

小平市障がい者計画等策定のための意識調査

市民の皆様には、日頃から市政運営にご理解、ご協力をいただき、誠にありがとうございます。

小平市では、来年度策定を予定しております「小平市障がい者計画（令和9～14年度）」および「第8期小平市障害福祉計画・第4期小平市障害児福祉計画（令和9～11年度）」の基礎資料とするために、アンケート調査を実施いたします。（「小平市障がい者計画」等については、最終ページをご確認ください。）

平成25年4月に施行された「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（「障害者総合支援法」）」により、国の定める難病等の方で、一定の障がいのある方も、障害者手帳の有無に関わらず障害福祉サービス等の対象となります。このアンケートは、難病等の方々の日頃の生活状況や市の障がい施策に対するご意見、ご希望などをおきかせいただき、計画策定に活用させていただきます。

この調査の対象として、小平市にお住まいの「小平市心身障害者福祉手当」を受給されている方に本調査票を送付させていただきます。調査は無記名で行い、調査結果はすべて統計的な数値として取りまとめますので、どうぞありのままの状況やご意見を、一人でも多くの皆様からおきかせいただきたいと思います。ご多忙の折大変恐縮ですが、調査の趣旨をおくみとりいただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和7年10月

小平市長 小林 洋子

＜ご記入にあたってのお願い＞

1. この調査票は、ご本人（宛名の方）と、その方を介助・支援している方に回答をお願いするものです。介助・支援している方にお答えいただく質問は、17、18ページとなり、それ以外の質問にはできるだけご本人がお答えください（ご本人がお答えになるのが難しい場合には、ご家族の方や支援者の方などがご本人のご意向を考慮してご記入いただいてもかまいません）。
2. 名前や住所を書く必要はありません。
3. 質問によっては回答する方を限定しているものもありますので、質問の順にお答えください。
4. お答えは、あなたのお考えに最も近いと思われる回答を、質問文最後の（ ）内に示された数の範囲で選び、その番号を○で囲んでください。
5. 「その他（ ）」に○をつけたときは、（ ）内に具体的な内容をご記入ください。
6. ご記入はボールペン、万年筆、鉛筆などで、黒または青色でお書きください。
7. 記入が終わりましたら、**11月28日（金）**までに同封の返信用封筒に入れて、切手を貼らずに、郵便ポストへご投函ください。

※このアンケートについてのご質問は、下記へお問い合わせください。

小平市 健康福祉部 障がい者支援課 相談支援制度担当
 電話：042（312）1385 FAX：042（346）9541
 メールアドレス：syogaisyaashien@city.kodaira.lg.jp

問1 このアンケートにご記入いただく方はどなたですか。 (1つに○)

1. 本人
2. 家族や支援者が本人に代わって代筆
3. 家族や支援者が本人の意向を考慮して記入

【あなたご自身についてうかがいます】

問2 あなたは何歳ですか。（あなたは、難病のある方ご自身のことをいいます。）

令和7年10月1日現在で 歳

問3 性別はどちらですか。 (1つに○)

1. 男
2. 女
3. その他・無回答

（年齢が40歳以上の方にうかがいます。）

問4 現在、介護保険の認定を受けていますか。 (1つに○)

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

（年齢が40歳以上の方にうかがいます。）

問5 以下の介護保険サービスの中で、あなたが利用しているものはどれですか。（あてはまるものすべてに○）

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|
| 《居宅サービス》 | 1. 訪問介護（ホームヘルプ） | 2. 訪問入浴介護 | 3. 訪問看護 |
| | 4. 訪問リハビリテーション | 5. 居宅療養管理指導 | 6. 福祉用具貸与 |
| | 7. 通所リハビリテーション（デイケア） | 8. 特定福祉用具購入 | 10. 住宅改修費支給 |
| | 9. 通所介護（デイサービス） | 11. ショートステイ（短期入所生活介護・療養介護） | |
| 《地域密着型サービス》 | 12. 小規模多機能型居宅介護 | 13. 看護小規模多機能型居宅介護 | |
| | 14. 夜間対応型訪問介護 | 15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | |
| | 16. 認知症対応型通所介護 | 17. 小規模特別養護老人ホーム | |
| | 18. 地域密着型通所介護（小規模デイサービス） | 19. 認知症高齢者グループホーム | |
| 《施設サービス》 | 20. 特別養護老人ホーム | 21. 介護老人保健施設 | 22. 介護医療院 |
| | 23. 有料老人ホーム | | |
| 《介護予防・日常生活支援総合事業》 | 24. 介護予防・生活支援サービス事業（訪問型） | | |
| | 25. 介護予防・生活支援サービス事業（通所型） | | |

問 6 あなたの病気は、どれですか。同封の「医療費助成対象疾病（指定難病）一覧」より、あてはまるものの番号を記載してください。

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

問 7 あなたが、問 6 で回答された病気になった（または病気であることを知った）のは何歳頃ですか。

| | | |
|-------------------------|----|----------|
| 1. <input type="text"/> | 歳頃 | 2. わからない |
|-------------------------|----|----------|

問 8 問 6 で回答された病気のために、現在、継続的に医療を受けていますか。（1つに○）

| | |
|--------------|------------------|
| 1. 入院している | 2. 住診してもらっている |
| 3. 通院している | 4. 通院と住診の両方をしている |
| 5. 医療は受けていない | |

（問 8 で「1」から「4」のいずれかをお答えの方には「4」がわかります。）

問 8-1 問 6 で回答された病気のために、継続的に利用している医療機関はどこにありますか。（あてはまるものすべてに○）

| | |
|---------------|----------|
| 1. 小平市内 | 2. 東京都区部 |
| 3. 小平市を除く多摩地域 | 4. 都外 |

（問 8 で「3」または「4」とお答えの方には「4」がわかります。）

問 8-2 主にもどのような方法で通院していますか。（あてはまるものすべてに○）

| | | |
|-----------------|--------------------------------|-------------|
| 1. 徒歩 | 2. 自転車 | 3. 吸引 |
| 3. 自家用車（ご本人が運転） | 4. 自家用車（家族等が運転） | 6. ストーマ |
| 5. タクシー | 6. バス | 9. インシュリン注射 |
| 7. 電車・地下鉄 | 8. その他（ <input type="text"/> ） | 12. 必要ない |

問 9 あなたは、必要な医療的ケアがありますか。（あてはまるものすべてに○）

| | | |
|--------------|---------------------------------|-------------|
| 1. 人工呼吸器 | 2. 気管切開 | 3. 吸引 |
| 4. 在宅酸素 | 5. 経管栄養 | 6. ストーマ |
| 7. 膀胱留置カテーテル | 8. 点滴（IVHを含む） | 9. インシュリン注射 |
| 10. 人工透析 | 11. その他（ <input type="text"/> ） | 12. 必要ない |

問 10 あなたは、医療や健康管理について、困ったり不便に思ったことはありませんか。（あてはまるものすべてに○）

| | |
|--------------------------------|---------------------------|
| 1. 近所に診てくれる医師がいない | 2. 専門的な治療を行っている医療機関が近くにない |
| 3. 通院するときに付き添いをしてくれる人がいない | 4. 住診を頼める医師がいない |
| 5. 歯科診療を受けられない | 6. 定期的に健康診断を受けられない |
| 7. 受診手続や案内など、病人への配慮が不十分 | 8. 医療費の負担が大きい |
| 9. その他（ <input type="text"/> ） | 10. 特に困ったことはない |

【あなたの生活についてうかがいます】

問 11 あなたは、どのようなかたちで暮らしていますか。週末だけ家に帰るような場合は、平日の状態について回答してください。（1つに○）

| | |
|-----------------------|--------------------------------|
| 1. ひとりで暮らしている | 2. 家族・親族と一緒に暮らしている |
| 3. 友達など知り合いと一緒に暮らしている | 4. グループホームで暮らしている |
| 5. 障がい者の入所施設で暮らしている | 6. 介護保険（高齢者）施設で暮らしている |
| 7. 入院している | 8. その他（ <input type="text"/> ） |

（問 11 で「2」とお答えの方には「2」がわかります。）

問 11-1 あなたと同居している家族・親族は誰ですか。（あてはまるものすべてに○）

| | | |
|---------------|-----------------------------------|---------|
| 1. 配偶者（夫または妻） | 2. 父 | 3. 母 |
| 4. 子 | 5. 子の配偶者 | 6. 兄弟姉妹 |
| 7. 祖父母 | 8. その他の親族（ <input type="text"/> ） | |

