

# 資料編

す み だ く し ょ う が い ぶ く し そ う ご う け い か く さ く ぐ い ち め  
**墨田区障害福祉総合計画策定に向けたアンケート**

この調査は、令和9年度からの墨田区の障害者施策の指針となる墨田区障害福祉総合計画を策定するにあたり、障害のある方（難病の方を含む）や障害福祉サービスを利用している方、またはそのご家族の現在の状況やご意見、ご要望を把握するために墨田区が実施するものです。  
 お答えいただいた内容については、墨田区障害福祉総合計画の策定のために使用するほか、調査結果を集計して調査報告書を作成するために使用します。個人を特定するものではありませんので、調査の趣旨をご理解いただき、調査へのご協力をお願いします。

- 調査票の記入について
- この調査票は、障害のある方ご本人または保護者やご家族の方などに記入していただくものです。
  - 質問は全部で30問あります。なお、選択肢の『その他』に を入れた方は、( ) 内にあてはまる内容を記入してください。
  - ご自身の携帯電話、スマートフォン、パソコンからも回答いただけます。Web からご回答いただく際には、下記のURL もしくは二次元コードからご回答ください。Web からご回答いただく場合、この調査票の返送は不要です。

調査専用サイト URL : <https://sn1survey.co/s/4b3c90a6/0>

調査 ID  
 パスワード

【回答目安時間】 約10～15分



- **代筆について**  
 障害の状況などからご本人が自ら記入できない場合で、ご家族や介護者をしていただく方が代わり記入する(代筆する)場合には、あくまでもご本人の意見を記入してください。
- **ご家族や介護者をしていただく方が回答する場合は、保護者の方などがご本人の意向を考えながらお答えください。**  
 ご本人がお子さんである場合や障害の状況などからご自身で意思表示が困難な場合には、保護者の方などがご本人の意向を考えながらお答えください。  
 問15～18の「子どものことについて <対象者が18歳未満(17歳以下)の方>」については、保護者の方のご意見をお答えください。

かいとうしめきりび れいわ ねん がつ にち にち  
**回答締切日：令和7年11月30日(日)**

お問合せ先 墨田区 障害福祉課  
 TEL 03-5608-6217  
 FAX 03-5608-6423  
 MAIL syouga ihukus@city.sumida.lg.jp



あてな なた せいの せい ねん さい ねん さい  
**あなた(宛名の方)の性別・年齢について**

問1 お答えいただくのは、どなたですか。(1つだけ○)

- 1.本人が記入
- 2.本人に聞いて家族や介護者が代筆
- 3.本人の意向を考えながら家族や介護者が記入

問2 あなたの性別に をつけ、令和7年1月1日現在の満年齢をご記入ください。(1つだけ○)

性別	1.男性	2.女性	3.その他	4.回答しない
年齢	満( )歳			

しょうがい じょうけい じょうせいの じょうたい  
**障害や疾病の状況について**

問3 あなたがお持ちの障害者手帳と障害の程度、医療受給者証などは次のうちどれですか。(いくつでも○)

- 1.身体障害者手帳  
 ( 1. 1.1級 2. 2.2級 3. 3.3級 4. 4.4級 5. 5.5級 6. 6.6級 )
- 2.愛の手帳  
 ( 1. 1.1度 2. 2.2度 3. 3.3度 4. 4.4度 )
- 3.精神障害者保健福祉手帳  
 ( 1. 1.1級 2. 2.2級 3. 3.3級 )
- 4.難病などの医療費等助成制度の医療受給者証または医療券
- 5.自立支援医療(精神通院)受給者証
- 6.上記のいずれも持っていません



問4 あなたの障害や病気は次のどれですか。(いくつでも○)

1. 視覚
  2. 聴覚・平衡機能
  3. 音声・言語・そしゃく機能
  4. 肢体不自由
  5. 内部障害
  6. 知的障害
  7. 発達障害
  8. 精神障害
  9. 高次脳機能障害
  10. 難病(特定疾病) 病名( )
  11. その他( )
- |       |        |         |         |
|-------|--------|---------|---------|
| 1. 上肢 | 2. 下肢  | 3. 体幹機能 | 4. 移動機能 |
| 1. 心臓 | 2. 呼吸器 | 3. じん臓  | 4. 肝臓   |
| 5. 膀胱 | 6. 直腸  | 7. 小腸   | 8. 免疫機能 |
- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 1. 自閉スペクトラム(自閉症、アスペルガー症候群、広汎性発達障害) | 2. 気分障害(うつ病、そううつ病)  |
| 2. 学習障害(LD)                        | 3. 注意欠陥・多動症(ADHD)   |
| 4. その他の発達障害( )                     | 5. わからない            |
| 1. 統合失調症                           | 2. 気分障害(うつ病、そううつ病)  |
| 3. 依存症(アルコール、薬物等)                  | 4. 神経症(不安障害・強迫性障害等) |
| 5. その他( )                          |                     |

問5 あなたのどのような医療的ケアを受けていますか。(いくつでも○)

1. 気管切開の管理
2. 人工呼吸器
3. 経管栄養(胃ろう、経鼻など)
4. 点滴(中心静脈栄養など)
5. 吸引
6. 鼻咽喉エアウェイの管理
7. ネブライザーの管理
8. 在宅酸素療法
9. 皮下注射(インスリン、薬等の注射を含む)
10. 血糖測定
11. 導尿・人工膀胱・人工肛門
12. 排便管理
13. けいれん時の処置
14. その他( )
15. わからない



問6 あなたは、障害福祉サービスの障害支援区分の認定を受けていますか。(1つだけ○)

- 障害福祉サービス受給者証(二)または(五)の「区分」の記載をご覧ください。
- |        |        |           |          |
|--------|--------|-----------|----------|
| 1. 区分1 | 2. 区分2 | 3. 区分3    | 4. 区分4   |
| 5. 区分5 | 6. 区分6 | 7. 受けていない | 8. わからない |

**相談について**

問7 あなたが悩んでいること、または相談したいことを教えてください。(いくつでも○)

