

令和4年度(2022年度)

《発達支援等調査》

調査票(案)

【調査のご記入にあたってのお願い】

1. この調査は、ご家族や介護されている方がお答えください。
2. このアンケートは匿名です。名前・住所を書いていただく必要はありません。
3. ご記入は、必ず黒又は青のボールペン、又は鉛筆でお願いします。
4. 質問番号に沿って、できるかぎり全部の質問にお答えください。
5. お答えは、あてはまる回答の番号に○印をつけてください。
6. 「その他()」に○印をつけられた方は、お手数ですが具体的にご記入ください。
7. ご記入いただきました調査票は、

令和4年10月11日(火曜日)までに

三つ折りにした上で、同封した返信用封筒(切手不要)に入れて郵送してください。

8. 調査報告書は、●月末から図書館、すこやか福祉センター、区ホームページなどでご覧になれます。
9. 調査の内容や記入の方法などについて、ご不明な点がございましたら、下記までお問合せください。

中野区健康福祉部障害福祉課子ども発達支援係

TEL. 03-3228-5613 FAX. 03-3228-5505

E-mail shogaihukusi@city.tokyo-nakano.lg.jp

質問の上に(全員の方に)と記載のあるものは全員の方が、(～の方に)とその他の記載があるものはその条件に合う方のみお答えください。

《お子さん(あて名の方ご本人)の状況について、お伺いします》

(全員の方に)

問1 このアンケートにお答えいただく方はどなたですか。(○は1つ)

1. ご家族	2. その他の人(具体的に:)
--------	------------------

(全員の方に)

問2 お子さん(あて名の方ご本人)の性別と、令和4年8月1日現在の年齢をお答えください。
(○は1つ、右づめで数字を直接記入)

〈性別〉	1. 男性	2. 女性	3. その他	〈年齢〉			歳
------	-------	-------	--------	------	----------------------	----------------------	---

(全員の方に)

問3 お子さん(あて名の方ご本人)と同居するご家族をお答えください。
(あてはまるものすべてに○)

1. 父	2. 母	3. 兄弟姉妹 ()人
4. その他 ()		

(全員の方に)

問4 次のサービス等を現在、利用していますか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|--------------------------|------------------|-----------------|
| 1. 専門医 | 2. 地域主治医 | 3. 訪問看護ステーション |
| 4. 訪問リハビリ | 5. リハビリ目的での通院 | 6. 居宅介護(ホームヘルプ) |
| 7. 移動支援 | 8. 短期入所(ショートステイ) | 9. 相談支援事業所 |
| 10. 在宅レスパイト事業 | 11. 児童発達支援 | 12. 医療型児童発達支援 |
| 13. 居宅訪問型児童発達支援 | | 14. 放課後等デイサービス |
| 15. アポロ園及びゆめなりあの保育所等訪問支援 | | |
| 16. 「15.」以外の保育所等訪問支援 | | |
| 17. 区立障害児通所支援施設一時保護事業 | | |
| 18. 医療型障害児入所支援施設 | | |
| 19. 福祉型障害児入所支援施設 | | 20. 居宅訪問型保育事業 |
| 21. 保育所 | 22. 幼稚園 | 23. 学童クラブ |
| 24.ペアレントメンターによる相談 | | 25. 患者会・親の会 |
| 26. 利用していない | 27. その他() | |

(全員の方に)

問4-1 これまで利用できなかったサービス等がありますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

(問4-1で「1. はい」とお答えの方に)

問4-2 利用できなかったサービス等は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|----------------------------|------------------|-----------------|
| 1. 専門医 | 2. 地域主治医 | 3. 訪問看護ステーション |
| 4. 訪問リハビリ | 5. リハビリ目的での通院 | 6. 居宅介護(ホームヘルプ) |
| 7. 移動支援 | 8. 短期入所(ショートステイ) | 9. 相談支援事業所 |
| 10. 在宅レスパイト事業 | 11. 児童発達支援 | 12. 医療型児童発達支援 |
| 13. 居宅訪問型児童発達支援 | | 14. 放課後等デイサービス |
| 15. アポロ園及びゆめなりあの保育園等巡回訪問支援 | | 16. 保育所等訪問支援 |
| 17. 区立障害児通所支援施設一時保護事業 | | |
| 18. 医療型障害児入所支援施設 | | |
| 19. 福祉型障害児入所支援施設 | | 20. 居宅訪問型保育事業 |
| 21. 保育所 | 22. 幼稚園 | 23. 学童クラブ |
| 24.ペアレントメンターによる相談 | | 25. 患者会・親の会 |
| 26. その他() | | |

(全員の方に)

問5 お子さん(あて名の方ご本人)は日常的に医療的ケア(※)が必要ですか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

