**１．在宅**

１　回答者

１－１　回答者

|  |
| --- |
| **この調査票に回答していただく方はどなたですか。（〇はひとつ）** |
| １　あて名ご本人　　　２　ご家族の方　　　３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

２　本人の状況

２－１　性別

|  |
| --- |
| **あなたの性別をお聞きします。（〇はひとつ）** |
| １　男性　　　　２　女性 |

２－２　年齢

|  |
| --- |
| **あなたの年齢をお聞きします。現在の年齢をお書きください。** |
| 歳 |

２－３　居住地区

|  |
| --- |
| **現在のお住まいの地区をお聞きします。** |
| １　品川地区（北品川、東品川、南品川、西品川、広町）  　２　大崎地区上（大崎、東五反田、西五反田、大崎）  　３　大井地区（東大井、南大井、勝島、大井、西大井）  　４　荏原地区（小山台、小山、荏原、平塚、旗の台、中延）  　５　八潮地区（八潮、東八潮） |

２－４　同居者

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたの同居家族をお聞きします。（〇はいくつでも）** | |
| １　父親  　２　母親  　３　配偶者  　４　子  　５　兄弟姉妹 | ６　その他親族  　７　ひとり暮らし  　８　グループホーム等での集団生活  　９　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

２－５　住居形態

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたのお住まいをお聞きします。（〇はひとつ）** | |
| １　持ち家（一戸建て）  　２　持ち家（マンション）  　３　借家、民間賃貸マンション  　　　（ＵＲ都市機構等の賃貸住宅を含む）  　４　民間賃貸アパート（木造など） | ５　公営住宅（都営・区営）  　６　グループホーム  　７　社宅・寮  　８　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

２－６　本人の年収額

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたご本人の年収額をお聞きします。税金等を差し引く前の額でお答えください。（〇はひとつ）** | |
| １　収入はない  　２　80万円未満  　３　80万円以上～150万円未満  　４　150万円以上～250万円未満 | ５　250万円以上～500万円未満  　６　500万円以上～1,000万円未満  　７　1,000万円以上  　８　回答したくない |

２－７　本人の収入内訳

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたご本人の収入の内訳をお聞きします。（〇はいくつでも）** | |
| １　給与・報酬（一般就労）  　２　工賃など（福祉的就労）  　３　事業収入（自営業等）  　４　年金（障害基礎年金など） | ５　手当（障害者手当など）  　６　生活保護費  　７　親族の扶養または援助  　８　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

３　障害・疾病の状況

３－１　障害者手帳の種類と等級

|  |
| --- |
| **あなたが持っている障害者手帳の種類をお聞きします。手帳をお持ちの方は、等級・程度にも〇をつけてください。（〇はいくつでも）** |
| １　身体障害者手帳（　　１級　　２級　　３級　　４級　　５級　　６級　　）  　２　愛の手帳（　　１度　　２度　　３度　　４度　　）  　３　精神障害者保健福祉手帳（　　１級　　２級　　３級　　）  　４　特定医療費（指定難病）受給者証、マル都医療券  　５　いずれも持っていない |

３－２　身体障害の種類

|  |
| --- |
| **身体障害者手帳をお持ちの方にお聞きします。障害の種類は何ですか。（〇はいくつでも）** |
| １　肢体不自由（上肢・下肢・体幹等）  　２　音声・言語・そしゃく機能障害  　３　視覚障害  　４　聴覚・平衡機能障害  　５　内部障害（心臓、呼吸器、腎臓、ぼうこう、直腸、小腸、免疫機能、肝臓） |

３－３　障害に気付いた年齢

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **あなたやご家族の方などがあなたの障害に最初に気づいた時期をお聞きします。（〇はひとつ）** | | | |
| １　生まれたとき  　２　０～５歳  　３　６～17歳 | ４　18～29歳  　５　30～39歳  　６　40～49歳 | ７　50～59歳  　８　60～64歳  　９　65～69歳 | 10　70～74歳  　11　75歳以上 |

３－４　難病等の有無

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたは、次の疾患や障害がありますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　難病・特定疾患  　２　慢性疾患（糖尿病・心臓疾患・脳血管疾患等）  　３　統合失調症  　４　気分障害（うつ病・躁うつ病）  　５　神経症 | ６　依存症（アルコール・薬物等）  　７　発達障害  　８　高次脳機能障害  　９　特にない  　10　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

３－５　発達障害の診断内容

|  |  |
| --- | --- |
| **「発達障害」と回答した方にお聞きします。次のような診断を受けていますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　広汎性発達障害  　２　自閉症・自閉症スペクトラム  　３　高機能自閉症・高機能広汎性発達障害  　４　アスペルガー症候群  　５　注意欠陥多動性障害（ＡＤＨＤ） | ６　学習障害（ＬＤ）  　７　非定型自閉症  　８　その他（　　　　　　　　　　　　　）  　９　診断は受けていない |

３－６　難病等を発病した年代

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **「難病・特定疾患」と回答した方にお聞きします。主な病気を発病したのはいつ頃ですか。（〇はひとつ）** | | | |
| １　17歳以下  　２　18～29歳 | ３　30～39歳  　４　40～49歳 | ５　50～59歳  　６　60～64歳 | ７　65歳以上 |

３－７　難病の種類

|  |
| --- |
| **「難病・特定疾患」と回答した方にお聞きします。具体的な疾患名は何ですか。特定（指定）疾患医療受給証が交付されている場合は、受給証に記載されている疾患名をすべてご記入ください。※疾患名は、「膠原病」などの総称ではなく、受給証に記載されている通りご記入をお願いいたします。** |
|  |

３－８　医療機関の受診状況

|  |  |
| --- | --- |
| **障害・疾病等のため、医療機関を受診していますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　定期的に通院している  　２　定期的に訪問診療を受けている  　３　定期的に訪問看護を受けている | ４　現在入院している  　５　現在は通院していない  　６　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

３－９　複数機関への受診

|  |
| --- |
| **「医療機関を受診している」と回答した方（３－８で「１～４」に○）にお聞きします。この病気のために、継続的に、複数の医療機関（病院や診療所）を利用していますか。「２複数の病院・診療所を利用している」と答えた方は、利用箇所の数をご記入ください。（○はひとつ）** |
| １　利用している病院または診療所は１か所だけ  　２　複数の病院・診療所を利用している→（　　）か所利用している |

３－10　医療機関の場所

|  |  |
| --- | --- |
| **「医療機関を受診している」と回答した方（３－８で「１～４」に○）にお聞きします。その医療機関はどこにありますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　品川区内  　２　東京都２３区内（品川区以外） | ３　東京都内（東京都２３区以外）の市町村  　４　東京都以外 |

３－11　医療についての困りごと

|  |
| --- |
| **「医療機関を受診している」と回答した方（３－８で「１～４」に○）にお聞きします。受けている医療について、困っていることはありますか。（〇はいくつでも）** |
| １　通院するとき付き添う人がいない  　２　通院するための交通手段がない  　３　入院時のコミュニケーションが心配  　４　医師に病気（症状・状態・疑問点など）がうまく伝えられない  　５　医師や病院からの説明がわからない  　６　急に具合が悪くなったときの対応方法がわからない  　７　ちょっとした病気（風邪や腹痛など）のときの病院がない  　８　服薬管理（決められた時間に決められた量の薬を飲むこと）が難しい  　９　薬の効果や副作用の説明が良くわからず不安  　10　夜間休日などの救急対応の方法、連絡先がわからず不安  　11　医療費の自己負担が大変  　12　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　13　特に困っていることはない |

３－12　医療的ケアの状況

|  |  |
| --- | --- |
| **現在、次のような医療的ケアを受けていますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　医療的ケアは受けていない  　２　気管切開  　３　人工呼吸器（レスピレーター）  　４　吸入  　５　吸引  　６　胃ろう・腸ろう  　７　鼻腔経管栄養 | ８　中心静脈栄養（ＩＶＨ）  　９　透析  　10　在宅酸素  　11　カテーテル留置  　12　ストマ（人工肛門・人工膀胱）  　13　服薬管理  　14　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

４　日常生活の状況

４－１　現在の生活の満足度

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **あなたは現在の生活に満足していますか。（〇はひとつ）** | | |
| １　非常に満足している  　２　やや満足している | ３　やや不満である  　４　非常に不満である | ５　わからない |

４－２　介助や支援の有無

|  |
| --- |
| **あなたは現在、毎日の生活の中で、介助や支援を受けていますか。（〇はひとつ）** |
| １　受けている　　　　　２　受けていない |

４－３　受けている介助や支援の内容

|  |
| --- |
| **介助や支援を「受けている」と回答した方にお聞きします。どのようなことで、介助や支援を受けていますか。（〇はいくつでも）** |
| １　食事の介助や着替え、入浴介助等の身の回りのこと  　２　調理・掃除・生活の洗濯等の家事  　３　意思の伝達  　４　日常の買い物  　５　外出  　６　薬の管理  　７　お金の管理  　８　区役所や事業者などの手続き  　９　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

４－４　主な介助・支援者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **介助や支援を「受けている」と回答した方にお聞きします。あなたを主に介助・支援している人はどなたですか。（〇はひとつ）** | | |
| １　父親  　２　母親  　３　配偶者 | ４　子  　５　その他親族  　６　ホームヘルパー | ７　ボランティア  　８　その他（　　　　　　） |

４－５　主に介助・支援している人の年齢

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **介助や支援を「受けている」と回答した方にお聞きします。あなたを主に介助・支援している人はおいくつですか。（〇はひとつ）** | | | |
| １　20歳未満  　２　20歳～24歳  　３　25歳～29歳 | ４　30歳～34歳  　５　35歳～39歳  　６　40歳～44歳 | ７　50歳～54歳  　８　55歳～59歳  　９　60歳～64歳 | 10　65歳～69歳  　11　70歳～74歳  　12　75歳以上  　13　わからない |