1. 自分の健康や治療のこと
2. 生活費など経済的なこと
3. 介助や介護のこと
4. 家事(炊事・洗濯・掃除)のこと
5. 住まいのこと
6. 外出や移動のこと
7. 保育園・幼稚園・学校のこと
8. 仕事や就職のこと
9. 恋愛や結婚のこと
10. 緊急時や災害時のこと
11. 親亡き後のくらしのこと
12. 福祉などに関する情報収集のこと
13. 家族や地域での人間関係のこと
14. 職場や施設内での人間関係のこと
15. その他( )
16. 持たない

問8 あなたは、悩みや困ったことがあった場合、どなたに相談しますか。(いくつでも○)

1. 家族・パートナー・親せき
2. 友人・知人
3. 学校・職場
4. ホームヘルパー
5. 福祉施設・サービス事業所
6. ケアマネージャー(介護保険)
7. 区役所・保健センターなどの関係窓口
8. 社会福祉協議会
9. 民生委員・児童委員
10. 相談支援事業所
11. 医療機関(病院や診療所など)
12. 訪問看護
13. どこに相談したらいいかわからない
14. 重度の障害のため相談にいけない
15. その他( )
16. 相談できる場がない、または人がいない



### 住まいや暮らしについて

問9(1) あなたは現在どのように生活していますか。(1つだけ○)

1. 家族・パートナーと生活している  問9(2)、問10(1)、問11へ
2. 一人で生活している  問10(1)、問11へ
3. グループホーム(主に夜間において世話人の支援を受けながら、少人数の共同生活を行う場(日中は主に就労や施設へ通所する))で生活している  問10(1)、問11へ
4. 入所施設(日中も夜間も主に同じ敷地内の施設で支援を受ける場)で生活している  問10(1)、問11へ
- ( 1. 障害者支援施設 2. 高齢者施設 )
5. 病院に入院している  問10(1)、問11へ
- ( 1. 3ヶ月以上 2. 3ヶ月未満 )
6. その他( )  問10(1)、問11へ

問9(1)で「家族・パートナーと生活している」と答えた方にお聞きします。

問9(2) 現在、あなたが一緒に暮らしている人は、どなたですか。(いくつでも○)

1. 父母  2. 祖父母  3. 兄弟・姉妹
4. 配偶者・パートナー  5. 子ども  6. その他( )

問10(1) あなたは将来、どのような生活を望みますか。(1つだけ○)

1. 家族が住んでいる家で暮らしたい
2. 一般の住宅で一人で暮らしたい
3. グループホーム(主に夜間において世話人の支援を受けながら、少人数の共同生活を行う場(日中は主に就労や施設へ通所する))で暮らしたい  問10(2)へ
4. 入所施設(日中も夜間も主に同じ敷地内の施設で支援を受ける場)で暮らしたい  問10(2)へ
- ( 1. 障害者支援施設(現在区内にはありません) 2. 高齢者施設 )
5. 病院に入院したい
6. その他( )



問10(1)で「3. グループホームで暮らしたい」「4. 入所施設で暮らしたい」と答えた方のうち、現在入所していない方にお聞きします。

問10(2) いくつかの項目から、グループホームや入所施設などで暮らしたいですか。(1つだけ○)

1. 今すぐ  2. 2.5年以内  3. 1.0年以内  4. 1.0年以上先

全員にお聞きします。

問11 希望の暮らしをかなえるためにどんな支援が必要ですか。(いくつでも○)  
選択肢1~7の内容については15~17ページをご参照ください。

1. 相談支援体制の充実  2. 地域移行支援  3. 地域定着支援
4. 自立訓練・生活訓練  5. 自立生活援助  6. 短期入所
7. グループホーム  8. 入所施設の整備  9. 身近な医療機関の確保
10. 経済的支援  11. 緊急時・災害時の支援体制  12. 情報提供
13. その他( )  14. 知っているものはない

### 外出について

問12 あなたは、1週間にどのくらい外出しますか。(1つだけ○)

1. 毎日外出する  2. 週に1日以上は外出する
3. ほとんど外出しない  4. まったく外出しない

問13 あなたが外出したときに、困ることは何ですか。(いくつでも○)

1. 身近に介助をしてくれる人がいない  2. 電車やバスなどの公共交通機関の利用が難しい
3. 道路や駅に階段や段差・障害物が多い  4. 外出にお金がかかる
5. 外出先の建物の設備が不便  6. 周囲の目が気になる
- ( 通路、トイレ、エレベーター、駐車場など )
7. 発作など、突然の身体の変化が心配  8. 困った時にどうすればいいの心配
9. 迷子や事故にあうことが心配  10. その他( )
11. 特に困っていることはない



**働くことについて <対象者が18歳以上の方>【問14(1)～(6)】**

問14(1) あなたの現在の就労状況について教えてください。(1つだけ○)

1. 会社・団体で仕事をしている  問14(2)、(5)
2. 家で仕事をしている
- ( 1. 自営業 2. 内職 3. その他 )  問14(2)、(3)、(5)
3. 会社・団体での仕事と家で仕事をしている  問14(2)、(5)
4. 就労支援施設、福祉作業所などで工賃を得ている  問14(3)、(5)
5. その他 ( )  問14(2)、(3)、(5)
6. 働きたいが、現在働いていない  問14(3)、(6)
7. 働いておらず、今後も働くつもりはない  問14(6)

問14(1)で「1. 会社・団体で仕事をしている」「2. 家で仕事をしている」「3. 会社・団体での仕事と家で仕事をしている」「5. その他」と答えた方にお聞きします。

問14(2) あなたの主な雇用形態は次のうちどれですか。(1つだけ○)

1. 会社の役員
2. 正社員
3. 非正社員(パートタイム・臨時社員・契約社員等)
4. その他 ( )

問14(1)で「2. 家で仕事をしている」「4. 就労支援施設、福祉作業所などで工賃を得ている」「5. その他」「6. 働きたいが、現在働いていない」と答えた方にお聞きします。

問14(3) 将来、一般就労(会社・団体や官公庁で働くこと)を希望しますか。(1つだけ○)

1. 希望する  問14(4)
2. 希望しない
3. わからない



**問14(3)で「1. 希望する」と答えた方にお聞きします。**

問14(4) 一般就労を希望する理由は何か。(いくつでも○)

1. 生活するための収入を増やしたい
2. 自立した生活を自指したい
3. 生かがいややりがいを見つけた
4. 社会に貢献したい
5. 家族から勧められているため
6. その他 ( )