（年齢が 18 歳以上の方には「2」がわかります。）

問 12 あなたにはどのような収入がありますか。（あてはまるものすべてに○）

| | |
|--------------------------------|--------------------|
| 1. 一般就労による給料 | 2. 事業収入（自営業や農業など） |
| 3. 作業所などからの給料（工賃） | 4. 年金 |
| 5. 手当（小平市心身障害者福祉手当など） | 6. 家族からの援助（仕送りなど） |
| 7. 生活保護 | 8. 財産収入（利子や家賃収入など） |
| 9. その他（ <input type="text"/> ） | 10. 収入はない |

問 13 現在、あなたが特に困ったり、不安に思っていることは何ですか。
(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 住居のこと | 2. 就職や仕事のこと |
| 3. お金のこと | 4. 進学や勉強のこと |
| 5. 障がいや病気(業)のこと | 6. 福祉サービスのこと |
| 7. 困ったときの相談先のこと | 8. 外出のこと |
| 9. 家族のこと | 10. 家族以外の人間関係のこと |
| 11. 住所つきあいのこと | 12. 趣味や生きがいのこと |
| 13. 災害時や緊急時のこと | 14. その他 |
| 15. 特に困っていることはない | () |

問 14 あなたの相談相手は誰ですか。
(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1. 家族や親族 | 2. 友人・知人 |
| 3. 近所の人 | 4. 市役所、保健所 |
| 5. ホームヘルパー | 6. 施設の職員 |
| 7. 医療機関(病院・診療所など) | 8. 障がい者団体 |
| 9. 民生委員児童委員 | 10. 障害者相談員 |
| 11. 学校の先生 | 12. 職場の人 |
| 13. 相談機関(あさやけ、ひびき、ほっとなど) | 14. ケアマネジャー |
| 15. その他() | 16. 相談できる人はいない |

問 15 あなたが必要とする支援はどのようなことですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 食事をとること | 2. 身の回りの掃除、洗濯、食事の用意 |
| 3. 着替え(身だしなみ) | 4. トイレ |
| 5. 入浴 | 6. 寝返り |
| 7. 家の中での移動 | 8. 買い物 |
| 9. 外出 | 10. コミュニケーション |
| 11. 各種手続き(書類を書くなど) | 12. 服薬管理 |
| 13. 金銭管理 | 14. 相談(サービスや困りごとなどについて) |
| 15. その他() | 16. 特に必要としない |

問 16 3年後には、誰とどのようなかたちで暮らしていきたいですか。(1つに○)

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. ひとりで暮らしたい | 2. 家族・親族と一緒に暮らしたい |
| 3. 友達など知り合いと一緒に暮らしたい | 4. グループホームで暮らしたい |
| 5. 障がい者の入所施設で暮らしたい | 6. 介護保険(高齢者)施設で暮らしたい |
| 7. その他() | 8. わからない |

(問 16で「1」から「4」のいずれかをお答えの方にかがいます。)

問 16-1 あなたが、地域で生活しつづける、または、今後地域で生活するために必要なことは何ですか。
(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|---|------------------|
| 1. 相談支援体制の充実 | 2. 情報提供 |
| 3. グループホームの整備 | 4. ホームヘルプサービスの充実 |
| 5. 就労支援の充実 | 6. 日中活動の場の確保 |
| 7. 外出手段の確保 | 8. 緊急時、災害時等の支援体制 |
| 9. 住宅のバリアフリー化 | 10. 身近な医療機関の確保 |
| 11. 経済的支援 | 12. 地域の理解 |
| 13. 住宅確保のための支援(障がい者が使い14. 地域で生活するための体験機会な やすい民間賃貸住宅のあっせんなど) どの充実 | |
| 15. その他() | 17. 特に必要なことはない |
| 16. わからない | |

【日中の過ごし方にかがいます】

問 17 平日の昼間を主にどこで(何を)して過ごしていますか。(1つに○)

- | | | |
|---------------------------|--------------------|-----------|
| 《就学前の方》 | | |
| 1. 保育園 | 2. 幼稚園 | 3. 認定こども園 |
| 4. 障害児通所施設 | 5. 自宅 | |
| 《学校へ通っている方(在籍している方)》 | | |
| 6. 特別支援学校(小・中・高) | 7. 特別支援学級(固定級) | |
| 8. 普通学級と特別支援学級(通級) | 9. 普通学級と特別支援教室 | |
| 10. 普通学級(小・中・高) | 11. 大学・短大・専門学校 | |
| 《学校を卒業している方》 | | |
| 12. 職場(作業所など「福祉的就労」の場も含む) | | |
| 13. サークル活動やボランティア活動 | | |
| 14. 障害者通所施設(生活介護、機能訓練など) | | |
| 15. 高齢者のサービス・ケア施設 | 16. 入所施設 | |
| 17. 病院(入院している) | 18. 自宅(家事・育児などを含む) | |
| 19. その他() | | |

※「福祉的就労」:ここでは、障害者総合支援法における「就労移行支援」「就労継続支援A・B型」の利用を指しています。

(問 17 で「12」とお答えの方にかがいます。)

問 17-1 あなたは、どのような就労形態で働いていますか。 (1つに○)

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1. 正社員 | 2. パート・アルバイト |
| 3. 作業所などでの福祉的就労 | 4. 家の仕事の手伝い |
| 5. 自営業 | 6. その他 () |

(問 17 で「12」とお答えの方にかがいます。)

問 17-2 仕事(福祉的就労を含む)をすうえで困っていることはありませんか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------|--|
| 1. 給料が少ない | |
| 2. 仕事が難しい | |
| 3. 仕事がつい | |
| 4. 仕事が少ない | |
| 5. 自分に合った内容の仕事がない | |
| 6. 職場の人間関係が難しい | |
| 7. 職場での身分が不安定 | |
| 8. トイレなどの設備が使いにくい | |
| 9. 昇給や昇進が平等でない | |
| 10. 通勤が大変 | |
| 11. 障がいへの理解がない | |
| 12. 相談相手がいない | |
| 13. その他 () | |
| 14. 特に困っていることはない | |

(問 17 で「13」から「18」のいずれかをお答えの方にかがいます。)

問 17-3 どのような支援があれば、働きたいと思いますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. 就職の相談や仕事の紹介などの支援 | |
| 2. 働きながら悩みや困ったことを相談できる | |
| 3. ショプコーチャなど就労定着支援・職場訪問など継続的支援 | |
| 4. 職場体験や実習訓練の機会や場所の拡充 | |
| 5. 職場の環境や仕事の内容、時間などの配慮 | |
| 6. その他 () | |
| 7. 働くことは難しい | |
| 8. 働きたくない | |

【災害時の対応についてうかがいます】

問 18 地震や火事など災害時の避難についてうかがいます。 (1つに○)

- | | |
|---------------------|--|
| 1. ひとりで避難できる | |
| 2. ひとりでは避難できない | |
| 3. 家族や支援者の手助けで避難できる | |
| 4. その他 () | |

問 19 あなたは、災害時の対策を立てていますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. 避難場所がわかる | |
| 2. 家族と避難方法を決めている | |
| 3. 近所の人に災害時の手助けを頼んである | |
| 4. 食糧や水などの防災用品を用意している | |
| 5. 必要な薬、補装具、医療器具などはすぐに持ち出せるように準備している | |
| 6. 家具に転倒防止の対策をしている | |
| 7. 年1回は避難訓練に参加している | |
| 8. 「避難行動要支援者登録名簿※1」に登録している | |
| 9. 「ヘルプカード※2」を利用している | |
| 10. その他 () | |
| 11. 特に対策を立てていない | |

※1 「避難行動要支援者登録名簿」：災害時に自力で避難することが難しい方の情報を名簿に登録し、その情報を市の防災危機管理課や小平消防署などで共有し、災害などのときに利用することを目的としています。

※2 「ヘルプカード」：障がいのある方が、災害時や緊急時、または外出先で何が困ったときに、周囲に手助けを求められるよう、「氏名」「緊急連絡先」「必要な支援」を記載したカードです。

◆災害時の避難生活のことなどについて、ご意見等ございましたら、最終ページの自由回答欄にご記入ください。

【情報の入手についてうかがいます】

問 20 福祉関連の情報を主にどこから入手していますか。(あてはまるものすべてに○)

- 1. 都や市などの広報
- 2. 学校・職場・施設
- 3. テレビ・ラジオ・新聞
- 4. インターネット・SNS
- 5. 病院・診療所
- 6. 障がい者団体
- 7. 家族・親族
- 8. 市や保健所の窓口
- 9. 障害者相談員
- 10. 相談機関（あさやけ、ひびき、ほっとなど）
- 11. ヘルパー・ボランティア
- 12. その他（ ）

問 21 市や公的機関から入手した福祉関連の情報は、わかりやすいと思いますか。
(1つに○)