４－６　介助・支援が受けられない場合に希望する対応

|  |  |
| --- | --- |
| **介助や支援を「受けている」と回答した方にお聞きします。主な介助者があなたを介助・支援できなくなった場合はどうしたいですか。（〇はいくつでも）** | |
| １　一緒に住んでいる家族に頼みたい  　２　別に住んでいる家族に頼みたい  　３　ホームヘルプを利用したい  　４　ショートステイを利用したい  　５　施設に入所したい | ６　グループホームに入居したい  　７　病院に入院したい  　８　どうしたら良いかわからない  　９　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

４－７　日常生活で困っていること・不安に思うこと

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたには、日常生活で困っていることや不安に思うことがありますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　健康状態に不安がある  　２　着替えや食事などが十分できない  　３　家事などが十分できない  　４　介助者の負担が大きい  　５　外出に支障がある  　６　住まいに支障がある  　７　就労について困っている  　８　緊急時の対応に不安がある  　９　災害時の避難に不安がある  　10　人間関係に支障がある | 11　障害や病気に対する周囲の理解がない  　12　困ったときに相談する相手がいない  　13　役所などの手続きが難しい  　14　近くに、病気や障害を理解した上で  　　　診てもらえる医療機関がない  　15　経済的に不安がある  　16　将来に不安を感じている  　17　日中することがない  　18　特にない  　19　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

５　相談相手

５－１　困ったときに相談している相手

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたが困ったときに相談している相手は誰ですか。（〇はいくつでも）** | |
| １　家族や親族  　２　近所の人  　３　友人・知人  　４　民生委員・児童委員  　５　障害者の会や家族の会  　６　身体障害者相談員・知的障害者相談員・  　　　精神障害者相談員  　７　ホームヘルパー  　８　施設（通所・入所）の職員  　９　医療関係者  　　　（医師・看護師・ソーシャルワーカー）  　10　区の障害者福祉課 | 11　保健センター  　12　品川区立障害者生活支援センター  　　　（心身障害者福祉会館）  　13　福栄会障害者相談支援センター  　14　グロー障害者相談支援センター  　15　精神障害者地域生 活支援センター」  　　　「たいむ」  　16　地域活動支援センター「逢（あえる）」  　17　生活保護のケースワーカー  　18　品川区社会福祉協議会  　19　相談する相手はいない  　20　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

６　福祉情報の入手先

６－１　福祉に関する情報の入手先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **あなたは、福祉に関する情報を、どこから得ていますか。（〇はいくつでも）** | | |
| １　広報しながわ  　２　障害者福祉のしおり  　３　区のホームページ  　４　区の障害者福祉課 | ５　保健センター  　６　テレビ・ラジオ  　７　インターネット  　８　新聞・書籍 | ９　障害者の会や家族の会  　10　医療機関  　11　特にない  　12　その他（　　　　　　） |

７　仕事や日中活動について

７－１　就労状況

|  |
| --- |
| **あなたは現在、仕事をしていますか。仕事をしている方は働き方についてもお答えください。**  **（〇はひとつ）** |
| １　正職員として働いている  　２　パート・アルバイトなどで働いている  　３　自宅で働いている（自営業・内職・家業の手伝いなど）  　４　福祉的就労をしている（作業所など）  　５　以前働いていたが、現在は働いていない  　６　働いたことはない |

７－２　仕事をする上で困っていること

|  |  |
| --- | --- |
| **「働いている」と回答した方にお聞きします。仕事をする上で困っていることはありますか。**  **（〇はいくつでも）** | |
| １　収入が少ない  　２　体力的につらい  　３　精神的につらい  　４　仕事の内容が難しい  　５　就業時間が長い  　６　通勤が大変 | ７　職場の人間関係  　８　職場での相談相手がいない  　９　職場の障害理解が不足している  　10　職場環境が障害に対応していない  　11　特にない  　12　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

７－３　働いていない理由

|  |  |
| --- | --- |
| **「働いていない」と回答した方にお聞きします。あなたが働いていない理由は何ですか。**  **（〇はいくつでも）** | |
| １　障害の程度や症状のため  　２　高齢のため  　３　職場の人間関係に不安があるため  　４　職場の障害理解に不安があるため | ５　自分に合った仕事がないため  　６　働く自信がないため  　７　特に理由はない  　８　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

７－４　今後の就労意向

|  |
| --- |
| **「働いていない」と回答した方にお聞きします。あなたは今後働きたいと思いますか。**  **（〇はひとつ）** |
| １　正職員として働きたい  　２　パート・アルバイトなどで働きたい  　３　自宅で働きたい（自営業・内職・家業の手伝いなど）  　４　福祉的就労をしたい（作業所など）  　５　働きたいとは思わない |

７－５　障害者が働くために必要なこと

|  |  |
| --- | --- |
| **障害のある方が働くためにはどのようなことが必要だと思いますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　就労に関する総合的な相談支援  　２　障害特性に合った職業訓練  　３　職場での就労体験  　４　自分に合った仕事を見つける支援  　５　障害者向けの求人情報の提供  　６　障害特性に合った多様な仕事  　７　障害に応じた柔軟な勤務体系 | ８　職場の障害理解の促進  　９　ジョブコーチなどからの支援  　10　職場のバリアフリー化  　11　通勤経路のバリアフリー化  　12　特にない  　13　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

７－６　スポーツや運動を行ったか

|  |
| --- |
| **この１年くらいのあいだに、スポーツや運動を行いましたか。学校の体育の授業として行ったものや、職業として行ったものは除きます。（〇はひとつ）** |
| １　行った  　２　行わなかった  　３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

７－７　スポーツや運動を行っていない理由

|  |
| --- |
| **この１年くらいのあいだに、スポーツや運動を行いましたか。学校の体育の授業として行ったものや、職業として行ったものは除きます。（〇はひとつ）** |
| １　活動したいが、身体的にできない  　２　活動したいが、身近なところにスポーツや運動がやれる場所がない  　３　活動したいが、自分に合ったスポーツや運動の情報がない  　４　活動したいが、いっしょにやる人がいない  　５　活動したいが、時間がない  　６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　７　活動したいと思わない |

７－８　日常生活の楽しみ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **あなたの日常生活の楽しみ方についてお聞きします。（〇はいくつでも）** | | |
| １　趣味や学習活動  　２　スポーツ・運動  　３　ボランティア活動  　４　友人・知人と会う  　５　演劇や映画の鑑賞  　６　買い物 | ７　外食  　８　読書  　９　音楽を聴く  　10　ゲーム  　11　旅行  　12　家でくつろぐ | 13　地域の行事への参加  　14　近所の散歩  　15　特にない  　16　その他（　　　　　　） |

８　外出について

８－１　外出頻度

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **あなたはどのくらいの頻度で外出していますか。（〇はひとつ）** | | |
| １　ほぼ毎日  　２　週に３～４回 | ３　週に１～２回  　４　月に１～３回 | ５　あまり外出しない |

８－２　外出に関して困っていること

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたには、外出に関して困っていることがあります。（〇はいくつでも）** | |
| １　特にない  　２　歩道の段差や傾斜  　３　建物の段差や階段  　４　バスやタクシーの利用  　５　駅構内の移動や乗り換え  　６　券売機の利用  　７　トイレの利用 | ８　標識・表示がわかりにくい  　９　疲れたときの休憩場所  　10　自動車・自転車に危険を感じる  　11　周囲の人の障害に対する理解不足  　12　外出するのに支援が必要である  　13　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

９　障害理解・権利擁護について

９－１　差別や偏見、誤解や理解不足を感じた経験

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **あなたは、障害に対する差別や偏見、誤解や理解不足を感じますか。（〇はひとつ）** | | |
| １　常に感じる  　２　ときどき感じる | ３　あまり感じない  　４　全く感じない | ５　わからない |

９－２　理解を進めるために力を入れるべきこと

|  |
| --- |
| **あなたは、障害への理解を進めていくためにどのようなことに力を入れるべきだと思いますか。**  **（〇はいくつでも）** |
| １　障害や障害者の生活を伝えるパンフレットの発行  　２　障害者作品展やイベントの開催  　３　地域や学校等で交流の機会を増やすこと  　４　地域や学校等でともに学び、ともに暮らすこと  　５　学校や生涯学習での障害に関する教育や情報提供  　６　障害についての講演会や疑似体験会の開催  　７　障害者の一般就労の促進  　８　特にない  　９　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

９－３　成年後見制度の認知

|  |
| --- |
| **成年後見制度とは、精神上の障害（知的障害、精神障害、認知症など）により判断能力が十分でな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。**  **（〇はひとつ）** |
| １　名前も内容も知っている  　２　名前は聞いたことはあるが、内容は知らない  　３　名前も内容も知らない |

９－４　成年後見制度の利用意向

|  |
| --- |
| **あなたは、成年後見制度を利用したいと思いますか。（〇はひとつ）** |
| １　既に利用している  　２　今は必要ないが、将来必要になったら利用したい  　３　利用したいとは思わない  　４　わからない |