**問14(1)で「1.」～「5.」と答えた(働いている)方にお聞きします。**

問14(5) 仕事をすするうえで困っていることはありますか。(いくつでも○)

1. 収入が少ない
2. 体力的につらい
3. 通勤が大変
4. 職場の人間関係
5. 職場での相談相手がない
6. 職場の障害理解が不足している
7. 職場環境(パリアフリー対応など)が
8. 仕事を覚えるのに時間がかかる
9. その他 ( )
10. 持にない

**問14(1)で「6. 働きたいが、現在働いていない」「7. 働いておらず、今後も働くつもりはない」と答えた方にお聞きします。**

問14(6) 働いていない理由はなんですか。(いくつでも○)

1. 健康上の理由のため
2. 高齢のため
3. 子育て・介護等家庭の理由のため
4. 自分にあった仕事がないため
5. やりたい仕事がないため
6. 他にやりたいことがあるため
7. どこにも採用されないため
8. 働く必要がないため
9. 働きたくないため
10. 希望する業種・職種での採用がなかったため
11. その他 ( )
12. 持にない



**子どものことについて <対象者が18歳未満（17歳以下）の方> 【問15～18】**

問15 お子さんのことで現在困っていることはありますか。(いくつでも○)

1. 医療やリハビリの受診先・専門機関が見つからない
2. 学校・園での支援や対応に不安がある
3. 放課後や休日を利用して居場所やサービスが少ない
4. 日常生活での介護負担が大きい
5. 経済的な負担が大きい
6. きょうだいへの配慮やケアが十分にできない
7. 保護者自身の休養の時間が取れない
8. 将来（進学・就労・自立など）への不安が大きい
9. 情報（制度・サービス・支援機関など）が分かりにくい
10. 発達の遅れ・障害・病気等について理解が得られにくい
11. 緊急時（災害・親の病気など）の対応に不安がある
12. 迷子や事故にあうことが心配
13. その他 ( )
14. 特に困っていない

問16 現在のお子さんの就園・就学・通所先はどこですか。(いくつでも○)

1. 幼稚園、こども園、保育園
2. 障害児通所施設、療育施設
3. 小学校（通常級）
4. 小学校（特別支援学級）
5. 特別支援学校（小学部）
6. 中学校、中等学校（通常級）
7. 中学校（特別支援学級）
8. 特別支援学校（中学部）
9. 高等学校（通常学級）
10. 特別支援学校（高等部）
11. 大学、短期大学、専門学校
12. その他 ( )
13. どこにも通っていない



問17 通園・通学・通所する上で困っていることや、今後、不安に思うことはありますか。(いくつでも○)

1. 登下校（園）の送迎が大変
2. 本人特性に応じた授業などのサポート
3. 段差やトイレなどの設備
4. 園内・校内での介助
5. 生徒や職員などの本人特性への理解
6. 選抜できる園や学校が少ない
7. 教育や療育に関する情報が少ない
8. 家族への支援が少ない
9. 園や学校以外の相談先が少ない
10. 園や学校に行きたがらない
11. その他 ( )
12. 特に困っていない

問18 18歳未満の方向けの支援について、特に充実させてほしいのはどのようなことですか。(3つに○)

1. 早期発見・発達相談や療育の充実
2. 保護者向けの子育て相談
3. 保育園・幼稚園などでの受け入れ体制の強化
4. 学校での支援（特別支援学級・通級・支援員の配置）
5. 放課後や長期休暇中の居場所・学習支援の充実
6. 医療的ケア児への支援体制（看護師配置など）
7. 中高生の居場所・相談支援（不登校、思春期の悩み対応など）
8. 進路指導や就労体験、自立に向けた準備の支援
9. 家族のレスパイト支援（ショートステイ・一時預かり）
10. きょうだいや家族への支援・交流の場
11. 経済的な支援
12. 情報提供・相談窓口の充実（制度・サービスのわかりやすい案内）

その他、お子さんの支援についての意見などがありましたら、20ページの自由記述欄にご記入ください。



### 日常生活での合理的配慮について

合理的配慮とは、困っていることを一緒に考え、相手にとって過大な負担にならない範囲で環境を整えたり、方法を工夫したりすることです。

問19(1) あなたは日常生活を送るうえで、障害の状況にあった配慮を受けられず困ることはありませんか。(1つだけ○)

1. 配慮を受けられず困ることが多い  問19(2)、(3)へ
2. 配慮を受けられず困ることが時々ある  問19(2)、(3)へ
3. 配慮を受けられず困ることはない  問20(1)へ

問19(1)で「1. 配慮を受けられず困ることが多い」「2. 配慮を受けられず困ることが時々ある」と答えた方にお聞きします。

問19(2) 配慮を受けられず困るのは、どのような場所ですか。(いくつでも○)

1. 保育園・幼稚園・学校などの教育機関
2. 仕事場
3. 鉄道・バスなどの交通機関
4. ホテル・レジャー施設など
5. 小売店・飲食店などの商業施設
6. 病院・福祉施設など
7. 警察、区役所などの公的機関
8. 地域や近隣など
9. その他( )

問19(3) 配慮を受けられず困ったのは、具体的にどのような内容でしたか。



### 災害時の避難などについて

問20(1) 災害発生時に避難する際、あなたを助けてくれる人はいいますか。(いくつでも○)

1. 家族・パートナー
2. 障害サービス事業所の職員(ホームヘルパーなど)
3. 入所施設・病院の職員
4. 近所の人
5. その他( )
6. 助けてくれる人はいない  問20(2)へ
7. 助けは必要なく、自力で避難できる

問20(2) いざというときに、誰の助けを借りたいですか。(いくつでも○)

1. 家族・パートナー
2. 障害サービス事業所の職員(ホームヘルパーなど)
3. 入所施設・病院の職員
4. 警察・消防・公的機関
5. 近所の人
6. 誰でもいい
7. わからない
8. その他( )

問21 火事や地震などの災害時に困ることや不安に思うことは何ですか。(いくつでも○)

1. 薬や治療、医療的ケアについて
2. 車いすや補装具等の使用について
3. 救助を求めることができない
4. 安全な場所までの移動
5. 被害状況、避難場所などの情報が入手できない
6. 知らない人と一緒にいること
7. 避難場所のトイレ・設備
8. 医療機器(呼吸器、吸引機など)の電源の確保
9. その他( )
10. 特になし