- 1. わかりやすい
- 2. わかりにくい
- 3. どちらともいえない

【問 21で「2」とお答えの方についてうかがいます。】

問 21-1 なぜ、わかりにくいと思いますか。 (あてはまるものすべてに○)

- 1. 情報が多すぎる
- 2. 情報の内容が難しすぎる
- 3. 医療、保健、福祉の連携不足でわかりにくい
- 4. 手話通訳、要約筆記、音訳、点訳などの情報ツールが未整備
- 5. その他（ ）

問 22 福祉関連情報の入手について困っていることはありませんか。
(あてはまるものすべてに○)

- 1. どこに情報があるかわからない
- 2. 情報の内容が難しい
- 3. デイジー版、点字版、録音テープ・CD、音声コードなどによる情報提供が少ない
- 4. パソコンやスマホなどの使い方がわからないため、インターネット・SNSが利用できない
- 5. パソコンやスマホを持っていないため、インターネット・SNSが利用できない
- 6. その他（ ）
- 7. 特に困っていない

【障害福祉サービスについてうかがいます】

問 23 障害福祉サービス*の利用状況と満足度等についておたずねします。

(現在、障害福祉サービスを利用しておらず、これからも利用しないと思われる方は、次の口にノ点をつけ、問 24 へお進みください。)

- A. 現在、利用しているサービスに○をつけてください。
- B. 利用しているサービスに満足していますか。(あてはまる番号に○)
- C. 不満なサービスは、その理由を 10 ページの下の欄から選んでご記入ください。(あてはまるものすべてを選んでください)
- D. 現在は利用していないが、今後利用したいサービスに○をつけてください。
※ 障がいのある方向けの全国共通のサービスです。

| サービス名 | 内 容 |
|------------------|--|
| 1 居宅介護 | ヘルパーが家に行き、入浴、食事の用意、部屋の掃除、洗濯など、身の回りの手伝いをします。 |
| 2 重度訪問介護 | ヘルパーが常に介護が必要な、体に重い障がいのある人の家に行き、日常生活や外出の手伝いをします。 |
| 3 同行援護 | 視覚障がい児・者で移動が非常に難しい人の外出の手伝いをします。 |
| 4 行動援護 | 知的、精神障がいのある人が安心して外出し、活動ができるよう手伝います。 |
| 5 重度障害者等包括支援 | 常に介護を必要とする重い障がいのある人が生活するために必要なサービスを組み合わせて提供します。 |
| 6 生活介護 | 常に介護を必要とする重い障がいのある人の食事や入浴などを手伝い、創作的活動や生産活動の機会を提供します。 |
| 7 自立訓練（機能訓練） | 自立した日常生活を送るため、一定期間、体をうまく動かすことができるようにする訓練を行います。 |
| 8 自立訓練（生活訓練） | 地域での生活に困らないように、一定期間、自分の身の回りのことができるようにする訓練を行います。 |
| 9 就労移行支援 | 会社に就職するために必要な知識や能力を身につけるための訓練を行います。 |
| 10 就労継続支援（A型） | 会社で働くことが難しい人に、会社以外の事業所で、雇用契約を結び、働く機会を提供します。 |
| 11 就労継続支援（B型） | 会社で働くことが難しい人に、会社以外の事業所で、雇用契約を結ばず、支援を受けながら働くことのできる機会を提供します。 |
| 12 就労定着支援 | 一般就労への移行に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家族との連絡調整や指導・助言を行います。 |
| 13 就労選択支援 | 就労アシメントの手法を活用して、本人の希望、就労能力や適性等に合った就労先・働き方の選択の手伝いをします。 |
| 14 療養介護 | 医療と常に介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、看護、介護などを行います。 |
| 15 短期入所（ショートステイ） | 家族の用事や休養のため、短期間、施設で食事や入浴などの手伝いをします。 |

(問 23 の続き)

| サービス名 | A 利用している | | B 利用している場合いずれかに○ | | | | C 日欄で「やや不満」「不満」である理由(下の選択肢からいくつでもお選びください) | D 今後利用したい |
|------------------|-------------|------|---------------------|------|----|------|--|--------------|
| | 満足 | やや満足 | 満足 | やや満足 | 不満 | やや不満 | | |
| 記入例) 居宅介護 | ○ | 1 | 2 | 3 | ④ | 5 | 1、5 | |
| 1 居宅介護 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 2 重度訪問介護 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 3 同行支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 4 行動支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 5 重度障害者等包括支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 6 生活介護 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 7 自立訓練(機能訓練) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 8 自立訓練(生活訓練) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 9 就労移行支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 10 就労継続支援(A型) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 11 就労継続支援(B型) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 12 就労定着支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 13 就労選択支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 14 療養介護 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 15 短期入所(ショートステイ) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |

(「C欄」に記入する理由はここからお選びください)

1. 回数や時間が足りない
2. 利用料が高い
3. サービス提供事業者が少ない
4. 利用の日時が合わない
5. サービス内容(技術)に不安を感じる
6. サービス提供事業者の対応がよくない
7. 事業者と家族との連携が取れてない
8. その他

- A. 現在、利用しているサービスに○をつけてください。
- B. 利用しているサービスに満足していますか。(あてはまる番号に○)
- C. 不満なサービスは、その理由を 12 ページの下の欄から選んで記入ください。(あてはまるものすべてを選んでください)
- D. 現在は利用していないが、今後利用したいサービスに○をつけてください。

| サービス名 | 内 容 |
|------------------------|--|
| 16 共同生活援助(グループホーム) | 障がいのある人たちが一緒に暮らすアパートや家で、夜間や休日に、世話人が日常生活の手伝いをします。 |
| 17 施設入所支援 | 入所している施設で、夜間や休日に、食事や入浴などの手伝いをします。 |
| 18 自立生活援助 | 施設入所やグループホームに入居していた人などに対し、定期的な居宅訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行います。 |
| 19 計画相談支援 | 障害福祉サービス等を利用する人に、サービス等利用計画(利用のためのプラン)などを作成し、サービス提供事業者との連絡・調整、モニタリング(見直し)を行います。 |
| 20 地域移行支援 | 施設で暮らしている人や入所をしている人が地域での暮らしを始めるとき、相談や住むところの確保などの支援をします。 |
| 21 地域定着支援 | ひとり暮らしをしている人や、家庭の状況などにより同居している家族による支援を受けられない人といつでも連絡をとれるようにして、緊急時の連絡・相談などの支援を行います。 |
| 22 児童発達支援(障害児通所支援) | 障がい児に、日常生活で体をうまく動かすための指導、知識技能の習得、集団生活に馴染むための訓練を行います。 |
| 23 居宅訪問型児童発達支援 | 重度の障がい等のために外出が困難な児童に対し、居宅を訪問し、児童発達支援を行います。 |
| 24 放課後等デイサービス(障害児通所支援) | 学校に通う障がい児に、放課後や夏休みなどの長期休暇中、自分の身のまわりのことのできるようにするための訓練などを継続的に提供します。 |
| 25 保育所等訪問支援(障害児通所支援) | 障がい児が集団生活をしている施設を訪問し、その施設での障がい児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援などを行います。 |
| 26 障害児相談支援 | 障害児通所支援を利用する人に、障害児支援利用計画(利用のためのプラン)などを作成し、サービス提供事業者との連絡・調整、モニタリング(見直し)を行います。 |

問 24 問 23 の障害福祉サービスのほか、小平市では下記の枠内に示すサービス（地域生活支援事業など）を実施しています。その利用状況と満足度等についておたずねします。

