

令和4年度(2022年度)「発達支援等調査」報告書 掲載内容(案)

▶報告書では、複数の集計結果が一つのグラフや数表にまとめて掲載される場合があります。

| 新規追加、変更など | 調査項目 | 対象 | SA/MA(※) | | グラフ形式 | | | クロス集計項目 | | | | | 2020調査報告書掲載ページ | 備考 |
|-----------|---|--------------------------|----------|----------------|-------|-------|--------|---------|----|------|---------|-----|----------------|----------------------------|
| | | | | | 単純(棒) | 単純(帯) | 単純(数表) | 性別 | 年齢 | 所持手帳 | 経年比較 | その他 | | |
| | 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。 | 全員 | SA | ○は1つ | ○ | | ○ | | | | | | | |
| | 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。 | 全員 | SA | ○は1つ、右つめで数字を記入 | ○ | | ○ | | | | | | | |
| | 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。 | 全員 | MA | あてはまるものすべてに○ | ○ | | ○ | | | | | | | |
| 選択肢変更 | 問4 次のサービス等を現在、利用していますか。 | 全員 | MA | あてはまるものすべてに○ | ○ | | ○ | | 数表 | 数表 | 数表(上位5) | | | |
| | 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。 | 全員 | SA | ○は1つ | | | ○ | | | 帯 | 帯 | | | |
| | 問4-2 利用できなかったサービス等は何ですか。 | 問4-1で「1. はい」とお答えの方に | MA | あてはまるものすべてに○ | ○ | | | | | | 数表(上位5) | | | |
| | 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。 | 全員 | SA | ○は1つ | | | ○ | | | 帯 | 帯 | | | |
| | 問5-1 日常的にどのような医療的ケアが必要ですか。 | 問5で「1. はい」とお答えの方に | MA | あてはまるものすべてに○ | ○ | | | | | | 数表(上位5) | | | |
| | 問5-2 身体能力についてお答えください。 | 問5で「1. はい」とお答えの方に | MA | あてはまるものすべてに○ | ○ | | | | | | | | 107~122 | |
| | 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 | お子さん(あて名の方ご本人)が手帳をお持ちの方に | SA | ○は1つ | ○ | | | | 数表 | | | | | |
| | (2)愛の手帳 | お子さん(あて名の方ご本人)が手帳をお持ちの方に | SA | ○は1つ | ○ | | | | 数表 | | | | | |
| | (3)精神障害者保健福祉手帳 | お子さん(あて名の方ご本人)が手帳をお持ちの方に | SA | ○は1つ | ○ | | | | 数表 | | | | | |
| | 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。 | 身体障害者手帳をお持ちの方に | MA | あてはまるものすべてに○ | ○ | | | | | | | | | |
| | 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。 | 全員 | | 直接記入 | | | | | | | | | | |
| | 問6-3 上記の診断に関する事で気がついた年齢をお答えください。 | 全員 | | 直接記入 | | | ○ | | | | | | | |
| | 問7 児童発達支援を知っていますか。 | 全員 | SA | ○は1つ | | | ○ | | | 帯 | 帯 | 帯 | 123~124 | |
| | 問8 児童発達支援を現在、利用していますか。 | 全員 | SA | ○は1つ | | | ○ | | | 帯※1 | 帯※1 | 帯※1 | 125~126 | ※1 5歳以下に限る(このため所持手帳は3重クロス) |
| | 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。 | 問8で「1. はい」とお答えの方に | SA | ○は1つ | | | ○ | | | 帯※1 | 帯※1 | 帯※1 | 127~128 | ※1 5歳以下に限る(このため所持手帳は3重クロス) |
| | 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。 | 問8で「1. はい」とお答えの方に | SA | ○は1つ | | | ○ | | | 帯※1 | 帯※1 | | 129 | ※1 5歳以下に限る(このため所持手帳は3重クロス) |
| | 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。 | 問8で「1. はい」とお答えの方に | SA | ○は1つ | | | ○ | | | 帯※1 | 帯※1 | | 130 | ※1 5歳以下に限る(このため所持手帳は3重クロス) |
| | 問9 児童発達支援を今後、利用したいですか。 | 全員 | SA | ○は1つ | | | ○ | | | 帯※1 | 帯※1 | 帯※1 | 131~132 | ※1 5歳以下に限る(このため所持手帳は3重クロス) |
| | 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。 | 問9で「2. いいえ」とお答えの方に | MA | あてはまるものすべてに○ | ○ | | | | | 帯※1 | | | 133 | ※1 5歳以下に限る |
| | 問10 居宅訪問型児童発達支援を、今後利用したいですか。 | 全員 | SA | ○は1つ | | | ○ | | | | 帯 | 帯 | 134 | |
| | 問10-1 どの程度の日数を利用したいですか。 | 問10で「1. はい」とお答えの方に | SA | ○は1つ | | | ○ | | | | 帯 | | 135 | |
| | 問11 放課後等デイサービスを知っていますか。 | 全員 | SA | ○は1つ | | | ○ | | | 帯 | 帯/帯※2 | 帯 | 136~137 | ※2 6歳以上に限る(このため所持手帳は3重クロス) |
| | 問12 放課後等デイサービスを現在、利用していますか。 | 全員 | SA | ○は1つ | | | ○ | | | 帯※2 | 帯※2 | 帯※2 | 138~139 | ※2 6歳以上に限る(このため所持手帳は3重クロス) |