**介護保険サービスについて<対象者が65歳以上の方>【問22・23】**

問22 あなたは要支援・要介護の認定を受けていますか。(1つだけ○)

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

問23 あなたは介護保険によるサービスを利用していますか。(1つだけ○)

- 1. はい
- 2. いいえ

**強度行動障害について【問24～28】**

<障害福祉サービス受給者証(七)の特記事項欄に「強度行動」の記載がある方>

問24 診断名・障害名について、該当するものは次のうちどれですか。(いくつでも○)

- 1. 知的障害
- 2. 自閉症スペクトラム(自閉症・アスペルガー障害・広汎性発達障害を含む)
- 3. ADHD
- 4. LD
- 5. てんかん
- 6. ダウン症
- 7. 確定診断を受けていない
- 8. 不明
- 9. その他、精神疾患診断名( )

問25 問24の診断名・障害名を理由に受診が必要な病院には、定期的に通院していますか。通院している場合は、通院方法と服薬の有無についてご回答ください。(1つだけ○)

1. 定期通院なし	1. 訪問医療	2. 本人通院、家族同行
2. 定期通院あり	3. 本人通院、行動看護で同行	4. 代理
	5. その他( )	
服薬の有無	1. 服薬あり	2. 服薬なし



問26 本人の有する生活上で課題となる行動・疾病について、該当するものは次のうちどれですか。(いくつでも○)

- 1. 自傷
- 2. 他傷
- 3. 破壊行動
- 4. 行動停止
- 5. 大声・奇声
- 6. 多動
- 7. 反復行動
- 8. 異食
- 9. 備食
- 10. 過食・拒食・反芻
- 11. 睡眠障害
- 12. 昼夜逆転
- 13. パニニック
- 14. 一つの行動に集中して他が自に入らない
- 15. 自分で作ったルールや手順を崩せない
- 16. 自分でトイレに行けない
- 17. 排泄物を触ってしまう
- 18. 飛び出し等突発的な行為
- 19. 法律やルールに違反したり、周りや本人に危険や影響を与える行動
- 20. てんかん
- 21. その他( )

問27 現在主に生活している場所が在宅である方にお聞きします。家族に病気やケガが生じて本人の生活がままならなくなった場合の支援先について、ご回答ください。(いくつでも○)

- 1. 利用可能な施設や短期入所事業所等を活用
- 2. 在宅のままホームヘルプサービスなどを活用
- 3. 頼ることができる親族や知人がいる
- 4. 頼る先がない
- 5. その他( )

問28 現在、困っていること、不安に思うことがあればご記入ください。



**障害福祉サービスの利用について**

問29 以下のサービスの現在の利用状況について、あてはまる番号に○をつけてください。

項目	利用状況		
	利用している	利用していない	現在利用していないが今後利用したい
<p><b>障害福祉サービスの利用について</b></p> <p>介護保険制度の利用分は除き、 障害福祉サービスの利用についてのみ、お答えください。</p>			
<p><b>居宅介護（ホームヘルプ）</b></p> <p>自宅で入浴・排せつ・食事などの介護を行います。</p>	1	2	3
<p><b>重症訪問介護</b></p> <p>日常生活を送るうえで常に介護が必要ほど重い障害のある方を対象に、居宅介護のサービスよりも包括的に、外出や入浴の際の支援なども行います。</p>	1	2	3
<p><b>同行支援</b></p> <p>目が不自由な方の外出の付き添いや、情報の提供、代購・代筆などを行い、外出先での食事やトイレのサポートも行いながら、安全に安心して外出できるように支援します。</p>	1	2	3
<p><b>行動支援</b></p> <p>知的障害や精神障害により、一人で外出することが難しい方に、外出中に危険なことが起きないように、必要なサポートを行います。（居宅内の生活面の支援にも利用が可能です）</p>	1	2	3
<p><b>重度障害者等包括支援</b></p> <p>重い障害のある方に、自宅での介護や外出時の支援など、個々のニーズに合わせた様々なサービスを組み合わせ、必要とする多様な支援を総合的に提供します。</p>	1	2	3
<p><b>短期入所（ショートステイ）</b></p> <p>自宅で暮らす障害のある方が、介護者の怪我や病気、急な用事など、一時的に自宅での生活が難しい場合に、施設に短期間入所し、入浴・排せつ・食事の介護などを行います。</p>	1	2	3

**日常生活について**



**項目**

介護保険制度の利用分は除き、  
障害福祉サービスの利用についてのみ、お答えください。

項目	利用状況		
	利用している	利用していない	現在利用していないが今後利用したい
<p><b>日常生活について</b></p> <p><b>生活介護</b></p> <p>常に介護を必要とする方に、入浴、排せつ、食事などの基本的な支援や、利用者の方々の生活をより豊かにするため、創作活動や生産活動の機会を提供します。</p>	1	2	3
<p><b>療養介護</b></p> <p>医療と介護の両方が必要とする障害のある方に、主に昼間の病院などで機能訓練や療養上の管理、看護、日常生活の介助などを提供します。</p>	1	2	3
<p><b>自立訓練（機能訓練・生活訓練）</b></p> <p>障害のある方が自立した日常生活を送れるように、身体のリハビリ訓練や、身の回りのことを自分でできるための訓練を行います。</p>	1	2	3
<p><b>就労移行支援</b></p> <p>一般企業などで働きたい方に、一定の期間、就労に必要な知識や能力を向上させるための訓練や個々の適性に合わせた職場探しのお手伝いなどを行います。</p>	1	2	3
<p><b>就労継続支援（A型）</b></p> <p>一般企業への就職が難しいが、サポートがあれば継続的に働くことができることが期待される方に、働く場を提供しながら知識や能力の向上の訓練を行います。</p>	1	2	3
<p><b>就労継続支援（B型）</b></p> <p>雇用契約を結ぶことが難しい障害のある方に、働く場を提供しながら知識や能力の向上の訓練を行います。</p>	1	2	3
<p><b>就労定着支援</b></p> <p>障害のある方が一般企業などで働き続けることができるように、企業や医療機関などと連携して、日常生活や仕事上の課題に対して、環境調整や助言などを行います。</p>	1	2	3