（現在、サービスを利用しておらず、今後もし利用しないと思われる方は、次の□にノ点をつけ、問 25 にお進みください。）

- A. 現在、利用しているサービスに○をつけてください。
 B. 利用しているサービスに満足していますか。（あてはまる番号に○）
 C. 不満なサービスは、その理由を 14 ページの下の欄から選んで記入ください。（あてはまるものすべてを選んでください）
 D. 現在利用していないが、今後利用したいサービスに○をつけてください。

| サービス名 | 内容 |
|---------------------------|--|
| 1 コミュニケーション支援事業 | 手話通訳者などの派遣を行います。 |
| 2 日常生活用具給付等事業 | 重い障がいのある人に、自立生活支援用具などの日常生活用具を給付します。 |
| 3 移動支援事業（個別移動支援） | 屋外での移動が困難な障がいのある人に社会参加などのための支援を行います。 |
| 4 日中一時支援事業 | 日中、家族の病気や外出のときに、障害福祉サービス事業所などにおいて活動の場を提供や見守りなどを行います。 |
| 5 地域活動支援センター事業（あざやけ・はばたき） | 精神障がいのある人の相談を受けたり、創作的活動や社会との交流を進めるなど多様な活動を行います。 |
| 6 地域自立生活支援センターひびき | 障がいのある人の相談を受けたり、創作的活動や社会との交流を進めるなど多様な活動を行います。 |
| 7 通所訓練事業（成人） 整備園ういす | 医療的ケアが必要な重い障がいのある人に、昼間、食事の手伝いなどを行うとともに、創作的活動の機会を提供します。 |
| 8 通所訓練事業（児童） 整備園トマト | 重い知的障がいと重い身体障がいがある人が重複している就学前の障がい児の療育訓練などを行います。 |
| 9 言語相談訓練 | たいよう福祉センター、あおぞら福祉センターで、言語や発達に関する相談、訓練を行います。 |
| 10 訪問入浴サービス事業 | 介護保険制度のサービス対象に該当しない 65 歳未満の心身障がいのある人で、通常の方法で入浴が困難な方の家に巡回入浴車を派遣し、組み立て式浴槽による入浴介助を行います。 |
| 11 障がい者自立体験事業 | 日常生活に必要な知識の習得、自己選択や決定ができる自立した生活を目指すための宿泊体験を行います。 |
| 12 障がい者居住支援の推進事業 | 市内で転居を希望する障がい者の民間賃貸住宅への入居に関する相談や、保証人がいない場合に民間の保証会社を紹介します。 |
| 13 児童発達支援センターこいだいら | 就学前の児童を対象に療育を行うほか、18 歳未満の児童と保護者を対象に、発達支援相談を受ける等の支援を行います。 |
| 14 地域生活支援拠点等事業 | 介護者の不在、障がいの重度化等で緊急の対応が必要な事態が発生した際に、障害福祉サービス事業所、障がい者支援課、関係機関が連携して障がいのある人を支援します。 |

| サービス名 | A 利用している | | B 利用している場合いずれかに○ | | | | C 日欄で「やや不満」「不満」である理由（下の選択肢からいくつでもお選びください） | D 利用したい |
|------------------------|----------|----|------------------|------|------|----|---|---------|
| | 満足 | 満足 | 満足 | やや満足 | やや不満 | 不満 | | |
| 記入例) 共同生活援助 | ○ | 1 | 2 | 3 | ④ | 5 | 1、5 | |
| 16 共同生活援助（グループホーム） | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 17 施設入所支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 18 自立生活援助 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 19 計画相談支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 20 地域移行支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 21 地域定着支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 22 児童発達支援（障害児通所支援） | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 23 居宅訪問型児童発達支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 24 放課後等デイサービス（障害児通所支援） | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 25 保育所等訪問支援（障害児通所支援） | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 26 障害児相談支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |

（「C欄」に記入する理由はここからお選びください）

1. 回数や時間が足りない
2. 利用料が高い
3. サービス提供事業者が少ない
4. 利用の日時があわない
5. サービス内容（技術）に不安を感じる
6. サービス提供事業者の対応がよくない
7. 事業者と家族との連携が取れてない
8. その他

【障がい理解や差別の解消についてうかがいます】

問 25 あなたは、障がいのある人も共に住み慣れた地域で生活できるように地域の理解を深めていくためには、どのようなことが必要だと思いますか。(3つまでに○)

| | |
|----|---|
| 1. | 地域行事への障がいの参加を促進するなど、地域住民との交流の場・機会を増やすこと |
| 2. | 学校での障がいに関する教育や情報の提供 |
| 3. | 障がいについての正しい知識の普及啓発のための講演会、研修、疑似体験会等の開催 |
| 4. | 障がい者作品展や障がい者と交流するイベントの開催 |
| 5. | 障がいの特性や障がいについての正しい知識等を伝えるリーフレットの発行 |
| 6. | 障がい者の一般企業への就労の促進 |
| 7. | 障がい者の地域生活についての理解の促進 |
| 8. | その他() |
| 9. | 特になし |

問 26 あなたは、障がいを理由とする差別や偏見を感じたことがありますか。(1つに○)

| | |
|----|-------|
| 1. | ある |
| 2. | 少しある |
| 3. | ない |
| 4. | わからない |

(問 26で「1・2」とお答えの方にうかがいます。)

問 26-1 差別や偏見を感じたのはどのような場面ですか。(あてはまるものすべてに○)

| | | | | | |
|-----|------------|-----|-----------|-----|----------|
| 1. | 仕事や収入 | 2. | 教育・育児 | 3. | 人間関係 |
| 4. | 趣味やスポーツの活動 | 5. | 地域の行事・集まり | 6. | 店舗などでの対応 |
| 7. | 役所・公共機関 | 8. | 医療機関 | 9. | 社会制度・慣習 |
| 10. | 建物・市街の構造 | 11. | 言葉遣い・態度 | 12. | 道路・交通機関 |
| 13. | 地域交流 | 14. | イベントなど | 15. | 結婚・交際 |
| 16. | その他() | | | | |

問 27 差別や偏見を感じた時は誰に相談しますか。(1つに○)

| | | | |
|----|-----------------------------|----|------------------|
| 1. | 家族・友人・知人 | 2. | 市役所、保健所 |
| 3. | 東京都障害者権利保護センター (広域支援相談員) | 4. | 施設の職員 |
| 6. | 学校の先生 | 5. | 相談機関(あさやけ、ひびきなど) |
| | | 7. | その他() |

| サービス名 | A 利用している | | B 利用している場合いずれかに○ | | | C B欄で「やや不満」「不満」である理由(下の選択肢からいくつでもお選びください) | D 今後は利用したい |
|---------------------------|----------|----|------------------|------|----|---|------------|
| | 満足 | 満足 | 満足 | やや不満 | 不満 | | |
| 記入例) コミュニケーション支援事業 | ○ | 1 | 2 | 3 | ④ | 5 | 1, 5 |
| 1 コミュニケーション支援事業 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 2 日常生活用具給付等事業 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 3 移動支援事業(個別移動支援) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 4 日中一時支援事業 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 5 地域活動支援センター事業(あさやけ・はばたき) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 6 地域自立生活支援センターひびき | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 7 通所訓練事業(成人) 整育園ういす | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 8 通所訓練事業(児童) 整育園トマト | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 9 言語相談訓練 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 10 訪問入浴サービス事業 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 11 障がい者自立体験事業 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 12 障がい者居住支援の推進事業 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 13 児童発達支援センターこだいら | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 14 地域生活支援拠点等事業 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

(「C欄」に記入する理由はここからお選びください)

- 回数や時間が足りない
- 利用料が高い
- サービス提供事業者が少ない
- 利用の日時があわない
- サービス内容(技術)に不安を感じる
- サービス提供事業者の対応がよくない
- 事業者と家族との連携が取れてない
- その他

【障がい施策全般についてうかがいます】

問 28 市の障がい施策について、今後、特に力をいれてほしいことは何ですか。
(5つまでに○)

| | |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 障がいを理由とする差別的解消の推進 障がいのための身近な相談支援体制の充実・機能強化（地域生活支援センターあさやけ、地域自立生活支援センターひびきなど） 計画相談支援、地域移行支援、地域定着支援などのケアマネジメン体制の充実 児童発達支援などでの就学前訓練 療育（言語訓練など）の充実 ライフステージ（入学、卒業、就職など）で途切れることのない一貫した支援 保健・医療、福祉、教育の連携と一貫した支援 自立生活を支援する権利擁護体制の充実 居宅介護などのヘルプサービスの充実 補装具の利用支援や日常生活用具の給付の充実 日中一時支援、短期入所など介助者（家族や親族）への支援の充実 ひとり暮らしの定期訪問などの支援事業の充実 災害時や緊急時の支援体制の充実 防犯体制の充実 グループホームなどの住まいの場の充実 自立生活の体験の場（グループホームやひとり暮らしの練習）の充実 民営住宅の障がい者用住宅のあわせ 障がい者が利用しやすい道路や公共施設などのバリアフリーの推進 就労に向けた訓練の充実 就労支援（就労・生活支援センターほっとなど）の充実 生活介護などの日中活動の場や居場所の充実 放課後活動の充実 余暇活動（文化活動、スポーツなど）の充実 外出時の移動に関する支援の充実 障がいの特性に応じた情報提供の整備・充実 障がいがある人とない人の相互理解・交流の促進 その他（ ） |
|--|---|

ここからは、介助・支援している方（ご家族等）への質問になります。特に介助・支援を受けていない方や介助・支援している方の回答が難しい方は、最終ページの自由回答にお進みください。

問 29 あなたは障がいのある方からみてどのような関係にあたりますか。(1つに○)

| | | |
|---------------|-----------|----------|
| 1. 配偶者（夫または妻） | 2. 母 | 3. 父 |
| 4. 子 | 5. 子の配偶者 | 6. 兄弟姉妹 |
| 7. 祖父母 | 8. その他の親族 | 9. 友人・知人 |
| 10. その他（ ） | | |