10　福祉サービスについて

10－１　障害福祉サービス等の利用状況・利用意向

|  |
| --- |
| **次のようなサービスについて、あなたの利用状況と今後（２～３年以内に）利用希望について、以下の選択肢から１つ選んでください。（〇はひとつ）** |
| **（１）訪問系サービス**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 現在必要なものは利用できている | 現在利用しているが、もっと使えるなら使いたい | 現在は利用していないが、今後  利用したい | 利用希望  はない | | ①居宅介護（ホームヘルプ） | １ | ２ | ３ | ４ | | ②重度訪問介護 | １ | ２ | ３ | ４ | | ③行動援護 | １ | ２ | ３ | ４ | | ④同行援護 | １ | ２ | ３ | ４ |   **（２）日中活動系サービス**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 現在必要なものは利用できている | 現在利用しているが、もっと使えるなら使いたい | 現在は利用していないが、今後利用したい | 利用希望  はない | | ①生活介護 | １ | ２ | ３ | ４ | | ②療養介護 | １ | ２ | ３ | ４ | | ③自立訓練（機能訓練・生活訓練） | １ | ２ | ３ | ４ | | ④就労移行支援 | １ | ２ | ３ | ４ | | ⑤就労継続支援（Ａ型・雇用型） | １ | ２ | ３ | ４ | | ⑥就労継続支援（Ｂ型・非雇用型） | １ | ２ | ３ | ４ | | ⑦就労定着支援 | １ | ２ | ３ | ４ | | ⑧自立生活援助 | １ | ２ | ３ | ４ | | ⑨短期入所（ショートステイ） | １ | ２ | ３ | ４ |   **（３）居住系サービス**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 現在必要なものは利用できている | 現在は利用していないが、今後利用したい | 利用希望  はない | | ①共同生活援助（グループホーム） | １ | ２ | ３ | | ②施設入所支援 | １ | ２ | ３ |   **（４）地域生活支援事業**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 現在必要なものは利用できている | 現在利用しているが、もっと使えるなら使いたい | 現在は利用していないが、今後利用したい | 利用希望  はない | | ①相談支援事業 | １ | ２ | ３ | ４ | | ②コミュニケーション支援事業 | １ | ２ | ３ | ４ | | ③地域活動支援センター事業 | １ | ２ | ３ | ４ | | ④日常生活用具給付事業 | １ | ２ | ３ | ４ | | ⑤移動支援事業 | １ | ２ | ３ | ４ | | ⑥日中一時支援事業 | １ | ２ | ３ | ４ |   **（５）その他のサービス**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 現在必要なものは利用できている | 現在利用しているが、もっと使えるなら使いたい | 現在は利用していないが、今後利用したい | 利用希望  はない | | ①自立支援医療 | １ | ２ | ３ | ４ | | ②補装具 | １ | ２ | ３ | ４ | | ③地域定着支援 | １ | ２ | ３ | ４ | |

10－２　サービス利用に関して困っていること

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたは、サービス利用に関して困っていることがありますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　サービスに関する情報が少ない  　２　区役所での手続きが大変  　３　利用できる回数や日数が少ない  　４　事業者との利用日等の調整が大変  　５　サービスの質が良くない | ６　利用したいサービスが利用できない  　７　利用者負担が大きい  　８　特にない  　９　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

10－３　介護保険サービスの利用状況

|  |
| --- |
| **あなたは、介護保険の要支援・要介護認定を受けていますか。受けている方は介護保険サービスを利用しているかどうかもお答えください。（〇はひとつ）** |
| １　要支援・要介護認定を受けており、介護保険サービスを利用している  　２　要支援・要介護認定を受けているが、介護保険サービスを利用していない  　３　要支援・要介護認定を受けていない |

10－４　６５歳になるまでの障害福祉サービス利用の有無

|  |
| --- |
| **「介護保険サービスを利用している」と回答した方にお聞きします。あなたは、６５歳になるまでに、障害福祉サービスを利用していましたか。（○はひとつ）** |
| １　利用していた  　２　利用していない  　３　わからない |

10－４　介護保険サービスの利用開始前後での困難

|  |
| --- |
| **「利用していた」と回答した方にお聞きします。あなたは、６５歳以降、サービス利用に関して、次のような問題がありましたか。（○はいくつでも）** |
| １　使いたいサービスや施設が利用できなくなった  　２　利用回数や利用時間を減らさざるを得なくなった  　３　障がい特性を理解した対応が受けられなくなった  　４　経済的な負担が増えた  　５　家族の負担が増えた  　６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

11　災害対策について

11－１　災害が発生したときに困ること

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたが、地震などの災害が発生したときに困ることや不安なことは何ですか。（〇はいくつでも）** | |
| １　災害の発生を知る方法がない  　２　助けを求める方法がない  　３　近くに助けてくれる人がいない  　４　一人では避難できない  　５　避難所の設備は障害に対応しているか不安  　６　避難所のトイレを利用できるか不安 | ７　避難所で必要な支援が受けられるか不安  　８　避難所で他の人と一緒に過ごすのが難しい  　９　薬や医療的ケアを確保できるかどうか不安  　10　特にない  　11　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

11－２　災害に対してしている備え

|  |
| --- |
| **あなたは、災害に対してどのような備えをしていますか。（〇はいくつでも）** |
| １　日頃から家族で災害時の対応を話し合っている  　２　非常時持ち出し品の用意、非常食等の備蓄をしている  　３　疾病等で必要な薬や医療機関の連絡先などを備えている  　４　近所の人や知人等に、災害が発生したときの助けをお願いしている  　５　特に何もしていない  　６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

11－３　災害に関して必要だと思う支援

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたは、災害に関してどのような支援が必要だと思いますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　避難するときの介助・支援  　２　障害に対応した避難場所  　３　薬や日常生活用具などの備蓄  　４　医療的ケアの確保 | ５　障害に対応した災害情報の提供  　６　コミュニケーション手段の確保  　７　特にない  　８　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

12　将来について

12－１　将来、希望する日中の過ごし方

|  |
| --- |
| **あなたは将来、どのように日中を過ごしたいと思いますか。（〇はいくつでも）** |
| １　自宅でのんびり過ごしたい  　２　家族がいる場所で過ごしたい  　３　一般企業などで働きたい  　４　福祉作業所などで働きたい  　５　働くための訓練・支援を受け、企業で働くことをめざしたい  　６　自立した日常生活ができるよう、機能訓練などを受けて過ごしたい  　７　医療機関で、看護や介護を受けながら過ごしたい  　８　通所施設で、支援を受けながら様々な活動をしたい  　９　学校に通いたい  　10　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　11　わからない |

12－２　将来、希望する暮らし方

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたは将来、どこで暮らしたいと思いますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　地域で一人暮らしをしたい  　２　地域で家族と一緒に暮らしたい  　３　地域のグループホームなどで暮らしたい  　４　施設に入所して暮らしたい | ５　病院に入院して暮らしたい  　６　医療設備の充実している施設（病院等）で 　　　暮らしたい  　７　その他（　　　　　　　　　　　　　）  　８　わからない |

13　区の施策について

13－１　障害者が地域で安心して暮らしていくために重要な施策

|  |
| --- |
| **障害のある方が地域で安心して暮らしていくためには、どのような施策が重要だと思いますか。**  **（〇はいくつでも）** |
| １　気軽に相談できる、相談支援体制の充実  　２　地域で自立した生活をおくるための、地域生活支援体制の充実  　３　子どもの成長を支える療育・家族支援体制の充実  　４　緊急時や災害時の安全を確保するための、安心・安全な生活基盤の確保  　５　障害のある方の生活をサポートする、人材育成  　６　一人ひとりの状況に合わせた支援を行える、サービス提供体制の充実  　７　一人ひとりの状況に応じて働ける、就労支援体制の充実  　８　一人ひとりの権利や尊厳を守る、権利擁護体制の構築  　９　障害の有無に係わらずともに生活できる、理解と共感が深まる意識啓発  　10　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　11　特にない |

13－２　品川区は暮らしやすいまちか

|  |  |
| --- | --- |
| **品川区は、障害のある方やご家族の方にとって、暮らしやすいまちですか。（〇はひとつ）** | |
| １　とても暮らしやすい  　２　どちらかというと暮らしやすい  　３　どちらかというと暮らしにくい | ４　暮らしにくい  　５　わからない |

14　意見・要望

14－１　意見・要望

|  |
| --- |
| **区の障害者施策に関して、ご意見・ご要望などがありましたら、ご自由にお書きください。** |

15　介護者質問

次の質問は、主にご本人様を介護している方に回答願います。介護している方がおられない場合、記入は結構です。

15－１　将来、希望する日中の過ごし方

|  |
| --- |
| **あなたは将来、ご本人様（宛名の方）がどのように日中を過ごすのが良いと思いますか。**  **（〇はいくつでも）** |
| １　自宅でのんびり過ごしたい  　２　家族がいる場所で過ごしたい  　３　一般企業などで働きたい  　４　福祉作業所などで働きたい  　５　働くための訓練・支援を受け、企業で働くことをめざしたい  　６　自立した日常生活ができるよう、機能訓練などを受けて過ごしたい  　７　医療機関で、看護や介護を受けながら過ごしたい  　８　通所施設で、支援を受けながら様々な活動をしたい  　９　学校に通いたい  　10　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　11　わからない |

**２．施設入所**

１　回答者

１－１　回答者

|  |
| --- |
| **この調査票に回答していただく方はどなたですか。（〇はひとつ）** |
| １　あて名ご本人　　　２　ご家族の方　　　３　施設の職員　　　４　その他（　　　　） |

２　本人の状況

２－１　性別

|  |
| --- |
| **あなたの性別をお聞きします。（〇はひとつ）** |
| １　男性　　　　２　女性 |

２－２　年齢

|  |
| --- |
| **あなたの年齢をお聞きします。現在の年齢をお書きください。** |
| 歳 |

２－３　自宅に住んでいる家族

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **あなたのご自宅には、どなたか家族の方が住んでいますか。（〇はいくつでも）** | | |
| １　父親  　２　母親  　３　配偶者 | ４　子  　５　兄弟姉妹  　６　その他親族 | ７　自宅に家族は住んでいない  　８　自宅はない  　９　その他（　　　　　　） |