**就労について**





問30 聖田区の障害者施策を推進するうえで参考になさせていただきたため、特に力を入れてほしい施策をお答えください。(3つまで○)

1. 相談支援や情報アクセシビリティ(情報の受け取りやすさ)の充実
2. 機能訓練や生活訓練の充実
3. 日中活動の場である通所施設の整備
4. ホームヘルプサービスや訪問看護、重症心身障害児(者)等在宅レスパイト、入浴サービスなどの充実
5. 短期入所の充実
6. 日常生活に必要な移動支援や同行療護の充実
7. 障害者向け住宅の充実
8. グループホームなど地域での生活の場の整備
9. 入所施設の整備
10. 支援の必要性を早期に把握する仕組み(早期療育体制の充実など)
11. 企業などでの就労に向けた支援や雇用環境の整備
12. バリアフリーのまちづくりや利用しやすい交通機関などの整備
13. 障害や病気に対する理解促進や障害者差別解消法の周知・啓発
14. 人権を守る仕組みの充実
15. 緊急時や災害時の対策促進
16. コミュニケーション支援の充実
17. その他( )
18. 特になし



自由記述

その他、ご意見がありましたらお書きください。

(Empty box for free description)

ご協力ありがとうございました。  
記入もれがないか、再度お確かめください。

記入した調査票の全て(表紙も含みます)を同封した返信用封筒に入れ

11月30日(日)までに切手を貼らずに投函してください。



## 事業所調査票

本調査は、Web 配布・Web 回収のみ。

設問	選択肢
1. 事業所の属性について	
問1 事業所名(施設名)とご担当者様のお名前、ご連絡先をお書きください。	【会社名】 (記入) 【会社所在地】 (記入) 【会社電話番号】 (記入) 【担当者】 (記入)
問2 貴事業所の経営主体についてお聞きします。(ひとつを選択)	1. 社会福祉法人 2. 医療法人 3. 特定非営利活動法人 4. 株式会社・有限会社 5. 地方公共団体 6. その他
問3 貴事業所の開業年についてお聞きします。(ひとつを選択)	1. 平成 14 年以前 2. 平成 15 ~ 19 年 3. 平成 20 ~ 24 年 4. 平成 25 ~ 29 年 5. 平成 30 ~ 令和 4 年 6. 令和 5 年以降
問4 貴事業所で提供している障害福祉サービス、障害児福祉サービス等についてお聞きします。(あてはまるものすべてを選択)	1. 居宅介護 2. 重度訪問介護 3. 行動援護 4. 重度障害者等包括支援 5. 同行援護 6. 短期入所 7. 生活介護 8. 療養介護 9. 自立訓練【機能訓練・生活訓練】 10. 自立生活援助 11. 就労移行支援 12. 就労継続支援(A型) 13. 就労継続支援(B型) 14. 就労定着支援 15. 共同生活援助(グループホーム) 16. 施設入所支援 17. 地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援) 18. 計画相談支援(サービス等利用計画・モニタリング) 19. 地域活動支援センター 20. 移動支援 21. 日中一時支援 22. 児童発達支援 23. 医療型児童発達支援 24. 居宅訪問型児童発達支援 25. 放課後等デイサービス 26. 保育所等訪問支援 27. 障害児相談支援 28. その他

設問	選択肢
<p>問5 貴事業所でサービスを提供している障害別定員数及び利用者数(登録者数)をお聞きます。該当する選択肢に、人数を記載してください。なお、重複障害の方は、主たる障害でお答えください。 定員数を設けていない場合は、利用者数のみお答えください。 障害種別ごとに人数を把握されていない場合は、「全体」の欄にご記入ください。</p>	<p>[全体]、[身体障害]、[知的障害]、[精神障害]、[発達障害]、[高次脳機能障害]、[難病]、[その他]について、定員者数、利用者(登録者)数、1日あたりの利用者数の数値を回答</p>
<p>問6 貴事業所サービスの運営上の課題をお聞きます。(あてはまるものすべてを選択)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 職員の確保</li> <li>2. 職員の待遇改善</li> <li>3. 職員の資質向上</li> <li>4. 新規利用者の確保</li> <li>5. 利用者の重度化・高齢化への対応</li> <li>6. 施設・設備の改善</li> <li>7. 利用者・家族とのコミュニケーション(苦情対応など)</li> <li>8. 制度改正などへの対応</li> <li>9. 収益の改善(確保)</li> <li>10. 他の事業者との連携</li> <li>11. 行政との連携</li> <li>12. 医療機関との連携</li> <li>13. 地域の理解</li> <li>14. その他</li> </ol>
2. 職員の状況について	
<p>問7 貴事業所サービスの職員数についてお聞きます。下記に人数を入力してください。</p>	<p>[常勤人数](数値を回答) [非常勤(パート・アルバイト含む)人数](数値を回答)</p>
<p>問8 貴事業所サービスの職員充足状況についてお聞きます。(ひとつを選択)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 十分である</li> <li>2. やや不足している</li> <li>3. 不足している</li> <li>4. 非常に不足している</li> <li>5. その他</li> </ol>
<p>問9 不足している職員の職種は何ですか。(あてはまるものすべてを選択)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 生活支援員</li> <li>2. 介護職員</li> <li>3. 看護師</li> <li>4. 栄養士</li> <li>5. 理学療法士</li> <li>6. 作業療法士</li> <li>7. 職業指導員</li> <li>8. 児童指導員</li> <li>9. 保育士</li> <li>10. 相談支援専門員</li> <li>11. 事務職員</li> <li>12. その他</li> </ol>

