

平成 25 年 9 月 20 日

保護者・ご親族 様

「身体障がい児者の家族に対する実態調査及び家族支援に関するアンケート調査」  
ご協力をお願い

アンケート調査実施団体  
NPO 法人札幌肢体不自由児者父母の会

このアンケートは、調査にご協力いただける、身体障がい児者のご家族に対し、当会会員を通して、無作為に抽出させていただいたご家庭（約 500 部）に配布させていただいております。調査は、記入者（父母、親族）自身の生活の様子、状況等を問いかける内容が多くあります。

当会として、今後の事業展開の参考にさせていただきたいと考えておりますので、アンケート調査にご協力いただきますようお願い申し上げます。

1. アンケート調査実施団体（NPO 法人札幌肢体不自由児者父母の会）について

1957 年、札幌小児まひの会を前身とする。

1996 年、社団法人格を取得し、（社）札幌肢体不自由児者父母の会として活動。

2004 年、当会が設立母体となり、社会福祉法人札幌会開設。

2011 年、当会が設立主体となり、社会福祉法人肢体不自由福祉会開設。社団解散。

2012 年、NPO 法人格取得、現在に至る。

2. アンケート調査の目的

身体障がい児者の家族の皆さま（父母、親族）を対象に、障がい当事者様との現在の生活に関する実態についてアンケート調査を行い、福祉サービスの利用状況や親子の生活の将来像等を把握すると同時に、家族が抱える悩み、家族が必要としている助けとは何かなど、調査参加者の声を整理したいと考えています

当会が NPO 法人となり、実態結果に基づき、家族に対して有償の「お助けサービス(仮)」の必要性について考察することを目的としています。

また、調査結果から見えてくる要望等については、行政、関係機関につないでいきたいと思えます。

3. 調査対象及び調査家庭数

- ・身体障がい児者の家族（父母、親族）
- ・無作為抽出 500 家庭

4. ご記入上の注意

- ① 調査用紙や返信用封筒は無記名です。
- ② 調査用紙は両面印刷になっています。
- ③ 可能な範囲で回答をおねがいします。

5. 配布期間及び回収締切日

配布期間：平成 25 年 9 月末～10 月末

回収締切：平成 25 年 10 月末

6. 調査内容

I アンケートの記入者及び障がい当事者について

II 医療的ケアについて

III 日常生活の過ごし方・福祉サービスの利用について

IV 当事者様の今後の生活について

V 記入者自身について

VI 家族支援サービスについて

VII 災害時における障がい児者の避難支援体制について

VIII 最後におたずねします

## I 【アンケート記入者及び障がい当事者について】

問1. アンケートの記入者はどなたですか。

1. 母親    2. 父親    3. 親族（続柄：      ）    4. その他（      ）

問2. 記入者の年代に○をつけてください。

1. 20代    2. 30代    3. 40代    4. 50代    5. 60代    6. 70代    7. 80代

問3. 障がい当事者様の性別について○をつけてください。

1. 女性    2. 男性

問4. 障がい当事者様からみでの家族構成についておたずねします。（複数○可）

1. 父    2. 母    3. 祖父    4. 祖母    5. 叔父    6. 叔母  
7. 兄（    人）    8. 姉（    人）    9. 弟（    人）    10. 妹（    人）  
11. その他（      ）      計      人家族

問5. 当事者様の年齢を満年齢でご記入ください。（平成25年10月末現在）

満（      ）歳

問6. 主に、当事者様のケアをされているのはどなたですか。

1. 母親    2. 父親    3. きょうだい    4. 祖父    5. 祖母    6. 叔父  
7. 叔母    8. いとこ    9. その他（      ）

問7. 障害者手帳についておたずねします。

該当するものに○をし、（    ）内に何級かをご記入ください。

療育手帳の場合は、何判定かをご記入ください。

1. 障害者手帳（      級）      2. 療育手帳（      判定）  
3. 精神保健福祉手帳（      級）      3. 持っていない

問 8. 障害程度区分についておたずねします。( ) 内に区分の数字をご記入ください。

1. 障害程度区分 ( )	2. 障害程度区分は受けていない
3. 18 歳未満である	

問 9. 当事者様のコミュニケーションについておたずねします。

あてはまると思われるものに○をつけてください。(複数○可)

1. ことば	2. トーキングエイド (意思伝達装置)	3. 手 話
4. ジェスチャー	5. アイコンタクト	6. 表 情
7. 手・足	8. 文字盤	9. 声のトーン
10. 行動パターン	11. 音の出る道具	12. 文字で表現
13. その他 ( )		

## II 【医療的なケアについておたずねします。】

問 10. 当事者様の医療的ケアについて、次に該当するものすべてに○をつけてください。

1. けいれん発作時、対応が必要。
2. 痰の吸引が必要。
3. 気管切開をしている。
4. 胃ろうのため栄養注入が必要。
5. 自己導尿・持続的導尿が必要。
6. 持続的な酸素吸入が必要。
7. 人工呼吸器を装着。
8. 現在のところ医療的ケアを必要としていない。
9. その他 ( )