３　障害・疾病の状況

３－１　障害者手帳の種類と等級

|  |
| --- |
| **あなたが持っている障害者手帳の種類をお聞きします。手帳をお持ちの方は、等級・程度にも〇をつけてください。（〇はいくつでも）** |
| １　身体障害者手帳（　　１級　　２級　　３級　　４級　　５級　　６級　　）  　２　愛の手帳（　　１度　　２度　　３度　　４度　　）  　３　精神障害者保健福祉手帳（　　１級　　２級　　３級　　） |

３－２　身体障害の種類

|  |
| --- |
| **身体障害者手帳をお持ちの方にお聞きします。障害の種類は何ですか。（〇はいくつでも）** |
| １　肢体不自由（上肢・下肢・体幹等）  　２　音声・言語・そしゃく機能障害  　３　視覚障害  　４　聴覚・平衡機能障害  　５　内部障害（心臓、呼吸器、腎臓、ぼうこう、直腸、小腸、免疫機能、肝臓） |

３－３　医療的ケアの状況

|  |  |
| --- | --- |
| **現在、次のような医療的ケアを受けていますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　医療的ケアは受けていない  　２　気管切開  　３　人工呼吸器（レスピレーター）  　４　吸入  　５　吸引  　６　胃ろう・腸ろう  　７　鼻腔経管栄養 | ８　中心静脈栄養（ＩＶＨ）  　９　透析  　10　在宅酸素  　11　カテーテル留置  　12　ストマ（人工肛門・人工膀胱）  　13　服薬管理  　14　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

４　相談相手

４－１　困ったときに相談している相手

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたが困ったときに相談している相手は誰ですか。（〇はいくつでも）** | |
| １　家族や親族  　２　近所の人  　３　友人・知人  　４　民生委員・児童委員  　５　障害者の会や家族の会  　６　身体障害者相談員・知的障害者相談員・  　　　精神障害者相談員  　７　施設（通所・入所）の職員  　８　医療関係者  　　　（医師・看護師・ソーシャルワーカー） | ９　区の障害者福祉課  　10　保健センター  　11　品川区立障害者生活支援センター  　　　（心身障害者福祉会館）  　12　福栄会障害者相談支援センター  　13　グロー障害者相談支援センター  　14　精神障害者地域生 活支援センター」  　　　「たいむ」  　15　地域活動支援センター「逢（あえる）」  　16　品川区社会福祉協議会  　17　相談する相手はいない  　18　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

５　福祉情報の入手先

５－１　福祉に関する情報の入手先

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたは、福祉に関する情報を、どこから得ていますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　官公庁の広報紙  　２　官公庁のホームページ  　３　官公庁の窓口（区の障害者福祉課等）  　４　保健センター  　５　テレビ・ラジオ  　６　インターネット | ７　新聞・書籍  　８　障害者の会や家族の会  　９　医療機関  　10　施設の職員  　11　特にない  　12　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

６　障害理解・権利擁護について

６－１　差別や偏見、誤解や理解不足を感じた経験

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **あなたは、障害に対する差別や偏見、誤解や理解不足を感じますか。（〇はひとつ）** | | |
| １　常に感じる  　２　ときどき感じる | ３　あまり感じない  　４　全く感じない | ５　わからない |

６－２　理解を進めるために力を入れるべきこと

|  |
| --- |
| **あなたは、障害への理解を進めていくためにどのようなことに力を入れるべきだと思いますか。**  **（〇はいくつでも）** |
| １　障害や障害者の生活を伝えるパンフレットの発行  　２　障害者作品展やイベントの開催  　３　地域や学校等で交流の機会を増やすこと  　４　地域や学校等でともに学び、ともに暮らすこと  　５　学校や生涯学習での障害に関する教育や情報提供  　６　障害についての講演会や疑似体験会の開催  　７　障害者の一般就労の促進  　８　特にない  　９　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

６－３　成年後見制度の認知

|  |
| --- |
| **成年後見制度とは、精神上の障害（知的障害、精神障害、認知症など）により判断能力が十分でな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。**  **（〇はひとつ）** |
| １　名前も内容も知っている  　２　名前は聞いたことはあるが、内容は知らない  　３　名前も内容も知らない |

６－４　成年後見制度の利用意向

|  |
| --- |
| **あなたは、成年後見制度を利用したいと思いますか。（〇はひとつ）** |
| １　既に利用している  　２　今は必要ないが、将来必要になったら利用したい  　３　利用したいとは思わない  　４　わからない |

７　施設入所について

７－１　入所している施設のある地域

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたが現在入所している施設のある地域をお聞きします。（〇はひとつ）** | |
| １　品川区内  　２　23区内（品川区内を除く）  　３　東京都（23区内を除く）  　４　関東（東京都を除く） | ５　東北  　６　甲信越  　７　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

７－２　現在の施設に入所してからの年数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **あなたが現在の施設に入所してからの年数をお聞きします。（〇はひとつ）** | | |
| １　１年未満  　２　１年以上～３年未満  　３　３年以上～５年未満 | ４　５年以上～10年未満  　５　10年以上～20年未満  　６　20年以上 | ７　わからない |

７－３　現在の施設に入所を決めた理由

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたが現在の施設に入所することに決めた理由は何ですか。（〇はいくつでも）** | |
| １　家族から自立するため  　２　リハビリや生活面の訓練を受けるため  　３　生活が保障され安心感があるため  　４　家族による介助が難しくなったため  　５　常時介助が必要なため  　６　医療的ケアが必要なため | ７　住まいに支障があったため  　８　在宅福祉サービスが不十分なため  　９　収入が不十分だったため  　10　家族などに勧められたため  　11　わからない  　12　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

８　施設での生活状況

８－１　施設での生活の満足度

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **あなたは、施設での生活に満足していますか。（〇はひとつ）** | | |
| １　非常に満足している  　２　やや満足している | ３　やや不満である  　４　非常に不満である | ５　わからない |

８－２　現在の暮らしの中で困ることや不安に感じること

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたが現在の暮らしの中で、困ることや不安に感じていることはありますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　身の回りのことが自分では十分にできない  　２　健康状態に不安がある  　３　プライバシーが十分に保たれない  　４　１日の生活のリズムが自由にならない  　５　施設の設備に不満がある  　６　仕事や訓練に不満がある  　７　外出の機会が少ない | ８　施設の職員の対応に不満がある  　９　他の入所者と人間関係をうまく築けない  　10　困ったとき相談する相手がいない  　11　家族とあまり会えない  　12　将来の生活に何となく不安を感じる  　13　特に困ることはない  　14　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

８－３　施設に対する要望

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたは、現在入所している施設に対して、どのような要望がありますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　介助・看護の質の向上  　２　健康への配慮  　３　プライバシーへの配慮  　４　生活内容の改善  　５　施設の設備の改善  　６　仕事や訓練の改善  　７　外出機会の増加 | ８　職員の対応の改善  　９　余暇活動の充実  　10　相談体制の充実  　11　地域生活に向けた訓練の充実  　12　特にない  　13　その他（　　　　　　　　　　　　） |

８－４　日常生活の楽しみ方

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **あなたの日常生活の楽しみ方についてお聞きします。（〇はいくつでも）** | | |
| １　趣味や学習活動  　２　友人・知人と会う  　３　演劇や映画の鑑賞  　４　ショッピングに行く  　５　飲食店に行く | ６　読書  　７　音楽を聴く  　８　ゲーム  　９　旅行  　10　自室などでくつろぐ | 11　施設の行事・イベント  　12　地域の行事に参加  　13　近所の散歩  　14　特になにもしない  　15　その他（　　　　　　） |

８－５　家族や友人・成年後見人等と会う頻度

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **あなたは、家族や施設外の友人・成年後見人などと、どのくらいの頻度で会いますか。**  **（〇はひとつ）** | | |
| １　週に１回以上  　２　月に２～３回位 | ３　月に１回位  　４　年に数回位 | ５　あまり会わない |

８－６　家族や友人・成年後見人等と会う場所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **あなたは、家族や施設外の友人・成年後見人などと、どこで会いますか。（〇はいくつでも）** | | |
| １　施設内  　２　自宅 | ３　一緒に外出する  　４　あまり会わない | ５　その他（　　　　） |

９　施設入所者の今後の暮らし方

９－１　将来、希望する日中の過ごし方

|  |
| --- |
| **あなたは将来、どのように日中を過ごしたいと思いますか。（〇はいくつでも）** |
| １　今いる施設で過ごしたい  　２　家族がいる場所で過ごしたい  　３　一般企業などで働きたい  　４　福祉作業所などで働きたい  　５　働くための訓練・支援を受け、企業で働くことをめざしたい  　６　自立した日常生活ができるよう、機能訓練などを受けて過ごしたい  　７　医療機関で、看護や介護を受けながら過ごしたい  　８　通所施設で、支援を受けながら様々な活動をしたい  　９　学校に通いたい  　10　わからない  　11　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

９－２　将来、希望する暮らし方

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたは将来、どこで暮らしたいと思いますか。（〇はひとつ）** | |
| １　地域で一人暮らしをしたい  　２　地域で家族と一緒に暮らしたい  　３　地域のグループホームなどで暮らしたい  　４　施設に入所したまま暮らしたい | ５　病院に入院して暮らしたい  　６　わからない  　７　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