設問	選択肢
3. 医療的ケア児について	
<p>問 10(1) 貴事業所サービスでは、現在医療的ケア児(者)の受け入れをしていますか。また、今後受け入れを予定していますか。(ひとつを選択) 医療的ケア:人口呼吸器による呼吸管理や喀痰吸引、その他の医療行為。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 現在も受け入れているし、今後も受け入れる予定</li> <li>2. 現在も受け入れていないし、今後も受け入れる予定はない</li> <li>3. 現在は受け入れていないが、今後看護職などが確保できれば受け入れる予定</li> <li>4. その他</li> </ol>
<p>問 10(2) 医療的ケア児(者)を受け入れるにあたり、課題(障壁)となっていることは何ですか。(あてはまるものすべてを選択)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 対象者を支援できる人材が不足している</li> <li>2. 事業所内の設備が不足しており、適切な支援環境ではない</li> <li>3. 支援に際して、職員の心身にかかる負担が大きい</li> <li>4. 職員に支援の負担に対して十分な報酬を出すことが難しい</li> <li>5. 他の利用者の利用に影響が出る可能性がある</li> <li>6. その他</li> </ol>
4. 強度行動障害について	
<p>問 11(1) 貴事業所では、強度行動障害のある方の利用を受け入れていますか。(ひとつを選択)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 受け入れている</li> <li>2. 利用の申請があったが、受け入れていない</li> <li>3. 利用の申請を受けたことがない</li> </ol>
<p>問 11(2) 強度行動障害のある方を受け入れるにあたり、課題(障壁)となっていることは何ですか。(あてはまるものすべてを選択)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 対象者を支援できる人材が不足している</li> <li>2. 事業所内の設備が不足しており、適切な支援環境ではない</li> <li>3. 支援に際して、職員の心身にかかる負担が大きい</li> <li>4. 職員に支援の負担に対して十分な報酬を出すことが難しい</li> <li>5. 他の利用者の利用に影響が出る可能性がある</li> <li>6. その他</li> </ol>
<p>問 11(3) 強度行動障がい者 に対して、資格者や研修修了者がいる等、対応できる体制になっていますか。(ひとつを選択)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 対応できる職員がいる</li> <li>2. 対応できる職員は現在いないが、今後対応予定</li> <li>3. 対応できる職員がいないため、今後講習等を受講したいができていない</li> <li>4. 対応できる職員はいないし、今後も対応する予定はない</li> <li>5. その他</li> </ol>
<p>問 11(4) 受講したいができない理由は何ですか。(あてはまるものすべてを選択)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 研修に職員を派遣するための人員の余裕がないから</li> <li>2. 研修の開催頻度が少なく、希望する時期に受けられないから</li> <li>3. 研修の受講料や交通費などの費用負担が大きいから</li> <li>4. 研修に対する職員の関心やモチベーションが低いから</li> <li>5. 職員に受講に必要な基礎知識が不足しているから</li> <li>6. 法人・事業所内での研修体制や教育方針が整っていないから</li> <li>7. 研修の情報や内容がよく分からないから</li> <li>8. その他</li> </ol>

設問	選択肢
5. 障害福祉サービス、障害福祉施策について	
<p>問 12(1) 貴事業所では、障害福祉サービス等への新規参入または事業所増設を検討していますか。(ひとつを選択) 介護保険サービスは含めないでお答えください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 考えている</li> <li>2. 検討しているが、すぐにはできない</li> <li>3. 考えていない</li> <li>4. その他</li> </ol>
<p>問 12(2) 貴事業所で、新規参入または事業所増設を検討している障害福祉サービスを次の中から選んでください。(あてはまるものすべてを選択) 介護保険サービスは含めないでお答えください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 居宅介護</li> <li>2. 重度訪問介護</li> <li>3. 行動援護</li> <li>4. 重度障害者等包括支援</li> <li>5. 同行援護</li> <li>6. 短期入所</li> <li>7. 生活介護</li> <li>8. 療養介護</li> <li>9. 自立訓練(機能訓練)</li> <li>10. 自立訓練(生活訓練)</li> <li>11. 自立生活援助</li> <li>12. 就労移行支援</li> <li>13. 就労継続支援(A型)</li> <li>14. 就労継続支援(B型)</li> <li>15. 就労定着支援</li> <li>16. 共同生活援助(グループホーム)</li> <li>17. 施設入所支援</li> <li>18. 地域移行支援</li> <li>19. 地域定着支援</li> <li>20. 計画相談支援(サービス等利用計画・モニタリング)</li> <li>21. 地域活動支援センター</li> <li>22. 移動支援</li> <li>23. 日中一時支援</li> <li>24. 児童発達支援</li> <li>25. 医療型児童発達支援</li> <li>26. 居宅訪問型児童発達支援</li> <li>27. 放課後等デイサービス</li> <li>28. 保育所等訪問支援</li> <li>29. 障害児相談支援</li> <li>30. その他</li> </ol>
<p>問 12(3) 貴事業所で、新規参入または事業所増設の検討にあたり、困っていることは何ですか。(あてはまるものすべてを選択)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 事業所に適した物件を確保できない</li> <li>2. 人材を確保できない</li> <li>3. 事業所の家賃が高い</li> <li>4. 利用者確保する目処がたたない</li> <li>5. 開設の手続きが難しい、開設のノウハウがない</li> <li>6. その他</li> </ol>

設問	選択肢
<p>問 13 貴事業所サービスは区に対し、今後の障害者施策にどのようなことを期待しますか。(あてはまるものすべてを選択)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 福祉人材確保のための方策</li> <li>2. 自立支援給付費の見直し(国や都への働きかけ)</li> <li>3. 事業所に対する補助金の増額</li> <li>4. 障害者の地域生活を支えるための方策(地域生活支援拠点の整備等)</li> <li>5. 一般就労の促進</li> <li>6. 福祉的就労の工賃向上</li> <li>7. 利用者負担の軽減</li> <li>8. 一般就労の促進;障害支援区分の見直し</li> <li>9. 特にない</li> <li>10. その他</li> </ol>
<p>問 14 何かご意見等ございましたら、ご回答ください。(自由記述)</p>	<p>(自由記述)</p>

# 医療的ケア児調査票

問1 お子さんの年齢をご記入ください。

年齢 ( ) 歳 ( ) か月

3歳以下のお子さんはこちらも記入ください。

問2 お子さんとはどのような「医療的ケア」を受けていますか。(いくつでも○)

- |                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| 1. 気管切開の管理               | 2. 人工呼吸器         |
| 3. 経管栄養 (胃ろう、経鼻など)       | 4. 点滴 (中心静脈栄養など) |
| 5. 吸引                    | 6. 鼻咽喉エアウェイの管理   |
| 7. ネブライザーの管理             | 8. 在宅酸素療法        |
| 9. 皮下注射 (インスリン、薬等の注射を含む) | 10. 血糖測定         |
| 11. 導尿・人口膀胱・人工肛門         | 12. 排便管理         |
| 13. けいれん時の処置             | 14. その他 ( )      |

