

## 障害者福祉に関するアンケートについてのお願い

市民の皆様には、日ごろから市政にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

安城市では、障害のある人が住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるよう、「第6期安城市障害福祉計画・第2期安城市障害児福祉計画」を策定し、令和3年度から令和5年度の期間で施策を進めています。

このたび、令和6年度から新たに始まる第7期安城市障害福祉計画・第3期安城市障害児福祉計画」の策定に向け、基礎資料を得るためアンケート調査をすることになりました。今回の調査は障害の手帳をお持ちの方、児童発達支援や放課後等デイサービスなどのサービスを利用している方を対象にご協力をお願いしています。

お忙しいとは存じますが、アンケートの趣旨をご理解いただき、皆様の率直なご意見をお聞かせくださいますようお願いいたします。

なお、この調査は無記名で実施し、ご記入いただいた内容については、統計的に処理しますので、個人の情報が特定されることや目的以外に使用することは一切ありません。

令和4年12月

安城市

### ◇ご記入の前に

- ・封筒のあて名のお子さんについて、保護者様をご記入ください。
- ・令和4年12月1日現在でご記入ください。
- ・答えたくない質問は無回答のまま、つぎの質問に進んでください。

### ◇調査票の返送について

- ・ご記入いただきました調査票は、同封の返信用封筒に入れ、〇月〇日（ ）までにご投函くださるようお願いいたします（切手は必要ありません）。

### ◇調査についてのお問い合わせ

安城市 福祉部 障害福祉課 障害給付係

電話（0566）71-2259

FAX（0566）74-6789

# 1 封筒のあて名のお子様の年齢、ご家族などについておたずねします。

問1 お子様の年齢をお答えください。

\_\_\_\_\_才（令和4年12月1日時点）

問2 お子様の性別をお答えください。

1. 男性                      2. 女性                      3. 回答したくない

問3 お子様は身体障害者手帳をお持ちですか。（○は一つ）

1. 持っていない                      2. 持っている

問3で「2. 持っている」と答えた方にお聞きします。

問3-1 お持ちの等級を教えてください。（○は一つ）

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

問3-2 手帳に記載のある障害を教えてください。（○はいくつでも）

1. 視覚障害                      2. 聴覚障害・平衡機能障害  
3. 音声・言語・そしゃく機能障害                      4. 肢体不自由（上肢）  
5. 肢体不自由（下肢）                      6. 肢体不自由（上肢下肢両方・体幹含む）  
7. 内部障害（1～6以外）

問4 お子様は療育手帳をお持ちですか。（○は一つ）

1. 持っていない                      2. 持っている

問4で「2. 持っている」と答えた方にお聞きします。

問4-1 お持ちの等級を教えてください。（○は一つ）

1. A判定                      2. B判定                      3. C判定

問5 お子様は精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。(〇は一つ)

1. 持っていない

2. 持っている

問5で「2. 持っている」と答えた方にお聞きします。

問5-1 お持ちの等級を教えてください。(〇は一つ)

1. 1級

2. 2級

3. 3級

問6 お子様は自立支援医療受給者証(精神通院)をお持ちですか。(〇は一つ)

1. 持っていない

2. 持っている

問7 特定医療費(指定難病)受給者証をお持ちですか。(〇は一つ)

1. 持っていない

2. 持っている

問8 お子様は発達障害<sup>※</sup>として診断されたことがありますか。(〇は一つ)

1. ある

2. ない

※発達障害とは、発達障害者支援法において「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その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」と定義されています。

問9 お様が現在受けている医療的ケアをお答えください。(〇はいくつでも)

1. 気管切開

2. 人工呼吸器(気管挿入・気管切開型)

3. 人工呼吸器(マスク型)

4. 吸入

5. たん吸引

6. 胃ろう・腸ろう

7. 鼻孔経管栄養

8. 中心静脈栄養(IVH)

