入浴    | 6. 家の中での移動    |
| 7. 買い物   | 8. 外出    |               |
| 9. その他（  |          | ）             |
| 10. 特にない |          |               |

問 42 ご本人（宛名の方）のことであなたが悩んでいること、心配に思うことはありますか。（3つまでに○）

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| 1. 就職や仕事のこと         | 2. 進学・勉強のこと     |
| 3. 健康・障がいのこと        | 4. 余暇活動のこと      |
| 5. 恋愛や結婚のこと         | 6. 友だちづくりのこと    |
| 7. 社会・地域参加のこと       | 8. リハビリテーションのこと |
| 9. 福祉施設やサービスの利用について | 10. 経済的なこと      |
| 11. 将来の生活設計のこと      |                 |
| 12. その他（            | ）               |
| 13. 特に悩みや心配はない      |                 |

問 43 ご本人（宛名の方）を介助・支援するにあたって、あなたご自身が悩んでいることはありますか。（3つまでに○）

- |                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| 1. 就職や仕事のこと             | 2. 健康のこと             |
| 3. 本人と他の家族の関係のこと        | 4. 経済的なこと            |
| 5. 住まいのこと               | 6. 交通の便のこと           |
| 7. 近所づきあいのこと            | 8. 社会参加・地域参加のこと      |
| 9. 生活の安全のこと             | 10. 自分や家族の将来の生活設計のこと |
| 11. 本人の支援を代わってもらえる体制のこと |                      |
| 12. 福祉施設やサービスの利用について    |                      |
| 13. その他（                | ）                    |
| 14. 特に悩んでいることはない        |                      |



## 【ご意見をお寄せください】

問 44 その他ご意見、ご要望などございましたら、ご自由にお書きください。


ご協力ありがとうございました。同封いたしました返信用封筒に入れ、

11月24日(木)までに 郵便ポストに投函してください。

(切手を貼る必要はありません)

### 第七期小平市障害福祉計画 (計画期間：令和6年度～8年度)

障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス、相談支援および地域生活支援事業の提供体制の確保に関する事項などを定めるもので、障がい者福祉計画の一部である障害福祉サービスなどに関してより具体的な内容を定める計画です。

### 第三期小平市障害児福祉計画 (計画期間：令和6年度～8年度)

児童福祉法に基づく障害児通所支援および障害児相談支援の提供体制の確保に関する事項などを定めるもので、障がい者福祉計画の一部である障害児通所支援などに関してより具体的な内容を定める計画です。