問3 医療的ケアを必要とするお子さんの運動機能についての現在の発達段階 (1つだけ○)

- |                         |
|-------------------------|
| 1. 寝返りや姿勢保持が難しい         |
| 2. 寝返りができる              |
| 3. 支えがあれば座れる            |
| 4. 自力で座れるが、立つ・歩くには支えが必要 |
| 5. つたい歩きや 短い距離の歩行ができる   |
| 6. 自力で歩ける               |
| 7. 走る・階段を上るなども可能        |
| 8. その他 ( )              |

問4 お子さんのコミュニケーション手段について教えてください。(いくつでも○)

- |                              |
|------------------------------|
| 1. コミュニケーションがほとんどできない        |
| 2. 表情、目の動き                   |
| 3. 声 (あー、うー等のなん語を含む) や身ぶり手ぶり |
| 4. 単語による意思表示                 |
| 5. 会話                        |
| 6. 手話                        |
| 7. 文字盤                       |
| 8. わからない                     |
| 9. その他 ( )                   |

問5 お子さんをお持ちの障害者手帳と障害の程度、医療受給者証などは次のうちどれですか。(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. 難病などの医療費等助成制度の医療受給者証または医療券    |
| 5. 小児慢性特定疾病受給者証                  |
| 6. 通所受給者証                        |
| 7. その他 ( )                       |
| 8. 持っていない                        |

問6 お子さんが平日の日中過ごしている主な場所はどこですか。(いくつでも○)

- |                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| 1. 保育所          | 2. 幼稚園            |
| 3. 小学校 (通常学級)   | 4. 小学校 (特別支援学級)   |
| 5. 中学校 (通常学級)   | 6. 中学校 (特別支援学級)   |
| 7. 特別支援学校 (通学籍) | 8. 特別支援学校 (訪問籍)   |
| 9. 児童発達支援事業所    | 10. 放課後等デイサービス事業所 |
| 11. 学童クラブ       | 12. 自宅            |
| 13. 病院          | 14. その他 ( )       |

問7 現在、お子さんと一緒に住んでいる方をご回答ください。(いくつでも○)

- |      |      |         |        |            |
|------|------|---------|--------|------------|
| 1. 父 | 2. 母 | 3. 兄弟姉妹 | 4. 祖父母 | 5. その他 ( ) |
|------|------|---------|--------|------------|

問7で「1.父」「2.母」と回答した方にお聞きします。

問8 お子さんの両親の就労状況について、それぞれご回答ください。(1つだけ○)

父親の就労状況	母親の就労状況
1. 就労中 (フルタイム)	1. 就労中 (フルタイム)
2. 就労中 (パート・アルバイト等)	2. 就労中 (パート・アルバイト等)
3. 産休・育休・介護等休業中	3. 産休・育休・介護等休業中
4. 就労していない	4. 就労していない
5. その他 ( )	5. その他 ( )

問9 ふだん、お子さんを介助・支援している「主な介護者」はどなたですか。  
(いくつでもO)

1. 父            2. 母            3. 兄弟姉妹    4. 祖父母    5. 施設の職員  
6. 看護師    7. ホームヘルパー    8. その他 (            )

問10 「主な介護者」の方が、1日の間に医療的ケアを含む介護から離れられる平均時間をご回答ください。(1つだけO) ※週近1カ月の状況をご回答ください。

1. ほとんどない    2. 1時間未満    3. 1~2時間    4. 3時間以上

問11 家族による医療的ケアが困難な場合、代わりにケアを依頼できる相手がいいますか。(いくつでもO)

1. 別居の親族    2. 友人・知人    3. 訪問看護師  
4. ホームヘルパー    5. その他 (            )    6. 依頼できる相手はいない

問12 在宅での生活を始めるにあたり、相談した機関についてご回答ください。  
(いくつでもO)

1. 医療機関 (医師・看護師・ソーシャルワーカー等)  
2. 訪問看護ステーション  
3. 相談支援事業所  
4. 利用していた施設・事業所  
5. 墨田区 障害者福祉課  
6. 墨田区 保健所健康推進課 (旧保健センター)  
7. 東京都医療的ケア児支援センター  
8. その他 (            )  
9. どこにも相談しなかった

問13 家族以外で、育児や医療的ケア等に関する相談ができる相手についてご回答ください。(いくつでもO)

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. かかりつけ医               | 2. 入院・通院先医療機関の医師・看護師    |
| 3. 訪問看護師                | 4. 入院・通院先医療機関のソーシャルワーカー |
| 5. ホームヘルパー              | 6. 相談支援専門員              |
| 7. 児童発達支援の職員            | 8. 保育所等の職員              |
| 9. 学校教員                 | 10. 放課後等サービス・学童クラブの職員   |
| 11. 墨田区保健所健康推進課の保健師等    | 12. 障害者福祉課のケースワーカー等     |
| 13. 東京都医療的ケア児支援センター     | 14. 医療的ケアが必要な子供を持つほかの家族 |
| 15. 家族以外の親族             | 16. その他 (            )  |
| 17. 家族や親族以外で相談できる相手はいない |                         |

問14 現在、主に介護をしている方の体の健康状況についてご回答ください。  
主な介護者が複数いる場合はどなたかお一人の方について答えてください。  
(最も近いものを選んでください)

1. 良好  
2. 不良だが通院するほどではない  
3. 不良のため通院している  
4. 不良のため通院したいが、介護のため通院できない  
5. 不良のため通院したいが、介護以外の理由により通院できない  
6. その他 (            )  
7. わからない・回答しない

問 15 現在、主に介護をしている方の精神的な健康状況についてご回答ください。  
 主な介護者が複数いる場合はどなたかお一人の方について答えてください。  
 (最も近いものを選んでください)

1. 良好
2. 落ち込むことはたまにあるが、基本的には前向きである
3. 落ち込むことがよくある
4. 精神的な不調のため通院している
5. 精神的な不調のため通院したいが、介護のため通院できない
6. 精神的な不調のため通院したいが、介護以外の理由により通院できない
7. その他 ( )
8. わからない・回答しない

問 16 介護をしている方向けの支援について、特に充実させてほしいのはどのようなことですか。(5つまで○)