問 30 あなたは何歳ですか。

令和7年10月1日現在で 歳

問 31 あなたの相談相手は誰ですか。（あてはまるものすべてに○）

| | |
|-------------------|--------------------------|
| 1. 家族や親族 | 2. 友人・知人 |
| 3. 近所の人 | 4. 市役所、保健所 |
| 5. 施設職員（病院・診療所など） | 6. 医療機関（病院・診療所など） |
| 7. 障がい者団体 | 8. 民生委員児童委員 |
| 9. 障害者相談員 | 10. 学校の先生 |
| 11. 職場の人 | 12. 相談機関（あさやけ、ひびき、ほっとなど） |
| 13. ケアマネジャー | |
| 14. その他（ ） | |
| 15. 相談できる人はいない | |

問 32 福祉関連の情報を主にどこから入手していますか。（あてはまるものすべてに○）

| | |
|--------------------------|----------------|
| 1. 都や市などの広報 | 2. 学校・職場・施設 |
| 3. テレビ・ラジオ・新聞 | 4. インターネット・SNS |
| 5. 病院・診療所 | 6. 障がい者団体 |
| 7. 家族・親族 | 8. 市や保健所の窓口 |
| 9. 障害者相談員 | |
| 10. 相談機関（あさやけ、ひびき、ほっとなど） | |
| 11. ヘルパー・ボランティア | |
| 12. その他（ ） | |

5 発達障がいのある方

問1 このアンケートにご記入いただく方はどなたですか。 (1つに○)

| | |
|-----------|-------------|
| 1. 本人 | 2. 配偶者(夫、妻) |
| 3. 父母 | 4. 祖父母 |
| 5. 兄弟姉妹 | 6. その他親族 |
| 7. その他() | |

【あなたご自身(ご本人)についてうかがいます】

問2 あなたは何歳ですか。(あなたとは、発達障がいのある方(または発達障がいがあると思われる方)ご自身のことをいいます)

令和7年10月1日現在で 満 歳

問3 性別はどちらですか。 (1つに○)

| | | |
|------|------|------------|
| 1. 男 | 2. 女 | 3. その他・無回答 |
|------|------|------------|

問4 取得している障害者手帳についてお答えください。(あてはまるものすべてに○)

| | |
|----------------------|---|
| 1. 身体障害者手帳(等級:) | 級 |
| 2. 愛の手帳(程度:) | 度 |
| 3. 精神障害者保健福祉手帳(等級:) | 級 |
| 4. 手帳はもっていない | |

問5 診断名などありませんでしたらお答えください。(あてはまるものすべてに○)

| | | |
|----------------------|---|------------------------|
| 1. 広汎性発達障がい | → | 1. 知的障がいを伴う自閉症 |
| | | 2. 高機能自閉症(高機能広汎性発達障がい) |
| | | 3. アスペルガー症候群 |
| 2. 学習障がい(LD) | | |
| 3. 注意欠陥・多動性障がい(ADHD) | | |
| 4. その他() | | |
| 5. 特定の診断名はついていない | | |
| 6. 受診していない | | |

(問5で「1」から「5」とお答えの方にかがいます。)

問5-1 最初に診断を受けたのは何歳のころですか。 (1つに○)

| | | |
|--------------|-----------|--------------|
| 1. 3歳以下 | 2. 3歳~就学前 | 3. 小学生(1~3年) |
| 4. 小学生(4~6年) | 5. 中学生 | 6. 15~18歳 |
| 7. 18歳以上 | | |

小平市障がい者計画等策定のための意識調査

市民の皆様には、日頃から市政運営にご理解、ご協力をいただき、誠にありがとうございます。

小平市では、来年度策定を予定しております「小平市障がい者計画(令和9~14年度)」および「第八期小平市障害福祉計画・第四期小平市障害児福祉計画(令和9~11年度)」の基礎資料とするために、アンケート調査を実施いたします。(「小平市障がい者計画」等については、最終ページをご覧ください。)

このアンケートは、障がいのある方々の日々の生活状況や市の障がい施策に対するご意見、ご希望などをおきかせいただき、計画策定に活用させていただきます。

この調査は、小平市にお住まいの発達障がいのある方(発達障がいがあるとと思われる方)を対象に回答をお願いしています。調査は無記名で行い、調査結果はすべて統計的な数値として取りまとめますので、どうぞありのままの状況やご意見を、一人でも多くの皆様からおきかせいただきたいと存じます。ご多忙の折、大変恐縮ですが、調査の趣旨をおくみとりいただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和7年10月

小平市長 小林洋子

<ご記入にあたってのお願い>

- この調査票は、発達障がいのある方(発達障がいがあると思われる方)ご本人と保護者の方に回答をお願いするものです。(ご本人がお答えになるのが難しい場合には、ご家族の方がご本人のご意向を考慮してご記入いただいてもかまいません。)
- 名前や住所を書く必要はありません。
- 質問によっては回答する方を限定しているものもありますので、質問の順にお答えください。
- お答えは、あなたのお考えに最も近いと思われる回答を、質問文最後の()内に示された数の範囲で選び、その番号を○で囲んでください。
- 「その他()」に○をつけたときは、()内に具体的な内容をご記入ください。
- ご記入はボールペン、万年筆、鉛筆などで、黒または青色でお書きください。
- 記入が終わりましたら、**11月28日(金)**までに添付の返信用封筒に入れて、切手を貼らずに、郵便ポストへご投函ください。

※このアンケートについてのご質問は、下記へお問い合わせください。

小平市 健康福祉部 障がい者支援課 相談支援制度担当
 電話：042(312)1385 FAX：042(346)9541
 メールアドレス：syogaishashien@city.kodaira.lg.jp

問 9 発達障がいについて、最も理解してほしい人はだれですか。(2つまでに○)

- | | |
|-------------------|-------------|
| 1. 家族・親族 | 2. 友人・知人 |
| 3. 医療機関 | 4. 市役所等の窓口 |
| 5. 保育園・幼稚園・認定こども園 | 6. 学校 |
| 7. 職場・作業所の人 | 8. 交通機関の関係者 |
| 9. 地域の人 | 10. 障害者相談員 |
| 11. その他() | |
| 12. 必要ない | |

【日中の過ごし方についてうかがいます】

問 10 あなたは、平日の昼間は、主にどこで(何をして)過ごしていますか。(1つに○)

- | |
|--|
| 1. 学校に入学する前で、自宅で生活している |
| 2. 幼稚園・保育園・認定こども園、学校、障害児通所施設などに通っている(在籍している) |
| 3. 一般就労(会社・工場・自営業など) |
| 4. 作業所などの福祉的就労* |
| 5. 施設に入所・通所している |
| 6. 精神科デイ・ケアに通っている |
| 7. 学校を卒業しており、自宅で生活している(家事・育児などを含む) |
| 8. その他() |

※「福祉的就労」:ここでは、障害者総合支援法における「就労移行支援」「就労継続支援A・B型」の利用を指しています。

【問10で「2」とお答えの方にうかがいます。】

問 10-1 通園・通学先はどこですか。(2つまでに○)

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1. 保育園 | 2. 幼稚園 |
| 3. 認定こども園 | 4. 障害児通所施設 |
| 5. 特別支援学校(小・中・高) | 6. 特別支援学級(固定級) |
| 7. 普通学級と特別支援学級(通級) | 8. 普通学級と特別支援教室 |
| 9. 普通学級(小・中・高) | 10. サポート校* |
| 11. 大学・短大・専門学校 | 12. 職業訓練校 |
| 13. その他() | |

※「サポート校」:通信制高校に在籍する人や高等学校卒業程度認定試験合格を目指す人を対象に、学習や生活面での支援等を行っている教育施設であり、発達障がいのある方の社会適応能力の向上(ソーシャルスキルトレーニング;SST)の場としているサポート校もあります。なお、「サポート校」は通称であり、法律等で定められたものではありません。

【あなたの生活についてうかがいます】

問 6 あなたは、どのようなかたちで暮らしていますか。週末だけ家に帰るような場合は、平日の状態について回答してください。(1つに○)

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. ひとりで暮らしている | 2. 家族・親族と一緒に暮らしている |
| 3. 友達など知り合いと一緒に暮らしている | 4. グループホームで暮らしている |
| 5. 障がい者の入所施設で暮らしている | 6. 介護保険(高齢者)施設で暮らしている |
| 7. 入院している | |
| 8. その他() | |