9. 透析

10. カテーテル留置

11. 人工肛門・人工膀胱

12. その他( )

13. 受けていない



### 3 障害福祉サービスなどについておたずねします。

問 12 お子様は次のサービスを受けていますか。(〇はいくつでも。通所受給者証で確認できます。)

1. 児童発達支援（未就学児の発達訓練）
2. 医療型児童発達支援（児童発達支援に加えて医療スタッフによる支援）
3. 放課後等デイサービス（就学中の児童の生活能力向上のための訓練等）
4. 保育所等訪問支援（支援員が保育所等を訪問して集団生活に適應させるための支援）
5. 1～4のサービスは受けていない

問 12で「1」～「4」のどれかに答えた方にお聞きします。

問 12-1 そのサービスにどれくらい満足していますか。(〇は一つ)

1. 満足
2. 少し満足
3. どちらともいえない
4. 少し不満
5. 不満

問 12-1で「4」又は「5」と答えた方にお聞きします。

問 12-2 そのサービスに不満な理由は何ですか。(〇はいくつでも)

1. 必要なサービスが足りない
2. 開所時間が短い
3. スタッフがよく変わる
4. その他（ ）

問 12で「1」～「4」のどれかに答えた方にお聞きします。

問 12-3 障害児支援利用計画書を作るために相談支援専門員に相談してもらっていますが、その相談にどれくらい満足していますか。(〇は一つ)

1. 満足
2. 少し満足
3. どちらともいえない
4. 少し不満
5. 不満
6. 相談支援専門員の相談は受けていない

問 12-3で「4」又は「5」と答えた方にお聞きします。

問 12-4 その相談に不満な理由は何ですか。(〇はいくつでも)

1. 相談の時間が短い
2. 相談の回数が少ない
3. 自分の話を十分聞いてくれない
4. 受けたいサービスをお願いしても断られる
5. 相談員がよく変わる
6. その他（ ）

**問 13 お子様は次のサービスを受けていますか。(〇はいくつでも)**

1. 自宅で食事や入浴などの介助
2. 外出の介助
3. 介護者が病気の時などに短期間入所してもらい、入浴、排せつ、食事の介護等を行うサービス（短期入所）
4. 車いす、補聴器などの補装具やおむつなどの日常生活に必要なものの購入の補助
5. 日中の活動ができる場を利用するサービス（日中一時支援）
6. これらのサービスは受けていない

**問 13 で「1」～「5」のどれかに答えた方にお聞きします。**

**問 13-1 そのサービスにどれくらい満足していますか。(〇は一つ)**

1. 満足
2. 少し満足
3. どちらともいえない
4. 少し不満
5. 不満

**問 13-1 で「4」又は「5」と答えた方にお聞きします。**

**問 13-2 そのサービスに不満な理由は何ですか。(〇はいくつでも)**

1. 必要なサービスが足りない →何が足りないですか。( )
2. 送迎がない
3. 事業所スタッフが話を聞いてくれない
4. 事業所スタッフが乱暴だったりひどい言葉をかけてきたりする
5. その他 ( )

**問 14 現在不安なことや困っていることはありませんか。(〇はいくつでも)**

1. お子様の通う学校や園での活動について
2. お子様の介助の負担
3. お子様の卒業後の暮らし・就職
4. お子様の障害や病気について
5. その他 ( )

**問 15 お子様についての悩みや困りごとがあったらだれ(どこ)に相談しますか。(〇はいくつでも)**

1. 家族
2. 友だち
3. 学校・園の先生
4. 施設の指導員やヘルパー
5. かかりつけの医師や看護師
6. 障害児の団体や家族会
7. 相談支援事業所
8. 民生委員・児童委員・障害者相談員
9. 市・県・国の相談窓口
10. 電話の相談サービス
11. その他 ( )

問 16 最後に、障害児福祉へのご意見・ご要望がございましたらご記入ください。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました。