

# 区民の生活のニーズに関する調査

<<<<< 記入上のお願い >>>>>

- この調査票には、名前を書かないでください。
- 回答は、この調査票に直接書いてください。
- 回答は、当てはまる番号に○印をつけてください。
- 質問によっては、一部の方のみに回答していただくものもあります。
- 回答が「その他」になる場合は、( )内にその内容を書いてください。
- 回答したくない質問は答えずに、次の質問に進んでください。

## 問合せ先

福祉部 障害者福祉課 福祉推進係 電話 03-5273-4516、ファクス 03-3209-3441

新宿区 区民意見システム <https://www.faq.city.shinjuku.lg.jp/OpinionInput/?cid=18335>

〒160-8484 新宿区歌舞伎町1-4-1 新宿区役所2階

(土曜・日曜・祝日を除く、午前8時30分から午後5時まで)

## 返送期限について

令和7年12月8日(月)まで

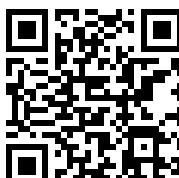
同封の「返信用封筒」に、回答を書き入れたこの調査票を入れて、  
ポストに投函してください。 切手を貼る必要はありません。

## インターネットを使って回答することもできます

スマートフォン・タブレット等で回答する場合は、右の二次元コードを読み取ってください。パソコンで回答する場合は、次のURLを入力し、右下のIDとパスワードを入力してください。

URL : <https://form.qooker.jp/Q/auto/ja/HUP03/02/>

※インターネット回答の詳しい説明は裏面にあります。



ID	12345
パスワード	abcde

# インターネット回答の説明

1. 二次元コードを読み取って、アンケート回答フォームにアクセスしてください。
2. この調査票の表紙に記載された ID(数字)とパスワード(小文字)を入力して、「ログイン」ボタンを押して、回答画面に進んでください。
3. 上から順に回答を進め、ページの一番下の「次へ」ボタンを押して、次のページに進んでください。
4. 回答を途中で保存する際は、「一時保存」ボタンを押してください。ログイン画面から再度同じ ID とパスワードを入力しても、一時保存後の状態から再開できます。
5. 最後のページまで回答したら、「確認」ボタンを押してください。回答内容の確認ができます。回答内容を修正したい場合は、「戻る」ボタンを押してください。
6. 回答内容に問題がなければ、「回答する」を押してください。同じ ID とパスワードでログインしていただければ、期限内なら回答を何度も変更することができます。  
郵送による回答は必要ありません。

## ◇ インターネット回答に関する問合せ先 ◇

株式会社 住宅・都市問題研究所 電話:03-6276-7155 フax:03-6276-7154  
〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷3-20-1 トライビル(平日、午前10時から午後6時まで)

- 郵送とインターネットはいずれかを選択していただくものであり、両方回答することはできません。
- この調査は無記名により実施し、ご回答いただいた内容については統計的な処理をするため、回答者が特定されることはありません。
- 二次元コードとID・パスワードは、対象者名簿と紐づけない状態で紙アンケート調査票にランダムに貼り付けており、個人を特定するためのものではありません。
- ID・パスワードは、「郵送回答とインターネット回答の重複確認」と「回答ページへの再ログイン」のためにのみ使用するものです。
- スマートフォン以外の携帯電話については、機種によっては回答できない場合がありますのでご了承ください。また、インターネットエクスプローラー等の一部のブラウザでは正しく表示されない場合がありますので、ご了承ください。
- 通信サービスの接続料金は回答される方の負担となりますのでご了承ください。

ここから調査がはじまります

この調査票で、「あなた」とあるのは、『あて名ご本人』のことです。

できるかぎりあて名ご本人がお答えください。ご本人が回答できない場合は、ご家族や施設の職員の方が、あて名ご本人の立場や利益に沿った回答となるよう、現在の状況を踏まえてご回答ください。