９－３　希望する暮らし方をするために必要な支援や環境

|  |
| --- |
| **「地域で暮らしたい」と回答した方にお聞きします。あなたが希望する暮らし方をするためには、どのような支援や環境が必要になると思いますか。（〇はいくつでも）** |
| １　日常生活ができるための訓練をすること  　２　施設や病院以外で暮らす体験ができること  　３　障害者向け住宅やグループホームなどの整備  　４　アパートなどに入居する際の保証人  　５　自宅の改修  　６　家族の理解  　７　介助者がいること  　８　働いて十分な収入が得られること  　９　地域住民に障害への理解があること  　10　困ったときに相談できる人がいること  　11　居宅介護や短期入所などの福祉サービスが受けられること  　12　夜間・休日の緊急時に対応できる医療機関が身近にあること  　13　わからない  　14　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

９－４　現在の施設での生活を続けたい理由

|  |
| --- |
| **「施設に入所したまま暮らしたい」と回答した方にお聞きします。現在の施設での生活を続けたい理由は何ですか。（〇はいくつでも）** |
| １　今の施設で技術や能力を身につけたい  　２　入所者や施設職員との関係が良好なため  　３　環境や日中活動の内容等に満足している  　４　すぐに入居できるグループホームなどがない  　５　在宅サービスが充実していない  　６　自宅の構造が障害に対応していない  　７　健康面などで不安がある  　８　経済的に難しい  　９　家族の受け入れ体制が整っていない  　10　地域で友人関係が持てるか不安がある  　11　特に理由はない  　12　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

10　意見・要望

10－１　意見・要望

|  |
| --- |
| **障害者施策に関して、ご意見・ご要望などがありましたら、ご自由にお書きください。** |

**３．１８歳未満**

１　回答者

１－１　回答者

|  |
| --- |
| **この調査票に回答していただく方はどなたですか。（〇はひとつ）** |
| １　あて名ご本人　　　２　ご家族の方　　　３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

２　本人の状況

２－１　性別

|  |
| --- |
| **あなたの性別をお聞きします。（〇はひとつ）** |
| １　男性　　　　２　女性 |

２－２　年齢

|  |
| --- |
| **あなたの年齢をお聞きします。現在の年齢をお書きください。** |
| 歳 |

２－３　居住地区

|  |
| --- |
| **現在のお住まいの地区をお聞きします。** |
| １　品川地区（北品川、東品川、南品川、西品川、広町）  　２　大崎地区上（大崎、東五反田、西五反田、大崎）  　３　大井地区（東大井、南大井、勝島、大井、西大井）  　４　荏原地区（小山台、小山、荏原、平塚、旗の台、中延）  　５　八潮地区（八潮、東八潮） |

２－４　同居者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **あなたの同居家族をお聞きします。（〇はいくつでも）** | | |
| １　父親  　２　母親 | ３　兄弟姉妹  　４　祖父母 | ５　その他親族  　６　その他（　　　　　　） |

３　障害・疾病の状況

３－１　障害者手帳の種類と等級

|  |
| --- |
| **あなたが持っている障害者手帳の種類をお聞きします。手帳をお持ちの方は、等級・程度にも〇をつけてください。（〇はいくつでも）** |
| １　身体障害者手帳（　　１級　　２級　　３級　　４級　　５級　　６級　　）  　２　愛の手帳（　　１度　　２度　　３度　　４度　　）  　３　精神障害者保健福祉手帳（　　１級　　２級　　３級　　）  　４　特定医療費（指定難病）受給者証、マル都医療券、小児慢性特定疾病医療受給者証  　５　いずれも持っていない |

３－２　身体障害の種類

|  |
| --- |
| **身体障害者手帳をお持ちの方にお聞きします。障害の種類は何ですか。（〇はいくつでも）** |
| １　肢体不自由（上肢・下肢・体幹等）  　２　音声・言語・そしゃく機能障害  　３　視覚障害  　４　聴覚・平衡機能障害  　５　内部障害（心臓、呼吸器、腎臓、ぼうこう、直腸、小腸、免疫機能、肝臓） |

３－３　障害に気付づいた年齢

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **あなたやご家族の方などがあなたの障害に最初に気づいた時期をお聞きします。（〇はひとつ）** | | | |
| １　生まれたとき  　２　０歳  　３　１歳 | ４　２歳  　５　３歳  　６　４歳 | ７　５歳  　８　６～８歳  　９　９～11歳 | 10　12歳以上 |

３－４　障害に気づいた場面

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたの障害について、はじめてわかったのは、どのようなときでしたか。（〇はひとつ）** | |
| １　生まれてまもなく知らされた  　２　家族や周りの人が気づいた  　３　乳幼児健診で知らされた  　４　育児相談などで知らされた  　５　医療機関で診察したときに知らされた | ６　保育園、幼稚園の教職員が気づいた  　７　学校の教職員が気づいた  　８　わからない  　９　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

３－５　難病・発達障害・高次脳機能障害等の有無

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたは、次の疾患や障害がありますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　難病・特定疾患  　２　慢性疾患（糖尿病・心臓疾患・脳血管疾患等）  　３　統合失調症  　４　気分障害（うつ病・躁うつ病）  　５　神経症 | ６　依存症（アルコール・薬物等）  　７　発達障害  　８　高次脳機能障害  　９　特にない  　10　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

３－６　発達障害の種類

|  |  |
| --- | --- |
| **「発達障害」と回答した方にお聞きします。次のような診断を受けていますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　広汎性発達障害  　２　自閉症・自閉症スペクトラム  　３　高機能自閉症・高機能広汎性発達障害  　４　アスペルガー症候群  　５　注意欠陥多動性障害（ＡＤＨＤ） | ６　学習障害（ＬＤ）  　７　非定型自閉症  　８　その他（　　　　　　　　　　　　　）  　９　診断は受けていない |

３－７　医療機関の受診状況

|  |  |
| --- | --- |
| **障害・疾病等のため、医療機関を受診していますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　定期的に通院している  　２　定期的に訪問診療を受けている  　３　定期的に訪問看護を受けている | ４　現在入院している  　５　現在は通院していない  　６　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

３－８　医療的ケアの状況

|  |  |
| --- | --- |
| **現在、次のような医療的ケアを受けていますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　医療的ケアは受けていない  　２　気管切開  　３　人工呼吸器（レスピレーター）  　４　吸入  　５　吸引  　６　胃ろう・腸ろう  　７　鼻腔経管栄養 | ８　中心静脈栄養（ＩＶＨ）  　９　透析  　10　在宅酸素  　11　カテーテル留置  　12　ストマ（人工肛門・人工膀胱）  　13　服薬管理  　14　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

４　日常生活の状況

４－１　介助や支援の有無

|  |
| --- |
| **あなたは現在、毎日の生活の中で、介助や支援を受けていますか。（〇はひとつ）** |
| １　受けている　　　　　２　受けていない |

４－２　受けている介助や支援の内容

|  |
| --- |
| **介助や支援を「受けている」と回答した方にお聞きします。どのようなことで、介助や支援を受けていますか。（〇はいくつでも）** |
| １　食事の介助や着替え、入浴介助等の身の回りのこと  　２　調理・掃除・生活の洗濯等の家事  　３　意思の伝達  　４　日常の買い物  　５　外出  　６　薬の管理  　７　お金の管理  　８　区役所や事業者などの手続き  　９　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

４－３　主な介助・支援者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **介助や支援を「受けている」と回答した方にお聞きします。あなたを主に介助・支援している人はどなたですか。（〇はひとつ）** | | |
| １　父親  　２　母親 | ３　その他親族  　４　ホームヘルパー | ５　ボランティア  　６　その他（　　　　　　） |

４－４　主に介助・支援している人の年齢

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **介助や支援を「受けている」と回答した方にお聞きします。あなたを主に介助・支援している人はおいくつですか。（〇はひとつ）** | | | |
| １　20歳未満  　２　20歳～24歳  　３　25歳～29歳 | ４　30歳～34歳  　５　35歳～39歳  　６　40歳～44歳 | ７　50歳～54歳  　８　55歳～59歳  　９　60歳～64歳 | 10　65歳～69歳  　11　70歳～74歳  　12　75歳以上  　13　わからない |

４－５　主な介助者が抱えている悩みや不安

|  |  |
| --- | --- |
| **介助や支援を「受けている」と回答した方にお聞きします。主な介助者はどのような悩みや不安を抱えていますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　介助してくれる人が足りない  　２　何かあった時に介助を頼める人がいない  　３　他の家族の協力が少ない  　４　仕事に出られない  　５　長期的な外出ができない  　６　介助や支援の方法がわからない  　７　休養やくつろぐ時間がない  　８　身体的な負担が大きい | ９　健康について不安がある  　10　睡眠が不足している  　11　精神的な負担が大きい  　12　経済的な負担が大きい  　13　周囲の人や職場などの理解がない  　14　特に悩みや不安はない  　15　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

４－６　日常生活で困っていること

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたやご家族の方には、日常生活で困っていることがありますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　健康状態に不安がある  　２　障害のため、身の回りのことが十分できない  　３　介助者の負担が大きい  　４　外出に支障がある  　５　住まいに支障がある  　６　教育・療育について困っている  　７　緊急時の対応に不安がある  　８　災害時の避難に不安がある  　９　友だちとの関係がうまくいかない | 10　障害や病気に対する周囲の理解がない  　11　困ったときに相談する相手がいない  　12　近くに、病気や障害を理解した上で  　　　診てもらえる医療機関がない  　13　経済的に不安がある  　14　将来に不安を感じている  　15　特にない  　16　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