【問6で「2」とお答えの方にうかがいます。】

問 6-1 あなたと同居している家族・親族は誰ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|---------------|--------------|---------|
| 1. 配偶者(夫または妻) | 2. 父 | 3. 母 |
| 4. 子 | 5. 子の配偶者 | 6. 兄弟姉妹 |
| 7. 祖父母 | 8. その他の親族() | |

問 7 現在、あなたが特に困ったり、不安に思っていることは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. 幼稚園・保育園などのこと | 2. 療育のこと |
| 3. 進学や勉強のこと | 4. 学校などでの集団生活に関すること |
| 5. 就職や仕事のこと | 6. 将来のこと |
| 7. 余暇活動のこと | 8. 医療機関のこと |
| 9. 障がいや病氣(薬)のこと | 10. 福祉サービスに関すること |
| 11. 困ったときの相談先のこと | 12. 家族との関係のこと |
| 13. 友人・知人との関係のこと | 14. 職場の上司や同僚との関係のこと |
| 15. 経済的なこと | 16. 災害時や緊急時のこと |
| 17. その他() | |
| 18. 特に困っていることはない | |

問 8 発達障がいに関する悩みをどこで相談していますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--|-----------------------|
| 1. 家族 | 2. 友人・知人 |
| 3. 医療機関(病院・診療所など) | 4. 保育園・幼稚園・認定こども園・学校 |
| 5. スクールカウンセラー | 6. 職場(作業所などを含む) |
| 7. 教育相談室 | 8. 市役所 |
| 9. 保健所 | 10. 児童相談所 |
| 11. 健康センター | 12. 子ども家庭支援センター |
| 13. 訓練機関(たいよう福祉センターやあおぞら福祉センターの言語訓練など) | 14. 相談機関(ひびき、あさやけ、ほっ) |
| 16. 障害者相談員 | 15. 児童発達支援センター・こだいら |
| 18. 発達障害者支援センター(TOSCA) | 17. 民生委員児童委員 |
| 20. 交流・ピアサポートセンター | 19. 親の会など |
| 22. その他() | 21. インターネット・SNS |
| 23. 誰に相談していいかわからない | 24. 相談する必要はない |

(問 11 の続き)

| サービス名 | A 利用している | | B 利用している場合いずれかに○ | | | | C B欄で「やや不満」「不満」である理由(下の選択肢からいくつでもお選びください) | D 今後利用したい |
|------------------|-------------|------|---------------------|------|----|-----|--|--------------|
| | 満足 | やや満足 | ふつう | やや不満 | 不満 | | | |
| 記入例) 居宅介護 | ○ | 2 | 3 | ④ | 5 | 1、5 | | |
| 1 居宅介護 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 2 重度訪問介護 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 3 同行援護 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 4 行動援護 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 5 重度障害者等包括支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 6 生活介護 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 7 自立訓練(機能訓練) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 8 自立訓練(生活訓練) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 9 就労移行支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 10 就労継続支援(A型) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 11 就労継続支援(B型) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 12 就労定着支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 13 就労選択支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 14 療養介護 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 15 短期入所(ショートステイ) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |

(「C欄」に記入する理由はこちらからお選びください)

1. 回数や時間が足りない
2. 利用料が高い
3. サービス提供事業者が少ない
4. 利用の日時があわない
5. サービス内容(技術)に不安を感じる
6. サービス提供事業者の対応がよくない
7. 事業者と家族との連携が取れてない
8. その他

| サービス名 | 内 容 |
|------------------------|--|
| 16 共同生活援助(グループホーム) | 障がいのある人たちが一緒に暮らすアパートや家で、夜間や休日に、世話人が日常生活の手伝いをします。 |
| 17 施設入所支援 | 入所している施設で、夜間や休日に、食事や入浴などの手伝いをします。 |
| 18 自立生活援助 | 施設入所やグループホームに入居していた人などに対し、定期的な居宅訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行います。 |
| 19 計画相談支援 | 障害福祉サービス等を利用する人に、サービス等利用計画(利用のためのプラン)などを作成し、サービス提供事業者との連絡・調整、モニタリング(見直し)を行います。 |
| 20 地域移行支援 | 施設で暮らしている人や入居をしている人が地域での暮らしを始めるとき、相談や住むところの確保などの支援をします。 |
| 21 地域定着支援 | ひとり暮らしをしている人や、家庭の状況などにより同居している家族による支援を受けられない人といつでも連絡をとれるようにして、緊急時の連絡・相談などの支援を行います。 |
| 22 児童発達支援(障害児通所支援) | 障がい児に、日常生活で体をうまく動かすための指導、知識技能の習得、集団生活に馴染むための訓練を行います。 |
| 23 居宅訪問型児童発達支援 | 重度の障がい等のために外出が困難な児童に対し、居宅を訪問し、児童発達支援を行います。 |
| 24 放課後等デイサービス(障害児通所支援) | 学校に通う障がい児に、放課後や夏休みなどの長期休暇中、自分の身のまわりのことができるようにするための訓練などを継続的に提供します。 |
| 25 保育所等訪問支援(障害児通所支援) | 障がい児が集団生活をしている施設を訪問し、その施設での障がい児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援などを行います。 |
| 26 障害児相談支援 | 障害児通所支援を利用する人に、障害児支援利用計画(利用のためのプラン)などを作成し、サービス提供事業者との連絡・調整、モニタリング(見直し)を行います。 |

問 12 問 11 の障害福祉サービスのほか、小平市では下記の枠内に示すサービス（地域生活支援事業など）を実施しています。その利用状況と満足度等についておたずねします。

- A. 現在、利用しているサービスに○をつけてください。
- B. 利用しているサービスに満足していますか。（あてはまる番号に○）
- C. 不満なサービスは、その理由を 10 ページの下の欄から選んでご記入ください。（あてはまるものすべてを選んでください）
- D. 現在は利用していないが、今後利用したいサービスに○をつけてください。

| サービス名 | 内 容 |
|---------------------------|--|
| 1 コミュニケーション支援事業 | 手話通訳者などの派遣を行います。 |
| 2 日常生活用具給付等事業 | 重い障がいのある人に、自立生活支援用具などの日常生活用具を給付します。 |
| 3 移動支援事業（個別移動支援） | 屋外での移動が困難な障がいのある人に社会参加などのための支援を行います。 |
| 4 日中一時支援事業 | 日中、家族の病気や外出のときに、障害福祉サービス事業所などにおいて活動の提供や見守りなどを行います。 |
| 5 地域活動支援センター事業（あざやけ・はばたき） | 精神障がいのある人の相談を受けたり、創作的活動や社会との交流を進めるなど多様な活動を行います。 |
| 6 地域自立生活支援センターひびき | 障がいのある人の相談を受けたり、創作的活動や社会との交流を進めるなど多様な活動を行います。 |
| 7 通所訓練事業（成人） 整備園ういず | 医療的ケアが必要な重い障がいのある人に、昼間、食事の手伝いなどを行うとともに、創作的活動の機会を提供します。 |
| 8 通所訓練事業（児童） 整備園トマト | 重い知的障がいと重い身体障がいが重複している就学前の障がい児の療育訓練などを行います。 |
| 9 言語相談訓練 | たいよう福祉センター、あおぞら福祉センターで、言語や発達に関する相談、訓練を行います。 |
| 10 訪問入浴サービス事業 | 介護保険制度のサービス対象に該当しない 65 歳未満の心身障がいの重い人で、通常の方法で入浴が困難な方の家に巡回入浴車を派遣し、組み立て式浴槽による入浴介助を行います。 |
| 11 障がい者自立体験事業 | 日常生活で必要な知識の習得、自己選定や決定ができる自立した生活を目指すための宿泊体験を行います。 |
| 12 障がい者居住支援の推進事業 | 市内で転居を希望する障がい者の民間賃貸住宅への入居に関する相談や、保証人がいない場合に民間の保証会社を紹介します。 |
| 13 児童発達支援センターこいだいら | 就学前の児童を対象に療育を行うほか、18 歳未満の児童と保護者を対象に、発達支援相談を受ける等の支援を行います。 |
| 14 地域生活支援拠点等事業 | 介護者の不在、障がいの重度化等で緊急の対応が必要な事案が発生した際に、障害福祉サービス事業所、障がい者支援課、関係機関が連携して障がいのある人を支援します。 |

| サービス名 | A 利用している | B 利用している場合に○ | | C B欄で「やや不満」「不満」である理由（下の選択肢からいくつでもお選びください） | D 今後利用したい | | |
|------------------------|-------------|-----------------|----|--|--------------|---|-----|
| | | 満足 | 不満 | | | | |
| 記入例) 共同生活援助 | ○ | 1 | 2 | 3 | ④ | 5 | 1、5 |
| 16 共同生活援助（グループホーム） | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 17 施設入所支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 18 自立生活援助 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 19 計画相談支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 20 地域移行支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 21 地域定着支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 22 児童発達支援（障害児通所支援） | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 23 居宅訪問型児童発達支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 24 放課後等デイサービス（障害児通所支援） | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 25 保育所等訪問支援（障害児通所支援） | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 26 障害児相談支援 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