問1 この調査票に回答していただく方はどなたですか。(○はひとつ)

1 あて名ご本人

2 ご家族の方

3 施設の職員

4 その他 ( )

# 1 ご本人について

問2 あなたの性別をお聞きします。(○はひとつ)

1 男性

2 女性

3 その他

4 回答しない

問3 あなたの年齢をお聞きします。令和7年11月1日現在の満年齢をお書きください。

歳

問4 あなたが持っている手帳の種類をお聞きします。手帳をお持ちの方は、等級・程度にも○をつけてください。(○はいくつでも)

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 これらの手帳は持っていない

問5 問4で「1 身体障害者手帳」と回答された方にお聞きします。

どのような障害がありますか。(○はいくつでも)

1 肢体不自由 (上肢・下肢・体幹等)

2 音声・言語・そしゃく機能障害

3 視覚障害

4 聴覚・平衡機能障害

5 内部障害 (心臓、呼吸器、腎臓、ぼうこう・直腸、小腸、免疫機能、肝臓)

## 2 施設入所について

とい 6 あなたが現在入所している施設のある地域をお聞きします。(○はひとつ)

- |                 |                  |
|-----------------|------------------|
| 1 新宿区内          | 4 関東甲信越 (東京都を除く) |
| 2 23区内          | 5 東北             |
| 3 東京都 (23区内を除く) | 6 その他 ( )        |

もん 7 あなたが現在の施設に入所してからの年数をお聞きします。(○はひとつ)

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1 1年未満       | 5 10年以上～20年未満 |
| 2 1年以上～3年未満  | 6 20年以上       |
| 3 3年以上～5年未満  | 7 わからない       |
| 4 5年以上～10年未満 |               |

とい 8 あなたが現在の施設に入所することになった理由は何ですか。(○はいくつでも)

- |                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| 1 家族から自立するため        | 7 住まいに支障があったため    |
| 2 リハビリや生活面の訓練を受けるため | 8 在宅福祉サービスが不十分なため |
| 3 生活が保障され安心感があるため   | 9 家族などに勧められたため    |
| 4 家族による介助が難しくなったため  | 10 その他 ( )        |
| 5 常時介助が必要なため        | 11 わからない          |
| 6 医療的なケアが必要なため      |                   |

### 3 施設での生活について

問9 あなたが一時、出身世帯(施設に入る前に住んでいた家)などに帰るときに困ることはありますか。(○はいくつでも)

- |                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| 1 彩る手段がない、または移動が難しい  | 6 帰ったときは一人でいることが多い |
| 2 帰るときの介助者がいない       | 7 家族や親族がない         |
| 3 交通費などにお金がかかる       | 8 緊急の場合が不安である      |
| 4 出身世帯の建物が障害に対応していない | 9 その他( )           |
| 5 出身世帯では十分な介助が受けられない | 10 特に困ることはない       |

問10 あなたは、施設での生活に満足していますか。(○はひとつ)

- |             |            |         |
|-------------|------------|---------|
| 1 非常に満足している | 3 やや不満である  | 5 わからない |
| 2 やや満足している  | 4 非常に不満である |         |

問11 あなたが現在の暮らしの中で、困ることや不安に感じていることはありますか。(○はいくつでも)

- |                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| 1 身の回りのことが自分で十分にできない | 8 施設の職員の対応に不満がある    |
| 2 健康状態に不安がある         | 9 人間関係がうまく築けない      |
| 3 プライバシーが十分に保たれない    | 10 困ったとき相談する相手がない   |
| 4 1日の生活のリズムが自由にならない  | 11 家族とあまり会えない       |
| 5 施設の設備に不満がある        | 12 将来の生活に何となく不安を感じる |
| 6 仕事や訓練に不満がある        | 13 その他( )           |
| 7 外出の機会が少ない          | 14 特に困ることはない        |

とい  
問12 あなたは、現在入所している施設に対して、どのような要望がありますか。  
(○はいくつでも)