※医療的ケアとは、医師の指導の下に、保護者や看護師が日常的に行っている経管栄養・痰の吸引等の医療行為を言います。

(問5で「1. はい」とお答えの方に)

問5-1 日常的にどのような医療的ケアが必要ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 人工呼吸器(TPPV・NPPV・夜間のみも含む。)

2. 気管切開

3. 鼻咽頭エアウェイ

4. 酸素

5. 吸引

6. 吸入(ネブライザー)

7. IVH(中心静脈栄養)

8. 経管栄養(経鼻・胃ろう)

9. 腸ろう

10. 透析(腹膜透析も含む)

11. 定期導尿

12. 人工肛門

13. 与薬

14. その他()

問5-2 身体能力についてお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 寝たきり

2. 座位可

3. 立位可

4. 独歩可

5. 走れる

(お子さん(あて名の方ご本人)が手帳をお持ちの方に)

問6 お子さん(あて名の方ご本人)が身体障害者手帳・愛の手帳・精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方は、等級または度数をお答えください。複数の手帳をお持ちの方は、それぞれの等級または度数についてお答えください。

(1) 身体障害者手帳(○は1つ)

1. 1級	2. 2級	3. 3級
4. 4級	5. 5級	6. 6級

(2) 愛の手帳(○は1つ)

1. 1度	2. 2度	3. 3度	4. 4度
-------	-------	-------	-------

(3) 精神障害者保健福祉手帳(○は1つ)

1. 1級	2. 2級	3. 3級
-------	-------	-------

(身体障害者手帳をお持ちの方に)

問6-1 お子さん(あて名の方ご本人)の身体障害者手帳に記載された障害名をお答えください。
(あてはまるものすべてに○)

1. 上肢機能障害	2. 聴覚・平行機能障害
3. 下肢機能障害	4. 音声・言語・そしゃく機能障害
5. 体幹機能障害	6. 脳原性まひ
7. 内部機能障害	8. 視覚障害
9. その他()	

(全員の方に)

問6-2 差し支えなければ、お子さん(あて名の方ご本人)の診断名(疑いなども含む)をお答えください。(直接記入)

()

(全員の方に)

問6-3 上記の診断に関することで気がついた年齢をお答えください。
(把握時点が複数ある場合は直近のものを記入)(右づめで直接記入)

<table><tbody><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>			歳

《児童福祉法のサービスについておたずねします》

(全員の方に)

問7 児童発達支援を知っていますか。(○は1つ)

※児童発達支援とは、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練、その他必要な支援を行うサービスです。

1. はい

2. いいえ

(全員の方に)

問8 児童発達支援を現在、利用していますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

(問8で「1. はい」とお答えの方に)

問8-1 現在、利用している児童発達支援事業所は何か所ですか。(○は1つ)

1. 1か所

2. 2か所

3. 3か所

4. 4か所以上

問8-2 現在、利用している児童発達支援事業所には、週にどの程度通われていますか。
複数か所利用している場合は、全部合わせた日数をお答えください。(○は1つ)

1. 週に1日

2. 週に2日

3. 週に3日

4. 週に4日

5. 週に5日

6. 月に2、3日

7. その他()

問8-3 児童発達支援について、希望する利用日数はどの程度ですか。(○は1つ)

1. 週に1日

2. 週に2日

3. 週に3日

4. 週に4日

5. 週に5日

6. 月に2、3日

7. その他()

(全員の方に)

問9 児童発達支援を今後、利用したいですか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

3. 分からない

(問9で「2. いいえ」とお答えの方に)

問9-1 児童発達支援を利用したくない理由はどのようなことですか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 必要ない

2. 利用したい事業所がない

3. 利用できる事業所がない

4. 家から遠くて利用できない

5. その他()

(全員の方に)

問10 居宅訪問型児童発達支援を、今後利用したいですか。

(○は1つ)

※居宅訪問型児童発達支援とは、通所が著しく困難な場合に、障害のあるお子さんの居宅を訪問し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与等の支援を行うサービスです。

1. はい

2. いいえ

3. 分からない

(問10で「1. はい」とお答えの方に)

問10-1 どの程度の日数を利用したいですか。(○は1つ)

1. 週に1日

2. 週に2日

3. 月に2、3日

4. その他()

(全員の方に)

問11 放課後等デイサービスを知っていますか。(○は1つ)

※放課後等デイサービスとは、授業の終了後又は学校の休業日に、生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流の促進その他必要な支援を行うサービスです。

1. はい

2. いいえ

(全員の方に)

問 12 放課後等デイサービスを現在、利用していますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

(問 12 で「1. はい」とお答えの方に)