５　相談相手

５－１　困ったときに相談している相手

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたやご家族の方が困ったときに相談する相手は誰ですか。（〇はいくつでも）** | |
| １　家族や親族  　２　近所の人  　３　友人・知人  　４　民生委員・児童委員  　５　障害者の会や家族の会  　６　身体障害者相談員・知的障害者相談員  　７　医療関係者  　　　（医師・看護師・ソーシャルワーカー） | ８　区の障害者福祉課  　９　保健センター  　10　品川児童学園「子ども発達相談室」  　11　学校・幼稚園・保育所の教職員  　12　療育先の施設の職員  　13　相談する相手はいない  　14　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

６　福祉情報の入手先

６－１　障害に関する知識や福祉に関する情報の入手先

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたやご家族の方は、障害に関する知識や福祉に関する情報を、どこから得ていますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　広報しながわ  　２　障害者福祉のしおり  　３　区のホームページ  　４　区の窓口  　５　保健センター  　６　テレビ・ラジオ  　７　インターネット | ８　新聞・書籍  　９　障害者の会や家族の会  　10　医療機関  　11　学校・幼稚園・保育所の教職員  　12　通園施設の職員  　13　特にない  　14　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

７　日中活動について

７－１　日常生活の楽しみ方

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **あなたの日常生活の楽しみ方についてお聞きします。（〇はいくつでも）** | | |
| １　趣味や学習活動  　２　スポーツ・運動  　３　ボランティア活動  　４　友だちと遊ぶ  　５　演劇や映画の鑑賞  　６　買い物 | ７　外食  　８　読書  　９　音楽を聴く  　10　ゲーム  　11　旅行  　12　家でくつろぐ | 13　地域の行事への参加  　14　近所の散歩  　15　特にない  　16　その他（　　　　　　） |

８　障害理解・権利擁護について

８－１　差別や偏見、誤解や理解不足を感じた経験

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **あなたやご家族の方は、障害に対する差別や偏見、誤解や理解不足を感じますか。（〇はひとつ）** | | |
| １　常に感じる  　２　ときどき感じる | ３　あまり感じない  　４　全く感じない | ５　わからない |

８－２　理解を進めるために力を入れるべきこと

|  |
| --- |
| **あなたやご家族の方は、障害への理解を進めていくためにどのようなことに力を入れるべきだと思いますか。（〇はいくつでも）** |
| １　障害や障害者の生活を伝えるパンフレットの発行  　２　障害者作品展やイベントの開催  　３　地域や学校等で交流の機会を増やすこと  　４　地域や学校等でともに学び、ともに暮らすこと  　５　学校や生涯学習での障害に関する教育や情報提供  　６　障害についての講演会や疑似体験会の開催  　７　障害者の一般就労の促進  　８　特にない  　９　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

８－３　成年後見制度の認知

|  |
| --- |
| **成年後見制度とは、精神上の障害（知的障害、精神障害、認知症など）により判断能力が十分でな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。（〇はひとつ）** |
| １　名前も内容も知っている  　２　名前は聞いたことはあるが、内容は知らない  　３　名前も内容も知らない |

８－４　成年後見制度の利用意向

|  |
| --- |
| **あなたは、成年後見制度を利用したいと思いますか。（〇はひとつ）** |
| １　既に利用している  　２　今は必要ないが、将来必要になったら利用したい  　３　利用したいとは思わない  　４　わからない |

９　福祉サービスについて

９－１　障害福祉サービス等の利用状況・利用意向

|  |
| --- |
| **次のようなサービスについて、あなたの利用状況と今後（２～３年以内に）利用希望について、以下の選択肢から１つ選んでください。（〇はひとつ）** |
| **（１）障害福祉サービス等**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 現在必要なものは利用できているる | 現在利用しているが、もっと使えるなら使いたい | 現在は利用していないが、今後利用したい | 利用希望  はない | | ①居宅介護（ホームヘルプ） | １ | ２ | ３ | ４ | | ②行動援護 | １ | ２ | ３ | ４ | | ③同行援護 | １ | ２ | ３ | ４ | | ④短期入所（ショートステイ） | １ | ２ | ３ | ４ | | ⑤コミュニケーション支援事業 | １ | ２ | ３ | ４ | | ⑥日常生活用具給付事業 | １ | ２ | ３ | ４ | | ⑦移動支援事業 | １ | ２ | ３ | ４ | | ⑧日中一時支援事業 | １ | ２ | ３ | ４ | | ⑨自立支援医療 | １ | ２ | ３ | ４ | | ⑩補装具 | １ | ２ | ３ | ４ |   **（２）障害児通所支援サービス等**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 現在必要なものは利用できている | 現在利用しているが、もっと使えるなら使いたい | 現在は利用していないが、今後利用したい | 利用希望  はない | | ①児童発達支援 | １ | ２ | ３ | ４ | | ②医療型児童発達支援 | １ | ２ | ３ | ４ | | ③放課後等デイサービス | １ | ２ | ３ | ４ | | ④居宅訪問型児童発達支援 | １ | ２ | ３ | ４ | | ⑤保育所等訪問支援 | １ | ２ | ３ | ４ | |

９－２　サービス利用に関して困っていること

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたは、サービス利用に関して困っていることがありますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　サービスに関する情報が少ない  　２　区役所での手続きが大変  　３　利用できる回数や日数が少ない  　４　事業者との利用日等の調整が大変  　５　サービスの質が良くない | ６　利用したいサービスが利用できない  　７　利用者負担が大きい  　８　特にない  　９　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

10　災害対策について

10－１　災害が発生したときに困ること

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたやご家族の方が、地震などの災害が発生したときに困ることや不安なことは何ですか。**  **（〇はいくつでも）** | |
| １　災害の発生を知る方法がない  　２　助けを求める方法がない  　３　近くに助けてくれる人がいない  　４　一人では避難できない  　５　避難所の設備は障害に対応しているか不安  　６　避難所のトイレを利用できるか不安 | ７　避難所で必要な支援が受けられるか不安  　８　避難所で他の人と一緒に過ごすのが難しい  　９　薬や医療的ケアを確保できるかどうか不安  　10　特にない  　11　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

10－２　災害に対してしている備え

|  |
| --- |
| **あなたやご家族の方は、災害に対してどのような備えをしていますか。（〇はいくつでも）** |
| １　日頃から家族で災害時の対応を話し合っている  　２　非常時持ち出し品の用意、非常食等の備蓄をしている  　３　疾病等で必要な薬や医療機関の連絡先などを備えている  　４　近所の人や知人等に、災害が発生したときの助けをお願いしている  　５　特に何もしていない  　６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

11　教育・保育について

11－１　通園・通学先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **あなたが主に通園・通学をしているところをお聞きします。（〇はひとつ）** | | |
| 小学校入学前 | １　保育園  　２　幼稚園  　３　児童発達支援施設 | ４　障害児入所施設（福祉型・医療型）  　５　通園・通所はしていない  　６　その他（　　　　　　　　） |
| 学校在学中 | ７　小学校の通常学級  　８　小学校の特別支援学級  　９　特別支援学校の小学部  　10　中学校の通常学級  　11　中学校の特別支援学級 | 12　特別支援学校の中学部  　13　高等学校  　14　特別支援学校の高等部  　15　その他の学校 |
| 学校卒業後 | 16　働いている  　17　自宅で過ごしている |  |

11－２　通園生活や今後の進路等で困っていること・心配していること

|  |  |
| --- | --- |
| **「小学校入学前」と回答した方にお聞きします。通園生活や今後の進路等で困っていることや心配していることはありますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　通園の送迎  　２　周囲の子どものとの関係  　３　教職員の指導の仕方  　４　通園生活での本人の成長  　５　今後の進路について  　６　子どもの将来について | ７　保育や教育・療育に関する情報が少ない  　８　療育・リハビリテーションの機会が少ない  　９　費用など経済的な負担  　10　特に困っていることや心配はない  　11　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

11－３　小学校で希望する教育機関

|  |  |
| --- | --- |
| **「小学校入学前」と回答した方にお聞きします。小学校はどの教育機関を希望しますか。**  **（〇はひとつ）** | |
| １　小学校の通常学級  　２　小学校の特別支援学級 | ３　特別支援学校の小学部  　４　わからない |

11－４　通学生活等で困っていること・心配していること

|  |  |
| --- | --- |
| **「学校在学中」と回答した方にお聞きします。通学生活等で困っていることや心配していることはありますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　通学の送迎  　２　周囲の子どものとの関係  　３　教職員の指導の仕方  　４　通学生活での本人の成長  　５　今後の進路について  　６　子どもの将来について | ７　教育・療育に関する情報が少ない  　８　療育・リハビリテーションの機会が少ない  　９　費用など経済的な負担  　10　特に困っていることや心配はない  　11　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

11－５　幼稚園や保育園、学校等にいる時間以外の過ごし方

|  |  |
| --- | --- |
| **「小学校入学前」「学校在学中」と回答した方にお聞きします。放課後や長期休業中など、幼稚園や保育園、学校等にいる以外の時間は、どのように過ごしていますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　家族といる  　２　友人、知人といる  　３　一人でいる  　４　ヘルパーなどと外出する  　５　すまいるスクールを利用する | ６　放課後等デイサービスを利用する  　７　にじのひろばを利用する  　８　習い事や塾へ行く  　９　特になにもしていない  　10　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

11－６　幼稚園や保育園、学校等にいる時間以外に希望する過ごし方

|  |  |
| --- | --- |
| **「小学校入学前」「学校在学中」と回答した方にお聞きします。放課後や長期休業中など、幼稚園や保育園、学校等にいる以外の時間は、どのように過ごすことを希望していますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　地域の同世代の子どもと遊ばせたい  　２　すまいるスクールを利用したい  　３　放課後等デイサービスを利用したい  　４　にじのひろばを利用したい | ５　ショートステイを利用したい  　６　習い事や塾に行きたい  　７　特にない  　８　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