| 新規追加、 変更など | 調査項目 | 対象 | SA/MA(※) | | グラフ形式 | | | クロス集計項目 | | | | | 2020調査 報告書掲載 ページ | 備考 |
|---------------|---|--------------------------|----------|--------------|-------|-------|------------|---------|-----|-----------|---------|-----|------------------------|----------------------------|
| | | | | | 単純(棒) | 単純(帯) | 単純 (数表) | 性別 | 年齢 | 所持手帳 | 経年比較 | その他 | | |
| | 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。 | 問12で「1. はい」とお答えの方に | SA | ○は1つ | | ○ | | | 帯※2 | 帯※2 | 帯※2 | | 140~141 | ※2 6歳以上に限る(このため所持手帳は3重クロス) |
| | 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。 | 問12で「1. はい」とお答えの方に | SA | ○は1つ | | ○ | | | 帯※2 | 帯※2 | | | 142 | ※2 6歳以上に限る(このため所持手帳は3重クロス) |
| | 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。 | 問12で「1. はい」とお答えの方に | SA | ○は1つ | | ○ | | | 帯※2 | 帯※2 | | | 143 | ※2 6歳以上に限る(このため所持手帳は3重クロス) |
| | 問13 放課後等デイサービスを今後、利用したいですか。 | 全員 | SA | ○は1つ | | ○ | | | 帯※2 | 帯 | 帯 | | 144~145 | ※2 6歳以上に限る |
| | 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。 | 問13で「2. いいえ」とお答えの方に | MA | あてはまるものすべてに○ | ○ | | | | | | | | 146 | |
| | 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。 | お子さん(あて名の方ご本人)が手帳をお持ちの方に | MA | あてはまるものすべてに○ | ○ | | | | | | | | 147 | |
| | 問15 保育所等訪問支援を知っていますか。 | 全員 | SA | ○は1つ | | ○ | | | 帯 | 帯 | 帯 | | 148~149 | |
| | 問16 保育所等訪問支援を今後、利用したいですか。 | 全員 | SA | ○は1つ | | ○ | | | 帯 | 帯 | 帯 | | 150~151 | |
| | 問16-1 保育所等訪問支援を、どの程度利用したいですか。 | 問16で「1. はい」とお答えの方に | SA | ○は1つ | | ○ | | | | 帯 | | | 152 | |
| | 問17 障害児相談支援を知っていますか。 | 全員 | SA | ○は1つ | | ○ | | | | 帯 | 帯 | | 153~154 | |
| | 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。 | 全員 | SA | ○は1つ | | ○ | | | | 帯 | 帯 | | 155~156 | |
| | 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。 | 全員 | MA | あてはまるものすべてに○ | ○ | | ○ | | | 棒/数表(上位5) | 数表(上位5) | | 157~158 | |
| | 問20 障害児相談支援を今後、利用したいですか。 | 全員 | SA | ○は1つ | | ○ | | | | 帯 | 帯 | | 159~160 | |
| | 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。 | 全員 | SA | ○は1つ | | ○ | | | | 帯 | 帯 | | 161~162 | |
| | 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。 | 全員 | MA | あてはまるものすべてに○ | ○ | | ○ | | | | 数表(上位5) | | 163 | |
| | 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 | 自由記述 | | | | | | | | | | 164~168 | |
| | 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。 | 全員 | 自由記述 | | | | | | | | | | 169~171 | |

※SA: シングルアンサー(Single Answer)の略称。一つの質問に対して、複数の選択項目の中から一つだけ選ぶ質問形式やその回答のことです。単回答や単一回答とも呼ばれます。【○は1つ 等】

※MA: マルチアンサーやマルチプルアンサー(Multiple Answer)の略称。一つの質問に対して、複数の選択項目の中から、一つもしくは複数選ぶ質問形式やその回答のことです。回答数に制限をつけない場合と、制限をつける場合があり、制限をつける場合は「3つまでお選びください」といったように回答者に指示をします。回答数に制限をつける複数回答のことをリミテッドアンサー(Limited Answer)やそれを略してLAと呼ぶことがあります。【あてはまるものすべてに○、○は3つまで 等】