問 12-1 現在、利用している放課後等デイサービス事業所は何か所ですか。(○は1つ)

1. 1か所

2. 2か所

3. 3か所

4. 4か所以上

問 12-2 現在、利用している放課後等デイサービス事業所には、週にどの程度通われていますか。複数か所利用している場合は、全部合わせた日数をお答えください。

(○は1つ)

1. 週に1日

2. 週に2日

3. 週に3日

4. 週に4日

5. 週に5日

6. 月に2、3日

7. その他()

問 12-3 放課後等デイサービスについて、希望する利用日数はどの程度ですか。

(○は1つ)

1. 週に1日

2. 週に2日

3. 週に3日

4. 週に4日

5. 週に5日

6. 月に2、3日

7. その他()

(全員の方に)

問 13 放課後等デイサービスを今後、利用したいですか(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

3. 分からない

(問 13 で「2. いいえ」とお答えの方に)

問 13-1 放課後等デイサービスを利用したくない理由はどのようなことですか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 必要ない

2. 利用したい事業所がない

3. 利用できる事業所がない

4. 家から遠くて利用できない

5. 学童クラブを利用している

6. その他()

(区外の児童発達支援や放課後等デイサービス事業所を利用している方に)

問 14 区外の児童発達支援や放課後等デイサービスの事業所を利用している方にお尋ねします。

区外の事業所を利用している理由はどのようなことですか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 障害特性にあった療育を受けるため

2. 区内事業所に空きがないため

3. 自宅に近い

4. 通学先に近い

5. その他()

(全員の方に)

問 15 保育所等訪問支援を知っていますか。(○は1つ)

※保育所等訪問支援とは、障害や発達に課題のあるお子さんが在籍する保育所や幼稚園等へ訪問し、専門的な助言・支援を行うものです。

1. はい

2. いいえ

(全員の方に)

問 16 保育所等訪問支援を今後、利用したいですか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

3. 分からない

(問 16で「1. はい」とお答えの方に)

問 16-1 保育所等訪問支援を、どの程度利用したいですか。(○は1つ)

1. 月に1日

2. 月に2日

3. 月に3日

4. その他()

(全員の方に)

問 17 障害児相談支援を知っていますか。(○は1つ)

※障害児相談支援とは、保護者等からの相談に応じて、必要な情報の提供や助言などを行ったり、児童発達支援や放課後等デイサービス等の通所給付決定の申請に係る、お子さんの心身の状況や環境、利用意向等を勘案し、障害児支援利用計画を作成したりするサービスです。

1. はい

2. いいえ

(全員の方に)

問 18 障害児相談支援(障害児相談支援事業所)を利用したことがありますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

(全員の方に)

問 19 障害児支援利用計画を作成する際には、どこの障害児相談支援事業所の利用を希望しますか。
(あてはまるものすべてに○)

※児童発達支援や放課後等デイサービス等の通所給付決定には、指定障害児相談支援事業者が作成するお子さんの心身の状況や環境、利用意向等を勘案し作成した、障害児支援利用計画が必要です。

1. 自宅近くの障害児相談支援事業所

2. すこやか障害児相談支援事業所

3. 通所(入所)先内の障害児相談支援事業所

4. 利用を希望しない

(全員の方に)

問 20 障害児相談支援を今後、利用したいですか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

3. 分からない

(全員の方に)

問 21 障害児に対する地域の理解はどの程度進んでいると思いますか。(○は1つ)

1. 十分に進んでいる

2. ある程度進んでいる

3. どちらともいえない

4. あまり進んでいない

5. 全く進んでいない

6. 分からない

(全員の方に)

問 22 次の施策・サービス等、特に充実してほしいと思うものはどれですか。

(あてはまるものすべてに○)

1. サービスの利用などの福祉に関する様々な相談支援

2.ペアレントメンター(※1)による相談

3.ペアレントトレーニング(※2)等の保護者支援

4.余暇活動の支援

5.活動の場、憩いの場の整備

6.利用できるサービスについての広報・周知

7.病気や障害に対する理解の促進

8.特にない

9.その他()

※1 ペアレントメンターとは、同じ障害のある子どもを育てる保護者が相談相手になること。悩みを共有し、実際の子育ての経験を通して助言することができる。

※2 ペアレントトレーニングとは、保護者が自分の子どもの行動を理解したり、特性をふまえた褒め方や叱り方を学ぶための支援。

(全員の方に)

問23 日常生活や就園・就学・進路・就職等で困っていることがありましたら、ご自由にお書きください。

(全員の方に)

問 24 健康福祉行政に関することや今回の調査について、ご要望やご意見などありましたら、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

この調査票は環境に配慮して
再生紙を使用しています。