11－７　中学校（中学部）卒業後に希望する進路

|  |  |
| --- | --- |
| **「小学校（小学部）、または中学校（中学部）に通っている方」のご家族の方にお聞きします。中学校（中学部）卒業後はどのような進路を希望しますか。（〇はひとつ）** | |
| １　高等学校（夜間を含む）  　２　特別支援学校の高等部  　３　通信制高校等  　４　生活訓練や就労支援の訓練施設 | ５　特にどこにも通わない  　６　わからない  　７　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

11－８　高等学校（高等部）卒業後に希望する進路

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **「高等学校、または特別支援学校の高等部に通っている方」にお聞きします。高等学校（高等部）卒業後はどのような進路を希望しますか。（〇はいくつでも）** | | |
| ご本人の希望 | １　大学や短期大学へ通う  　２　専門学校や専修学校へ通う  　３　職業訓練学校へ通う  　４　企業等へ就職する（一般就労）  　５　自分で仕事をする（自営業など） | ６　福祉作業所や就労支援の施設へ通う  　７　地域活動支援センターへ通う  　８　生活介護の施設へ通う  　９　わからない  　10　その他（　　　　　　　　　　） |
| 保護者の方の希望 | １　大学や短期大学へ通う  　２　専門学校や専修学校へ通う  　３　職業訓練学校へ通う  　４　企業等へ就職する（一般就労）  　５　自分で仕事をする（自営業など） | ６　福祉作業所や就労支援の施設へ通う  　７　地域活動支援センターへ通う  　８　生活介護の施設へ通う  　９　わからない  　10　その他（　　　　　　　　　　） |

12　将来について

12－１　将来、希望する日中の過ごし方

|  |
| --- |
| **あなたは将来、どのように日中を過ごしたいと思いますか。（〇はいくつでも）** |
| １　自宅でのんびり過ごしたい  　２　家族がいる場所で過ごしたい  　３　一般企業などで働きたい  　４　福祉作業所などで働きたい  　５　働くための訓練・支援を受け、企業で働くことをめざしたい  　６　自立した日常生活ができるよう、機能訓練などを受けて過ごしたい  　７　医療機関で、看護や介護を受けながら過ごしたい  　８　通所施設で、支援を受けながら様々な活動をしたい  　９　学校に通いたい  　10　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　11　わからない |

12－２　将来、希望する暮らし方

|  |  |
| --- | --- |
| **あなたは将来、どこで暮らしたいと思いますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　地域で一人暮らしをしたい  　２　地域で家族と一緒に暮らしたい  　３　地域のグループホームなどで暮らしたい  　４　施設に入所して暮らしたい | ５　病院に入院して暮らしたい  　６　医療設備の充実している施設（病院等）で 　　　暮らしたい  　７　その他（　　　　　　　　　　　　　）  　８　わからない |

13　区の施策について

13－１　障害者が地域で安心して暮らしていくために重要な施策

|  |
| --- |
| **障害のある方が地域で安心して暮らしていくためには、どのような施策が重要だと思いますか。**  **（〇はいくつでも）** |
| １　気軽に相談できる、相談支援体制の充実  　２　地域で自立した生活をおくるための、地域生活支援体制の充実  　３　子どもの成長を支える療育・家族支援体制の充実  　４　緊急時や災害時の安全を確保するための、安心・安全な生活基盤の確保  　５　障害のある方の生活をサポートする、人材育成  　６　一人ひとりの状況に合わせた支援を行える、サービス提供体制の充実  　７　一人ひとりの状況に応じて働ける、就労支援体制の充実  　８　一人ひとりの権利や尊厳を守る、権利擁護体制の構築  　９　障害の有無に係わらずともに生活できる、理解と共感が深まる意識啓発  　10　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　11　特にない |

13－２　品川区は暮らしやすいまちか

|  |  |
| --- | --- |
| **品川区は、障害のある方やご家族の方にとって、暮らしやすいまちですか。（〇はひとつ）** | |
| １　とても暮らしやすい  　２　どちらかというと暮らしやすい | ４　暮らしにくい  　５　わからない |

14　意見・要望

14－１　意見・要望

|  |
| --- |
| **区の障害児・者施策に関して、ご意見・ご要望などがありましたら、ご自由にお書きください。** |

**４．事業所**

１　事業者概要

１－１　事業所名

|  |  |
| --- | --- |
| **差し支えなければ、事業所名とご担当者様のお名前、連絡先の電話番号をお書きください。** | |
| 事業所名 |  |
| ご担当者様 |  |
| 電話番号 |  |

１－２　運営主体

|  |  |
| --- | --- |
| **貴事業所の運営主体をお聞きします。（○はひとつ）** | |
| １　社会福祉法人  　２　医療法人  　３　社団法人・財団法人  　４　株式会社・有限会社  　５　特定非営利活動法人（ＮＰＯ法人） | ６　協同組合  　７　その他法人  　８　個人医療機関  　９　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

１－３　開業年

|  |
| --- |
| **貴事業所の開業年お聞きします。** |
| 昭和　・　平成　　　　　　年（西暦　　　　　年） |

１－４　提供しているサービスの種類

|  |  |
| --- | --- |
| **貴事業所で提供している障害福祉サービス、相談支援、児童福祉法に基づく障害児サービス等を次の中から選んで〇をつけてください。（〇はいくつでも）**  **※ 介護保険サービスは含めないでお答えください。** | |
| １　居宅介護  　２　重度訪問介護  　３　同行援護  　４　行動援護  　５　療養介護  　６　生活介護  　７　短期入所  　８　重度障害者等包括支援  　９　施設入所支援  　10　自立訓練（機能訓練）  　11　自立訓練（生活訓練）  　12　就労移行支援  　13　就労継続支援（Ａ型）  　14　就労継続支援（Ｂ型）  　15　就労定着支援 | 16　自立生活援助  　17　共同生活援助（グループホーム）  　18　地域相談支援  　（地域移行支援・地域定着支援）  　19　計画相談支援  　（サービス利用支援・継続サービス利用支援）  　20　移動支援事業  　21　地域活動支援センター  　22　児童発達支援  　23　医療型児童発達支援  　24　放課後等デイサービス  　25　居宅訪問型児童発達支援  　26　保育所等訪問支援  　27　障害児相談支援  　28　日中一時支援  　29　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

１－５　利用者数

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **貴事業所で提供しているサービスの利用者数をお聞きします。障害別にお答えください。**  **※ 重複障害の方については主たる障害についてご回答ください。** | | | | | |
| 身体障害 | 人 |  | 発達障害 | 人 |  |
| 知的障害 | 人 |  | 高次脳機能障害 | 人 |  |
| 精神障害 | 人 |  | 難病 | 人 |  |

１－６　区民利用者の割合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **貴事業所のサービス利用者のうち、品川区民の割合はどれくらいですか。（○はひとつ）** | | |
| １　90％以上  　２　70～90％ | ３　50～70％  　４　50％未満 | ５　その他（　　　　　　） |

２　経営状況

２－１　昨年度の事業収支

|  |  |
| --- | --- |
| **貴事業所の昨年度（平成30年度（2018年度））の事業の収支をお聞きします。（○はひとつ）** | |
| 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　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

２－２　今年度の事業収支の見込み

|  |  |
| --- | --- |
| **貴事業所の今年度（令和元年度（2019年度））の事業の収支見込みをお聞きします。（○はひとつ）** | |
| １　黒字になりそう  　２　ほぼ収支が均衡になりそう  　３　やや赤字になりそう | ４　大幅な赤字になりそう  　５　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

２－３　今年度の事業収支の見込みが赤字になりそうな理由

|  |
| --- |
| **「今年度の事業の収支見込みが赤字になりそう」と回答した方にお聞きします。差し支えなければ、赤字になりそうな理由をご自由にお書きください。** |

３　職員について

３－１　職員数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **貴事業所の職員数をお聞きします。** | | |
| 常勤職員 |  | 人 |
| 非常勤職員 |  | 人 |

３－２　職員の過不足感

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **貴事業所の職員の過不足の状況をお聞きします。（○はひとつ）** | | |
| １　大変不足している  　２　不足している | ３　やや不足している  　４　不足はしていない | ５　その他（　　　　　　） |

３－３　人材確保のための取り組み

|  |  |
| --- | --- |
| **貴事業所で行っている人材確保のための取り組みについてお聞きします。（〇はいくつでも）** | |
| １　求人誌などに人材広告を掲載した  　２　インターネットの求人サイトを利用した  　３　人材募集のチラシを配布した  　４　ハローワークを通して募集した  　５　福祉専門学校等で求人を行った | ６　知人や職員経由・人づてで探した  　７　ボランティアを受け入れた  　８　事業所のホームページを通して募集した  　９　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

３－４　人材定着のための取り組み

|  |
| --- |
| **貴事業所で行っている人材定着のための取り組みについてお聞きします。（〇はいくつでも）** |
| １　資格取得のための金銭的な支援を行った  　２　資格取得のための休暇取得などの支援を行った  　３　外部の研修への金銭補助などの支援を行った  　４　外部の研修への休暇取得などの支援を行った  　５　勤務条件（夜勤勤務、勤務時間帯の配慮など）の改善に取り組んだ  　６　給与面での改善に取り組んだ  　７　福利厚生（育児休暇、介護休暇など）の充実に取り組んだ  　８　事業所内での研修機会の確保に取り組んだ  　９　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　10　特にしていない |

４　サービス提供について

４－１　利用者に対する情報提供の方法

|  |  |
| --- | --- |
| **貴事業所が提供しているサービスについて、どのような方法で利用者に対して情報提供していますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　パンフレット、冊子  　２　法人の広報誌  　３　ホームページ | ４　その他（　　　　　　　　　　　　　）  　５　特に情報提供はしていない |

４－２　サービス提供における課題

|  |
| --- |
| **貴事業所でサービスを提供する上で、課題となっていることは何ですか。（〇はいくつでも）** |
| １　量的に、利用者の希望通りのサービスを提供できていない  　２　質的に、利用者の希望通りのサービスを提供できていない  　３　契約やサービス内容についての説明が十分できていない  　４　利用者や家族とのコミュニケーションが難しい  　５　困難事例への対応が難しい  　６　休日や夜間の対応が難しい  　７　変更やキャンセルが多い  　８　苦情やトラブルが多い  　９　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

４－３　希望通り提供できないサービスの種類

|  |  |
| --- | --- |
| **「量的あるいは質的に利用者の希望通りのサービスを提供できていない」と回答した方にお聞きします。量的、質的に希望通りのサービスが提供できていないのは具体的にどのサービスでしょうか。** | |
| 量的に  希望通りの提供ができていないサービス |  |
| 質的に  希望通りの提供ができていないサービス |  |

４－４　苦情やトラブルへの対応方法

|  |
| --- |
| **「苦情やトラブルが多い」と回答した方にお聞きします。利用者やご家族からの苦情やトラブルには、具体的にどのような対応をしているでしょうか。ご自由にお書きください。** |

５　医療的ケアを必要とする利用者等について

５－１　医療的ケアを必要とする利用者の有無

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **現在、貴事業所において、医療的ケアの必要な利用者は何人くらいいますか。（〇はひとつ）** | | | |
| １　０人  　２　１～２人 | ３　３～５人  　４　６～10人 | ５　11～20人  　６　21～30人 | ７　31人以上 |

５－２　利用者が必要としている医療的ケアの内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **「医療的ケアの必要な利用者がいる」と回答した方にお聞きします。現在、貴事業者の利用者が必要としている医療的ケアの内容は次のうちどれですか。（〇はいくつでも）** | | |
| １　たん吸引  　２　吸入  　３　経管栄養  　４　中心静脈栄養 | ５　導尿  　６　在宅酸素  　７　パルスオキシメーター  　８　気管切開部の管理 | ９　人工呼吸器の管理  　10　服薬管理  　11　その他（　　　　　　） |

５－３　医療的ケアを必要とする利用者に対する配慮

|  |  |
| --- | --- |
| **「医療的ケアの必要な利用者がいる」と回答した方にお聞きします。貴事業者において、医療的ケアを必要とする利用者に対して配慮していることはありますか。（〇はひとつ）　配慮されている場合には、具体的な内容をお書きください。** | |
| １　配慮していることがある　→ | ［配慮している具体的な内容］ |
| ２　配慮していることは特にない |  |

５－４　対応可能な医療的ケアの内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **貴事業者において、対応可能な医療的ケアの内容は次のうちどれですか。（〇はいくつでも）** | | |
| １　たん吸引  　２　吸入  　３　経管栄養  　４　中心静脈栄養 | ５　導尿  　６　在宅酸素  　７　パルスオキシメーター  　８　気管切開部の管理 | ９　人工呼吸器の管理  　10　服薬管理  　11　その他（　　　　　　） |

５－５　医療的ケアを必要とする利用者に対する支援の課題

|  |
| --- |
| **貴事業者において、医療的ケアを必要とする利用者に対する支援として、どのような課題があると感じていますか。個別ケースとしての課題でも、制度的な課題でもけっこうですので、ご自由にお書きください。** |

５－６　医療的ケアが必要な利用者を受け入れるために必要なこと

|  |
| --- |
| **「医療的ケアの必要な利用者がいない」と回答した方にお聞きします。貴事業所において、医療的ケアを必要とする利用者を受け入れるために必要なことは何ですか。（○はいくつでも）** |
| １　スタッフの医療的ケアに関する知識・技術の習得  　２　医療的ケアができる新規スタッフの雇い入れ  　３　医療的ケアに必要な機器の購入  　４　医療的ケアに必要なスペースの確保・増設  　５　新規雇い入れや機器をを導入するための資金  　６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

５－７　重症心身障害児（者）の利用の有無

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **現在、貴事業所において、重症心身障害児（者）の利用者は何人くらいいますか。（〇はひとつ）** | | | |
| １　０人  　２　１～２人 | ３　３～５人  　４　６～10人 | ５　11～20人  　６　21～30人 | ７　31人以上 |

５－８　重症心身障害児（者）に対する配慮

|  |  |
| --- | --- |
| **「重症心身障害児（者）の利用者がいる」と回答した方にお聞きします。貴事業者において、重症心身障害児（者）に対して配慮していることはありますか。（〇はひとつ）　配慮されている場合には、具体的な内容をお書きください。** | |
| １　配慮していることがある　→ | ［配慮している具体的な内容］ |
| ２　配慮していることは特にない |  |

５－９　重症心身障害児（者）を受け入れるために必要なこと

|  |
| --- |
| **「重症心身障害児（者）の利用者がいない」と回答した方にお聞きします。貴事業所において重症心身障害児（者）を受け入れるために必要なことは何ですか。（○はいくつでも）** |
| １　スタッフの重症心身障害児（者）に関する知識・介助技術の習得  　２　重症心身障害児（者）に対応できる新規スタッフの雇い入れ  　３　重症心身障害児（者）への対応に必要な機器の購入  　４　重症心身障害児（者）への対応に必要なスペースの確保・増設  　５　新規雇い入れや機器をを導入するための資金  　６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

５－10　重症心身障害児（者）に対する支援の課題

|  |
| --- |
| **貴事業者において、重症心身障害児（者）に対する支援として、どのような課題があると感じていますか。個別ケースとしての課題でも、制度的な課題でもけっこうですので、ご自由にお書きください。** |

６　質の維持、向上に向けての取り組みについて

６－１　サービス向上のための取り組み

|  |  |
| --- | --- |
| **貴事業所では、サービス向上のためにどのようなことに取り組んでいますか。（〇はいくつでも）** | |
| １　困難事例のケース検討会などの開催  　２　事業者独自の評価  　３　利用者による評価  　４　第三者機関の評価  　５　専門職の配置  　６　サービス提供マニュアルの作成  　７　緊急用マニュアルの作成 | ８　虐待防止マニュアルの作成  　９　事故防止対策  　10　感染症対策  　11　利用者への説明の徹底  　12　苦情や相談の受付体制の整備  　13　その他（　　　　　　　　　　　　）  　14　特にない |

７　運営課題

７－１　経営をしていく上での課題

|  |
| --- |
| **貴事業所を経営していく上で課題となっていることは何ですか。（〇はいくつでも）** |
| １　サービス単価が低く収益の確保が難しい  　２　運転資金の調達が難しい  　３　職員の確保が難しい  　４　職員の待遇改善ができない  　５　職員の資質向上が難しい（職員の研修、育成を行う時間を十分とれない）  　６　経理や請求などの事務作業量が多い  　７　制度改正などへの対応が難しい  　８　施設・設備の改善が難しい  　９　近隣に同業の事業者が多く、競争が厳しい  　10　地域住民の理解を得るのが難しい  　11　他の事業者との連携が難しい  　12　行政との連携が難しい  　13　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　14　特にない |

７－２　「他の事業者との連携が難しい」と感じるとき

|  |
| --- |
| **「他の事業者との連携が難しい」と回答した方にお聞きします。連携が難しいと感じるのは、具体的にどのようなときでしょうか。ご自由にお書きください。** |

７－３　「行政との連携が難しい」と感じるとき

|  |
| --- |
| **「行政との連携が難しい」と回答した方にお聞きします。連携が難しいと感じるのは、具体的にどのようなときでしょうか。ご自由にお書きください。** |

８　今後の事業展開

８－１　新規参入・増設について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **貴事業者では、障害福祉サービス等への新規参入または事業所増設を考えていますか。（〇はひとつ）※介護保険サービスは含めないでお答えください。** | | |
| １　考えている | ２　参入したいが、障壁が 　　　あってすぐにはできない | ３　考えていない |

８－２　新規に参入を考えているサービス

|  |  |
| --- | --- |
| **「サービスへの新規参入・増設を考えている」と答えた方にお聞きします。貴事業所で、今後新規に参入または事業所の増設を検討している障害福祉サービスはどれですか。（〇はいくつでも）**  **※ 介護保険サービスは含めないでお答えください。** | |
| １　居宅介護  　２　重度訪問介護  　３　同行援護  　４　行動援護  　５　療養介護  　６　生活介護  　７　短期入所  　８　重度障害者等包括支援  　９　施設入所支援  　10　自立訓練（機能訓練）  　11　自立訓練（生活訓練）  　12　就労移行支援  　13　就労継続支援（Ａ型）  　14　就労継続支援（Ｂ型）  　15　就労定着支援 | 16　自立生活援助  　17　共同生活援助（グループホーム）  　18　地域相談支援  　（地域移行支援・地域定着支援）  　19　計画相談支援  　（サービス利用支援・継続サービス利用支援）  　20　移動支援事業  　21　地域活動支援センター  　22　児童発達支援  　23　医療型児童発達支援  　24　放課後等デイサービス  　25　居宅訪問型児童発達支援  　26　保育所等訪問支援  　27　障害児相談支援  　28　日中一時支援  　29　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

８－３　新規参入への障壁

|  |
| --- |
| **貴事業所が新たなサービスを始めるにあたって、障壁となっていることがあれば、ご自由にお書きください。** |

９　区への要望等

９－１　意見・要望

|  |
| --- |
| **区の障害者施策に関して、ご意見・ご要望などがありましたら、ご自由にお書きください。** |