- |                   |                  |
|-------------------|------------------|
| 1 介護・看護の質の向上      | 8 職員の対応の改善       |
| 2 健康への配慮          | 9 余暇活動の充実        |
| 3 プライバシーへの配慮      | 10 相談体制の充実       |
| 4 生活内容（食事・入浴等）の改善 | 11 地域生活に向けた訓練の充実 |
| 5 施設の設備の改善        | 12 その他（ ）        |
| 6 日中活動の充実         | 13 特にない          |
| 7 外出機会の増加         |                  |

とい  
問13 あなたは日常的に必要としている医療的ケアがありますか。(○はいくつでも)

- |                   |                        |
|-------------------|------------------------|
| 1 人工呼吸器           | 9 皮下注射                 |
| 2 気管切開の管理（ガーゼ交換等） | 10 血糖測定                |
| 3 鼻咽頭工アウェイの管理     | 11 繼続的な透析              |
| 4 酸素療法            | 12 導尿                  |
| 5 吸引              | 13 排便管理                |
| 6 ネブライザーの管理       | 14 痙攣時の対応（座薬、吸引、酸素投与等） |
| 7 経管栄養            | 15 特に必要としていない          |
| 8 中心静脈カテーテルの管理    |                        |

とい  
問14 あなたはどのくらいの頻度で外出していますか。(○はひとつ)

- |          |          |            |
|----------|----------|------------|
| 1 ほぼ毎日   | 3 週に1～2回 | 5 あまり外出しない |
| 2 週に3～4回 | 4 月に1～3回 |            |

とい  
問15 あなたご本人の主な収入の内訳をお聞きします。(○は2つまで)

- |                |              |
|----------------|--------------|
| 1 年金（障害基礎年金など） | 4 親族の扶養または援助 |
| 2 工賃など（福祉的就労）  | 5 その他（ ）     |
| 3 生活保護費        |              |

## 4 相談や福祉の情報について

問16 あなたが困ったときに相談する相手は誰ですか。(○はいくつでも)

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 1 家族や親族                     | 8 医療関係者<br>(医師、看護師、ソーシャルワーカー) |
| 2 施設の職員                     | 9 官公庁の窓口 (区の障害者福祉課等)          |
| 3 第三者委員会等                   | 10 保健所・保健センター                 |
| 4 友人・知人                     | 11 社会福祉協議会                    |
| 5 卒業した学校の教職員                | 12 インターネット等の情報                |
| 6 障害等の当事者会や家族の会             | 13 その他( )                     |
| 7 サービス等利用計画を作成した<br>相談支援専門員 | 14 相談する相手はいない                 |

問17 あなたは、福祉に関する情報を、主にどこから得ていますか。(○はいくつでも)

- |                      |                  |
|----------------------|------------------|
| 1 家族や親族              | 9 インターネット        |
| 2 相談支援専門員            | 10 新聞・書籍         |
| 3 友人・知人              | 11 障害等の当事者会や家族の会 |
| 4 官公庁の広報紙            | 12 医療機関          |
| 5 官公庁のホームページ         | 13 施設の職員         |
| 6 官公庁の窓口 (区の障害者福祉課等) | 14 その他( )        |
| 7 保健センター             | 15 特にない          |
| 8 テレビ・ラジオ            |                  |

## 5 権利擁護について

問18 あなたは、障害者虐待の防止に向けた取組を知っていますか。(○はいくつでも)

- 1 施設に障害者虐待防止責任者・相談員がいる
- 2 施設の外に障害者虐待について相談できる人がいる
- 3 障害者虐待の相談や通報先が明らかになっている
- 4 その他( )
- 5 わからない

※ 障害のある方や障害者虐待を発見した方からの届出や通報・相談は、新宿区障害者虐待防止センター(電話:03-5273-4368、ファックス:03-3209-3441)へご連絡ください。



### 問19~20を回答するにあたっての解説

#### 成年後見制度

認知症、知的障害、精神障害などにより、判断能力が十分でない人の権利を守る制度です。成年後見人などがこうした人の意思を尊重し、法律面や生活面でその人らしい生活を守るため、お手伝いします。

成年後見人などは以下の役割を担います。

#### ①生活・医療・介護・福祉に関わる契約などのお手伝い

本人がその人らしい生活を送るため、本人の生活等に係る契約などのお手伝いをします。

#### ②財産の管理

本人の資産や収支状況を把握し、本人のために必要かつ相当な支出を計画的に行いつつ、資産を安全に管理します。

制度について詳しく知りたい方は、新宿区成年後見センター

(電話:03-5273-4522、ファックス:03-5273-3082)へお問い合わせください。

とい  
問19 成年後見制度を利用したいと思いますか。(○はひとつ)

- 1 現在、利用している  
2 今後利用したい

- 3 利用は考えていない  
4 わからない

→1又は2に○をつけた方は問21へ

→3又は4に○をつけた方は問20へ

とい  
問20 問19で「3 利用は考えていない」又は「4 わからない」と回答した方に  
お聞きします。

その理由はなんですか。(○はいくつでも)

- 1 制度の利用を必要とする状況ではない  
2 制度内容、手続きがわかりにくい  
3 相談先がわからない  
4 費用の負担が心配  
5 信頼できる後見人候補者が思い当たらない  
6 その他 ( )  
7 特に考えたことがない

## 6 今後の暮らし方について

### 問21 あなたは今後、どのような生活を希望しますか。(○はひとつ)

- 施設を退所して、**在宅の福祉**サービスを利用しながら新宿区内で生活したい
- 施設を退所して、新宿区内のグループホームで生活したい
- 施設を退所して、今の施設周辺のグループホームで生活したい
- 現在の施設で生活したい
- 別の施設で暮らしたい
- わからない

### 問22 あなたが地域で安心して暮らしていくためには、どのような施策が重要だと思しますか。(○は3つまで)

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| 1 障害理解・障害者差別解消の推進       | 14 障害者向けの住まいの確保、居住支援の充実 (住まい探しなど)      |
| 2 相談支援体制の充実             | 15 建物・道路などのバリアフリー化                     |
| 3 医療に関するサービスの充実         | 16 当事者同士で支援しあえる仕組みづくり                  |
| 4 医療的ケアの必要な障害者に対する支援の充実 | 17 趣味やスポーツ活動の充実                        |
| 5 教育・療育の充実              | 18 経済的支援の充実                            |
| 6 雇用・就労支援の充実            | 19 災害時支援の充実                            |
| 7 訪問系サービスの充実            | 20 障害者(障害児)の家族を対象とした支援                 |
| 8 日中活動系サービスの充実          | 21 障害者福祉の人材確保・人材育成の充実                  |
| 9 短期入所の充実               | 22 親や親族が高齢になったり、亡くなったり時に本人の権利を守る仕組みづくり |
| 10 意思疎通支援の充実            | 23 その他( )                              |
| 11 福祉用具・補装具などの充実        | 24 特にない                                |
| 12 グループホームの整備・充実        |  |
| 13 入所施設の整備・充実           |  |

## 7 自由意見

問23 障害者福祉施策に関して、ご意見・ご要望などがありましたら、ご自由にお書きください。

※ お書きいただいたご意見・ご要望に、個別にお答えすることはできかねますが、計画策定の際の参考にさせていただきます。

質問は以上で終わりです。  
調査にご協力いただき、誠にありがとうございました。

令和7年12月8日(月)までに、同封の「返信用封筒」に、ご回答いただいたこの調査票を入れて、ポストに投函してください。封筒に切手を貼る必要はありません。

また、個人情報保護の観点から、調査票や封筒に、ご住所お名前をお書きにならないよう、お願ひします。