（「C欄」に記入する理由はここからお選びください）

1. 回数や時間が足りない
2. 利用料が高い
3. サービス提供事業者が少ない
4. 利用の日時があわない
5. サービス内容（技術）に不安を感じる
6. サービス提供事業者の対応がよくない
7. 事業者と家族との連携が取れてない
8. その他

【障がい理解や差別の解消についてうかがいます】

問 13 あなたは、障がいのある人も共に住み慣れた地域で生活できるように地域の理解を深めていくためには、どのようなことが必要だと思いますか。(3つまでに○)

- | |
|---|
| 1. 地域行事への障がい者の参加を促進するなど、地域住民との交流の場・機会を増やすこと |
| 2. 学校での障がいに関する教育や情報の提供 |
| 3. 障がいについての正しい知識の普及啓発のための講演会、研修、疑似体験会等の開催 |
| 4. 障がい者作品展や障がい者と交流するイベントの開催 |
| 5. 障がいの特性や障がいについての正しい知識等を伝えるリーフレットの発行 |
| 6. 障がい者の一般企業への就労の促進 |
| 7. 障がい者の地域生活についての理解の促進 |
| 8. その他() |
| 9. 特になし |

問 14 あなたは、障がいを理由とする差別や偏見を感じたことがありますか。(1つに○)

- | | |
|-------|----------|
| 1. ある | 2. 少しある |
| 3. ない | 4. わからない |

(問 14で「1・2」とお答えの方にかがいます。)

問 14-1 差別や偏見を感じたのはどのような場面ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|---------------|--------------|-------------|
| 1. 仕事や収入 | 2. 教育・育児 | 3. 人間関係 |
| 4. 趣味やスポーツの活動 | 5. 地域の行事・集まり | 6. 店舗などでの対応 |
| 7. 役所・公共機関 | 8. 医療機関 | 9. 社会制度・慣習 |
| 10. 建物・市街の構造 | 11. 言葉遣い・態度 | 12. 道路・交通機関 |
| 13. 地域交流 | 14. イベントなど | 15. 結婚・交際 |
| 16. その他() | | |

問 15 差別や偏見を感じた時は誰に相談しますか。(1つに○)

- | | |
|--------------------------------|---------------------|
| 1. 家族・友人・知人 | 2. 市役所、保健所 |
| 3. 東京都障害者権利擁護センター (広域支援相談員) | 4. 施設の職員 |
| 6. 学校の先生 | 5. 相談機関(あさやけ、ひびきなど) |
| | 7. その他() |

| サービス名 | A 利用している | | B 利用している場合いずれかに○ | | | | C B欄で「やや不満」「不満」である理由(下の選択肢からいくつでもお選びください) | D 今後利用したい |
|---------------------------|-------------|------|---------------------|------|------|------|--|--------------|
| | 満足 | やや満足 | 満足 | やや満足 | やや不満 | 不満 | | |
| 記入例) コミュニケーション支援事業 | ○ | | | | | | | |
| 1 コミュニケーション支援事業 | 1 | 2 | 3 | ④ | 5 | 1, 5 | | |
| 2 日常生活用具給付等事業 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 3 移動支援事業(個別移動支援) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 4 日中一時支援事業 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 5 地域活動支援センター事業(あさやけ・はばたき) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 6 地域自立生活支援センター(成人) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 7 通所訓練事業(児童) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 8 通所訓練事業(児童) 整備園トマト | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 9 言語相談訓練 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 10 訪問入浴サービス事業 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 11 障がい者自立体験事業 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 12 障がい者居住支援の推進事業 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 13 児童発達支援センターごだいら | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 14 地域生活支援拠点等事業 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |

(「C欄」に記入する理由はこちらからお選びください)

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. 回数や時間が足りない | 2. 利用料が高い |
| 3. サービス提供事業者が少ない | 4. 利用の日時があわない |
| 5. サービス内容(技術)に不安を感じる | 6. サービス提供事業者の対応がよくない |
| 7. 事業者と家族との連携が取れてない | 8. その他 |

【障がい施策全般についてうかがいます】

問 16 市の障がい施策について、今後、特に力をいれてほしいことは何ですか。
(5つまでに○)

| | |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 障がいを理由とする差別的解消の推進 障がいのための身近な相談支援体制の充実・機能強化（地域生活支援センターあさやけ、地域自立生活支援センターひびきなど） 計画相談支援、地域移行支援、地域定着支援などのケアマネジメン体制の充実 児童発達支援などでの就学前訓練 療育（言語訓練など）の充実 ライフステージ（入学、卒業、就職など）で途切れることのない一貫した支援 保健・医療、福祉、教育の連携と一貫した支援 自立生活を支援する権利擁護体制の充実 居宅介護などのヘルプサービスの充実 補装具の利用支援や日常生活用具の給付の充実 日中一時支援、短期入所など介助者（家族や親族）への支援の充実 ひとり暮らしの定期訪問などの支援事業の充実 災害時や緊急時の支援体制の充実 防犯体制の充実 グループホームなどの住まいの場の充実 自立生活の体験の場（グループホームやひとり暮らしの練習）の充実 民営住宅の障がい者用住宅のあわせ 障がいの者が利用しやすい道路や公共施設などのバリアフリーの推進 就労に向けた訓練の充実 就労支援（就労・生活支援センターほっとなど）の充実 生活介護などの日中活動の場や居場所の充実 放課後活動の充実 余暇活動（文化活動、スポーツなど）の充実 外出時の移動に関する支援の充実 障がいの特性に応じた情報提供の整備・充実 障がいがある人となない人の相互理解・交流の促進 その他（ ） |
|--|---|

ここからは、保護者の方への質問になります。ご本人など保護者以外の方は、最終ページの自由回答にお返ください。

問 17 性別・年齢についてお返ください。

| | | |
|------|------|------------|
| 1. 男 | 2. 女 | 3. その他・無回答 |
|------|------|------------|

令和7年10月1日現在で 満 歳

問 18 お子さんの発達や行動などについて気になり始めたのは何歳のころですか。(1つに○)

- | | | |
|--------------|-----------|--------------|
| 1. 3歳以下 | 2. 3歳～就学前 | 3. 小学生（1～3年） |
| 4. 小学生（4～6年） | 5. 中学生 | 6. 15～18歳 |
| 7. 18歳以上 | | |

問 19 お子さんの発達や行動などについて相談したとききっかけは何でしたか。
(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--|--------------------|
| 1. 兄弟との違いを感じたから | 2. 他の子どもとの違いを感じたから |
| 3. 子どもを見て違和感を感じたから | 4. 就学時健診で声をかけられたから |
| 5. 健康診査（1歳半、3歳児）で声をかけられたから | |
| 6. 市が作成したハンドブック等を見たから | |
| 7. 医療機関からのアドバイスがあったから | |
| 8. 幼稚園、保育園、認定こども園の先生からのアドバイスがあったから | |
| 9. 登校しづりや不登校になったから | |
| 10. いじめがあったから | |
| 11. 他の子どもとのトラブルがあったから | |
| 12. 学校の先生からのアドバイスがあったから | |
| 13. 発達障がいに関する情報（テレビ、新聞、雑誌、インターネット等）を見て子どもと似ていると思ったから | |
| 14. その他（ ） | |
| 15. 相談していない | |

(問 19で「1」から「14」のいずれかをお答えの方にうかがいます。)

問 19-1 家族、知人以外で、気になったことについて最初にどこで（誰に）相談しましたか。
(1つに○)

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. 医療機関（病院・診療所など） | 2. 保育園・幼稚園・認定こども園・学校 |
| 3. スクールカウンセラー | 4. 職場（作業所などを含む） |
| 5. 親戚相談室 | 6. 市役所 |
| 7. 保健所 | 8. 児童相談所 |
| 9. 健康センター | 10. 子ども家庭支援センター |
| 11. たいほう福祉センターやあおぞら福祉センター | 12. 相談機関（ひびき、あさやけ、ほっとなど） |
| 13. 児童発達支援センターこいだいら | 14. 障害者相談員 |
| 15. 発達障害者支援センター（TOSCA） | 16. 民生委員児童委員 |
| 17. 交流会・ペアレントメーター | 18. 親の会など |
| 19. インターネット・SNS | |
| 20. その他（ ） | |