## III 【日常生活の過ごし方・福祉サービスの利用についておたずねします。】

問 11. 当事者様の暮らしている状況についておたずねします。

1. 家族と同居	2. 一人暮らし	3. 施設入所	4. ケアホーム
5. グループホーム	6. 共同住宅		
7. その他 (具体的に: )			

問 12. 当事者様は、日中どこで過ごされていますか。あてはまる番号に○をし、さしつかえない範囲で、1 週間の過ごされている場所をご記入ください。

1. 在宅	2. 在宅（ヘルパー、居宅支援等）	3. 整肢園
4. 幼稚園	5. 保育園	6. 特別支援学校
7. 特別支援学級	8. 地域の学校（小 中 高）	9. 生活介護事業所
10. 施設入所	11. 児童ディサービス	
12. その他（ <span style="float: right;">）</span>		

曜 日	午 前	午 後
月		
火		
水		
木		
金		
土		
日		

問 13. 福祉サービス利用にあたり、困っていることは何ですか。

2 番、3 番に○をつけた方は、その理由について、さしつかえない範囲でご記入ください。

1. 事業所（生活介護、就労支援など）を利用するために送迎が必要なこと 2. サービスの支給量（時間）が十分ではないこと 3. 医療的ケア（胃ろうや痰の吸引など）に対応してもらえないこと 4. 緊急の場合の福祉サービス利用が厳しいこと（ショートステイ等） 5. 特に困っていることはない 6. その他（ <span style="float: right;">）</span>
理由：

#### IV 【当事者様の今後の生活についておたずねします。】

問 14. あなたは、当事者様にとっての親離れ、子離れについて考えたことがありますか。  
(一つだけに○)

1. 考えたことはない	2. あまり考えたことはない
3. 時々考える	4. いつも考えている
5. 以前は考えていたが、今はあまり考えていない	
6. 子はすでに離れている (一人暮らし、共同住宅、入所支援施設など)	
7. その他 ( )	

問 15. 当事者様の将来の住まい、暮らしをどのように想像しますか

1. 現在の自宅	2. きょうだい・親戚の家
3. 入所支援施設	4. アパート、マンションなどで一人暮らし
5. グループホーム、ケアホーム	6. 共同住宅
7. 精神的に安定する暮らし	8. 本人が決めてほしい
9. その他 ( )	

問 16. 医療的なケアに対応できる新設の小規模のホームができるとしたら、そこではどのような福祉サービスを期待しますか。(複数○可)

1. 終身入所ケア
2. ショートステイ (1日から2週間程度の短期入所。要予約)
3. 緊急時の受け入れ (2～3日程度で家族の急病や葬式など)
4. 宿泊訓練
5. 文化・教養・娯楽など)
6. 社会参加活動 (旅行・イベント・行事など)
7. その他 ( )

#### V 【記入者自身についておたずねします。】

問 17. あなたの健康状態についておたずねします。(複数○可)

1. 今のところ健康だと思う	2. 持病がある (腰痛、血圧、難病など)
3. 虚弱体質で風邪などひきやすい	4. 健康に不安を感じている
5. その他 ( )	

問 18. 家族の方の（記入者、当事者以外）、健康状態についておたずねします。

- |                  |                |
|------------------|----------------|
| 1. 今のところ健康だと思う   | 2. 入院している家族がいる |
| 3. 怪我をしている家族がいる  | 4. 体調不良の家族がいる  |
| 5. 介護を必要とする家族がいる |                |
| 6. その他（          | ）              |

問 19. あなたの平均睡眠時間はどれくらいですか。

- |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 2～3 時間 | 2. 3～4 時間 | 3. 4～5 時間 | 4. 5～6 時間 |
| 5. 6～7 時間 | 6. 7～8 時間 | 7. 8～9 時間 |           |
| 8. その他（   |           |           | ）         |

問 20. あなたが悩みや不安を抱えたとき、主に相談する方はどなたですか。（複数○可）

- |          |                        |
|----------|------------------------|
| 1. 配偶者   | 2. 親、きょうだい             |
| 3. 叔父、叔母 | 4. 自分の子ども（当事者含む）       |
| 5. 友達    | 6. 関係機関（行政、事業所、関係団体など） |
| 7. 特にない  |                        |
| 8. その他（  | ）                      |

問 21. あなたに不都合が生じた場合、あなたにかわって当事者様の生活介助や家事代行等をする方はどなたですか。（複数○可）

- |          |                        |
|----------|------------------------|
| 1. 配偶者   | 2. 親、きょうだい             |
| 3. 叔父、叔母 | 4. 自分の子ども（当事者含む）       |
| 5. 友達    | 6. 関係機関（行政、事業所、関係団体など） |
| 7. 特にない  |                        |
| 8. その他（  | ）                      |