1. レスバイト事業(介護者に休養してもらつための事業)
2. 緊急時の預かり・短期入所等の支援
3. 家族の相談支援
4. 在宅支援サービスの充実(訪問看護、ヘルパーなど)
5. 家族同士の交流やピアサポート
6. 兄弟・姉妹の預かり、きょうだい児に対する支援
7. 経済的支援
8. 通所施設や学校における看護の支援
9. 介助技術や腰痛予防等体調管理に関する講習会
10. 子育てに関する講習会
11. その他 ( )
12. 特にない

問 17 現在利用しているサービスを選択してください。(いくつでも○)

1. 訪問看護
2. 訪問診療
3. 訪問リハビリ
4. 東京都在宅重症心身障害児等訪問事業
5. 居宅介護
6. 短期入所
7. 在宅レスパイト
8. 児童発達支援
9. 放課後等デイサービス
10. 居宅訪問型児童発達支援
11. 移動支援
12. 保育所等訪問支援
13. 特定相談支援事業所
14. ペピーシッター制度
15. その他 ( )
16. サービスを利用していない

問 18 サービス利用について困っていることはありますか。(いくつでも○)

1. 利用できるサービスが分りにくい
2. 利用するための手続きが分りにくい
3. サービスを提供してくれる事業所がない
4. 利用できるサービスの量(日数・時間・回数)が足りない
5. サービス事業所の質が十分ではない
6. 費用の負担が大き
7. 医療的ケアを理由に利用を断られる
8. 障害の程度が利用の基準に合わず断られる
9. 送迎がない
10. その他 ( )
11. 困っていることはない

問 19 ふだんの生活における主な移動手段についてご回答ください。  
 (いくつでも○)

- |            |           |                   |
|------------|-----------|-------------------|
| 1. 自家用車    | 2. 公共交通機関 | 3. タクシー(福祉タクシー含む) |
| 4. 事業所の送迎車 | 5. 歩き・自転車 | 6. その他( )         |

お子さんが就学前の方にお聞きします。【問 20～22】

問 20 現在のお子さんの保育所・幼稚園の利用状況についてご回答ください。  
(1つだけ○)

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 利用している(施設型保育所) | 2. 利用している(居宅型保育所) |
| 3. 利用している(幼稚園)    | 4. 利用していない        |

問 20で「4. 利用していない」とご回答した方にお聞きします。

問 21 今後利用を希望しますか。希望する場合は利用頻度についてご回答ください。  
(1つだけ○)

- |          |          |        |            |
|----------|----------|--------|------------|
| 1. 週1・2回 | 2. 週3・4回 | 3. 週5回 | 4. 利用希望はない |
|----------|----------|--------|------------|

問 22 保育所・幼稚園・児童発達支援の利用について、ご意見やお困りごとがあればお聞かせください。(自由記述)

--

お子さんが就学している方にお聞きします。【問 23～25】

問 23 お子さんに通っている学校において、医療的ケアを行っている方はどなたですか。(いくつでも○)

- |                 |        |
|-----------------|--------|
| 1. 学校職員(看護師を除く) | 2. 看護師 |
| 3. 保護者          | 4. 本人  |
| 5. その他( )       |        |

問 24 お子さんは放課後をどこで過ごしていますか。(いくつでも○)

- |               |           |          |
|---------------|-----------|----------|
| 1. 放課後等デイサービス | 2. 学童クラブ  | 3. 塾・習い事 |
| 4. 自宅         | 5. その他( ) |          |

問 25 学校・学童クラブ・放課後等デイサービスについて、ご意見やお困りごとがあればお聞かせください。(自由記述)

--

全員にお聞きします。【問 26】

問 26 災害発生時に困ることや不安に感じていることはありますか。(いくつでも○)

- |                                 |
|---------------------------------|
| 1. 災害時に必要な情報(被災状況、避難所等)を知る方法がない |
| 2. 災害時に介助者がいない                  |
| 3. 近くに助けてくれる人がいない               |
| 4. 避難所の設備がお子さんの障害に対応しているか不安     |
| 5. 停電時の電源の確保                    |
| 6. 避難所で他の人と一緒に過ごすことが難しい         |
| 7. その他( )                       |
| 8. 特にない                         |

医療機器(呼吸器、吸引器など)を利用している方にお聞きします。【問 27・28】

問 27 災害発生時に利用する医療機器(呼吸器、吸引器など)の非常用電源確保の方法について、既に備えがあるものについてご回答ください。(いくつでも○)

- |                     |                  |
|---------------------|------------------|
| 1. 外部バッテリーを複数保持     | 2. 蓄電池           |
| 3. 発電機              | 4. 車のシガーソケットケーブル |
| 5. その他( )           | 6. 特に備えていない      |
| 7. お子さんの医療的ケアに電源は不要 |                  |

問28 災害発生時に停電した場合、非常用電源や機器の内蔵バッテリーを合わせて、どのくらいの時間、医療機器を使用できる備えがありますか。(1つだけ○)

- |          |            |             |            |
|----------|------------|-------------|------------|
| 1. ~1時間  | 2. 1時間~6時間 | 3. 6時間~12時間 | 4. 12時間~1日 |
| 5. 1日~4日 | 6. 5日~     | 7. わからない    | 8. 備えていない  |

全員にお聞きします。【問29以降】

問29 災害発生時の薬やケア用品等について、何日分の備えがありますか。(1つだけ○)

- |           |           |         |          |
|-----------|-----------|---------|----------|
| 1. 1日~3日分 | 2. 4日~6日分 | 3. 7日分~ | 4. わからない |
| 5. 備えていない |           |         |          |

問30 上記の設問以外で、災害時の避難について心配なことや望む支援などがございましたら、お聞かせください。(自由記述)

問31 そのほか、お子さんとの生活全般において、ご意見やお困りごとがあればお聞かせください。※医療的ケア以外で、お子さんの発達や行動、学び方などについて困っていることなども含む。(自由記述)



## 墨田区障害福祉総合計画策定に関する調査結果報告書

発行年月 令和 8 年 3 月  
発 行 墨田区  
編 集 墨田区福祉部障害者福祉課  
〒130-8640  
墨田区吾妻橋一丁目 23 番 20 号  
T E L : 03-5608-6217