問 20 ご本人（宛名の方）のことであなたが悩んでいること、心配に思うことはありますか。（3つまでに○）

| | |
|---------------------|-----------------|
| 1. 就職や仕事のこと | 2. 進学・勉強のこと |
| 3. 健康・障がいのこと | 4. 余暇活動のこと |
| 5. 恋愛や結婚のこと | 6. 友だちづくりのこと |
| 7. 社会・地域参加のこと | 8. リハビリテーションのこと |
| 9. 福祉施設やサービスの利用について | 10. 経済的なこと |
| 11. 将来の生活設計のこと | |
| 12. その他（ | |
| 13. 特に悩みや心配はない | ） |

問 21 ご本人（宛名の方）を介助・支援するにあたって、あなたご自身が悩んでいることはありますか。（3つまでに○）

| |
|-------------------------|
| 1. 就職や仕事のこと |
| 2. 健康のこと |
| 3. 本人と他の家族の関係のこと |
| 4. 経済的なこと |
| 5. 住まいのこと |
| 6. 交通の便のこと |
| 7. 近所づきあいのこと |
| 8. 社会参加・地域参加のこと |
| 9. 生活の安全のこと |
| 10. 自分や家族の将来の生活設計のこと |
| 11. 本人の支援を代わってもらえる体制のこと |
| 12. 福祉施設やサービスの利用について |
| 13. その他（ |
| 14. 特に悩んでいることはない |

問 22 今後、どのような支援を望みますか。（3つまでに○）

| |
|-------------------------------------|
| 1. 専門的な相談支援 |
| 2. 気軽に相談できる場所の提供 |
| 3. 感覚や言語などに関する療育 |
| 4. 日常生活動作（食事、入浴など）に関する療育 |
| 5. ソーシャルスキル（買い物、宿泊、対人などの社会適応）に関する療育 |
| 6. 学習サポート |
| 7. 就労支援 |
| 8. 親子ともに療育や関わりを身につけるための支援 |
| 9. 障がいに對する理解促進・啓発のための研修 |
| 10. 保護者同士の情報交換・交流の場の提供 |
| 11. その他（ |

【ご意見をお寄せください】

問 23 その他ご意見、ご要望などございましたら、ご自由にお書きください。

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

ご協力ありがとうございます。添付いたしました返信用封筒に入れ、
11月28日（金）までに 郵便ポストに投函してください。

（切手を貼る必要はありません）

小平市では、保健、医療等と連携して早期発見、早期療育に努め、身体障がい、知的障がい、発達障がいの子どもとその家族が地域で安全に安心して暮らせるように、それぞれ障がいの特性に応じたサービスを提供しています。詳しくは、障がい者支援課までお問い合わせください。

小平市障がい者計画

（計画期間：令和9年度～14年度）

障害者基本法に基づく「市町村障害者計画」に相当するもので、障害福祉サービスの提供体制の整備だけでなく、保健・医療・教育・社会参加・災害時の支援など、小平市の障がい者施策の総合的な展開・推進を図るための計画です。

第八期小平市障害福祉計画

（計画期間：令和9年度～11年度）

障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス、相談支援および地域生活支援事業の提供体制の確保に関する事項などを定めるもので、障がい者計画の一部である障害福祉サービスなどに関してより具体的な内容を定める計画です。

第四期小平市障害児福祉計画

（計画期間：令和9年度～11年度）

児童福祉法に基づく障害児通所支援および障害児相談支援の提供体制の確保に関する事項などを定めるもので、障がい者計画の一部である障害児通所支援などに関してより具体的な内容を定める計画です。

6 障がいがある（と思われる）子ども

小平市障がい者計画等策定のための
 小平市障がい者計画「第八期小平市障害福祉
 計画」
 小平市障がい者計画「第四期小平市障害児福祉計画」
 小平市障がい者計画「第八期小平市障害福祉
 計画」
 小平市障がい者計画「第四期小平市障害児福祉計画」

小平市では、来年度「小平市障がい者計画」「第八期小平市障害福祉
 計画」「第四期小平市障害児福祉計画」を作り、その資料とする
 ために、みなさんの状況や気持ちを聞くアンケート調査をおこな
 います。

このアンケートは、みなさんに直接聞きます。名前や住所は聞き
 ません。質問に答えてくれた内容は、誰の答えか、わからないよう
 にと、来年度に作る計画の資料とします。

よろしくお願ひします。
 令和7年11月
 小平市長 小林洋子

<保護者の方、施設職員の方へ>
 1. この調査票は、身体や知的に障がいのあるお子さん、発達障がいのある（発達
 障がいがあると思われる）お子さんに、市職員が直接聞いて回答をお願いする
 ものです。
 2. 名前や住所は聞きません。
 3. 回答は、統計的に取りまとめます。
 4. 来年度策定予定の障がい者計画等の概要は、最終ページをご覧ください。

※このアンケートについてのご質問は、下記へお問い合わせください。
 小平市 健康福祉部 障がい者支援課 相談支援制度担当
 電話：042 (312) 1385 FAX：042 (346) 9541
 メールアドレス：syogaisyashien@city.kodaira.lg.jp

問1 あなたの年齢を教えてください。（1つに○）

| | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-------|-----|
| 3歳 | 4歳 | 5歳 | 6歳 | 7歳 | 8歳 |
| 9歳 | 10歳 | 11歳 | 12歳 | 13歳 | 14歳 |
| 15歳 | 16歳 | 17歳 | 18歳 | 19歳以上 | |

問2 性別はどちらですか。（1つに○）

| | | |
|------|------|---------------|
| 1. 男 | 2. 女 | 3. その他・答えたくない |
|------|------|---------------|

問3 あなたが困っているときや悲しいとき、一緒に考えてほしいとき
に話を聞いてくれる人はいますか？（1つに○）

| | |
|-------|--------|
| 1. いる | 2. いない |
|-------|--------|

問3で「1. いる」の場合に、聞きます。（あてはまるものすべてに○）

問3-1 それは、誰ですか。

| | |
|----------------|------------------|
| 1. お父さん | 2. お母さん |
| 3. おじいさん、おばあさん | 4. お兄さん、お姉さん、弟、妹 |
| 5. 学校の先生 | 6. 事業所の先生 |
| 7. ともだち | 8. その他（ ） |

（以下は、職員により、記入）

利用している施設について

| | |
|-----------|---------------|
| 1. 児童発達支援 | 2. 放課後等デイサービス |
|-----------|---------------|

障がいの種類について（わかる範囲で）

| | |
|----------------------|------------------------|
| 1. 身体障がい（医療的ケアなし） | 2. 身体障がい（医療的ケアを含む） |
| 3. 知的障がい | 4. 重度心身障がい |
| 5. 知的障害を伴う自閉症 | 6. 高機能自閉症（高機能広汎性発達障がい） |
| 7. アスペルガー症候群 | 8. 学習障がい（LD） |
| 9. 注意欠陥・多動性障がい（ADHD） | 10. 特定の診断名はついていない |
| 11. 受診していない | 12. その他（ ） |

令和8年度に策定する、障がい者計画等について（参考）

小平市障がい者計画（計画期間：令和9年度～14年度）
 障害者基本法に基づく「市町村障害者計画」に相当するもので、障害福祉サービスの提供体制の整備だけでなく、保健・医療・教育・社会参加・災害時の支援など、小平市の障がい者施策の総合的な展開・推進を図るための計画です。

第八期小平市障害福祉計画（計画期間：令和9年度～11年度）
 障害者総合支援法に基づき障害福祉サービス、相談支援および地域生活支援事業の提供体制の確保に関する事項などを定めるもので、障がい者計画の一部である障害福祉サービスなどに関してより具体的な内容を定める計画です。

第四期小平市障害児福祉計画（計画期間：令和9年度～11年度）
 児童福祉法に基づき障害児通所支援および障害児相談支援の提供体制の確保に関する事項などを定めるもので、障がい者計画の一部である障害児通所支援などに関してより具体的な内容を定める計画です。

問4 ここで過ごす時間は楽しいですか？（あてはまる番号に○）

とても楽しい ← 楽しい → 楽しくない

1. 2. 3. 4. 5.

（問4で「4」または「5」を選んだ場合に、聞きます。）

問4-1 楽しい場所になるために、変わってほしいと思ふことはありますか。（自由回答）

例) ○○を○○してほしい

問5 学校やおうちにいるときは、何をしていたときに楽しいですか？（自由回答）

それはどうしてですか？

例) ○○（場所）で○○しているときに楽しい。○○がおもしろいから。

問6 まわりの大人の人にこうしてほしいと思うことはありますか。（自由回答）

例) ○○（誰）さんに○○してほしい

ご協力、ありがとうございました。