問 22. 今後あなたが高齢となり、家族による介護が受けられない場合、ご自分の介護について、現時点での思いをお聞かせ下さい。（一つだけに○）

- |                        |            |
|------------------------|------------|
| 1. 自宅で訪問介護・訪問看護サービスの利用 |            |
| 2. 介護保険施設（特別養護老人ホームなど） |            |
| 3. グループホーム             | 4. 有料老人ホーム |
| 5. その他（                | ）          |

問 23. 障がいのある当事者様が離れて生活できるとしたら、あなたが「してみたいこと」はどのようなことですか。(複数○可)

1. 仕事	2. ボランティア
3. 習い事、趣味等	4. 旅行
5. 特に考えたことはない	6. 現在実践している
7. その他 [	]

## VI 【「お助けサービス (仮)」について】

問 24. 仮に、あなたやあなたの協力者が突然体調不良や怪我などに見舞われた時に、あなたにかわって家事代行や手伝いをしてくれる有償の「お助けサービス (仮)」があるとしたら利用したいと思いますか。

1. 利用したいと思う	2. 利用しないと思う
3. その時でなければわからない	4. 条件、内容等を確認して考えたい
5. その他 (	)

問 25. 「お助けサービス (仮)」に期待することはありますか。(複数○可)

1. 子の通院時の介助、手伝	2. 家事の手伝 (買物代行、掃除等)
3. 子の入浴時の介助、手伝	5. 外出時の留守番
6. 子の通学・通園時の介助、手伝	7. 相談、助言に関すること
8. 特にない	
9. その他 [	]

問 26. 「お助けサービス (仮)」が有償とした場合、時間当たりの自己負担額はどれくらいがいいと思いますか。

1. 300 円以下	2. 500 円以下	3. 800 円以下	4. 1,000 円以下	
5. その他 (				)



問 27. 「お助けサービス (仮)」を有償とした場合 (資格の有無は問わない)、有償ボランティアとして協力は可能ですか。

- |            |              |           |
|------------|--------------|-----------|
| 1. 依頼内容による | 2. 時間数による    | 3. 時間帯による |
| 4. 派遣距離による | 5. 協力できないと思う | 6. わからない  |
| 7. その他 ( ) |              |           |

## Ⅶ 【災害時における障がい児者の避難支援体制についておたずねします。】

問 28. 災害が起きたときのために、必要と思われることは何ですか。(複数○可)

- |            |          |                    |
|------------|----------|--------------------|
| 1. 救急箱     | 2. 食品の備蓄 | 4. 避難用物資一式 (ひとまとめ) |
| 5. 緊急連絡先   | 6. 家具の配置 | 7. 避難経路、場所の確認      |
| 8. 停電時の対策  |          |                    |
| 9. その他 ( ) |          |                    |

問 29. 災害が起きたときの支援体制で希望することは何ですか。(複数○可)

- |                    |
|--------------------|
| 1. 連絡がほしい          |
| 2. 避難場所へ誘導してほしい    |
| 3. 移動のときの助けがほしい    |
| 4. 避難先での障がい児者の医療処置 |
| 6. その他 ( )         |

問 30. そのために行政、関係機関・団体に期待することは何ですか。ご自由にお書きください。

--

## VIII【最後におたずねします。】

問 31. 地域生活における車いす（電動等含む）での移動介助について

- (1) 市内にあるユニバーサルトイレ（大人用簡易ベットの設置）を利用していますか？
1. 利用している（場 所： ）
  2. 利用していない（理 由： ）
- (2) 市営地下鉄を利用していますか？
1. 利用している
  2. 利用していない（理由 ）
- (3) 市内バスを利用していますか？
1. 利用している
  2. 利用していない（理由 ）
- (4) 路面電車を利用していますか？
1. 利用している
  2. 利用していない（理由 ）
- (5) JR を利用していますか？
1. 利用している
  2. 利用していない（理由 ）
- (6) 札幌駅付近について、利用しやすいと思われる場所等はどちらですか？  
（複数○可）
1. 地下歩道
  2. 地下街
  3. デパート
  4. その他（ ）
- (7) 冬季（積雪・凍結等）の移動手段はどのようにしていますか？（複数○可）
1. 移動支援事業を利用
  2. 有償福祉車両
  3. ハイヤー
  4. 自家用車
  5. その他（ ）

問 32. 普段の生活で困っている事、気になっている事などありましたらお書きください。

問 33. 最後に、NPO 法人札幌肢体不自由児者父母の会に対して、ご質問、ご提案等ありましたら、ご自由にお書き下さい。

アンケートは以上となります。  
ご協力いただき、ありがとうございました。