



発行 東京都

目次

67

告示

○東京都統計調査条例による統計調査の名称等……
……（福祉局総務部総務課）……

告示

●東京都告示第六十七号

東京都統計調査条例（昭和三十二年東京都条例第十五号）第三条の規定により、統計調査の名称等を次のとおり告示する。

令和五年十月四日

東京都知事 小池百合子

一 統計調査の名称

令和五年度東京都福祉保健基礎調査（都指定統計調査第四号）

二 目的

身体障害者、知的障害者及び精神障害者並びに難病患者の生活実態を把握することにより、東京都における障害者施策等の充実のための基礎資料を得ることを目的とする。

三 調査事項

- (一) 基本的属性
- (二) 障害の状況
- (三) 健康・医療
- (四) 日常生活の状況
- (五) 就労の状況
- (六) 経済基盤
- (七) 社会参加等
- (八) 情報の入手やコミュニケーションの手段
- (九) 障害者総合支援法による障害福祉サービス等
- (十) 施設入所
- (十一) その他の福祉サービス等
- (十二) 災害関係

四 調査の対象範囲

東京都内に居住する十八歳以上の身体障害者四千人、知的障害者千二百人及び精神障害者千二百人並びに難病患者千二百人を対象とする。

五 実施方法

郵送・インターネットによる自計式を原則とする。
なお、調査対象者の希望があつた場合には、被調査者本人に対し調査員（東京都非常勤職員）が面接及び聞き取りの上、調査票を作成する面接他計式による。
また、本人が回答できない場合に限り、代理回答も認める。

六 調査時期

令和五年十月十一日から同年十一月十日まで

七 調査基準日

令和五年十月十一日

八 調査票

調査票は、次の東京都福祉保健基礎調査票とする。

秘

東京都指定統計調査第4号 総務省国出済

東京都

この調査票に記入された事項は、統計以外の目的に使用したり、他に漏らしたりすることは絶対にありませんので、あつのままを記入してください。

令和5年度 東京都福祉保健基礎調査 調査票 (身体障害者手帳をお持ちの方)

<調査期間>

令和5年10月1日（水曜日）～11月10日（金曜日）
※郵送回答の方は、11月10日（金）までに返送してください。

<この調査についてのお問合せ先>

東京都福祉局 総務部 統計調査担当

電話 平日 03-5321-1111（代表） 内線39-025
土日祝日03-5320-4011（直通）

受付時間は、午前9時から午後5時30分までです。
※調査期間中は、土日祝日も電話を受け付けます。

FAX 03-5388-1401

<東京都処理欄>

調査票	調査番号	回答状況				
1	A	1 回答	2	3	4	5

この調査票の回答方法

1 ご回答いただく方
 ○できる限り、ご本人がご記入ください。
 ○ご本人が文章を読むことや書くことが難しい場合は、大変お手数ですが、ご家族や介護されている方などが読み上げたり、代筆していただくなど、ご協力いただければ幸いです。

2 回答方法
 ○令和5年10月1日11時時点の状況をご回答ください。
 ○黒のボールペンで記入してください。
 ○黒の鉛筆または青のボールペンでもかまいません。
 ○「問」：特に断りがない限り、全ての方にお答えください。
 ○「答」：特定の回答をした方のみ、矢印に従って回答してください。
 ○「その他」を填じた場合は、その具体的な内容を（ ）内に記入してください。
 ※（ ）内に書ききれない場合は欄外に記入してください。
 ○以下のとおり、矢印内のあてはまる番号に○をつけて回答してください。

例1：あなたの性別を教えてください。

① 男
2 女
3 その他

番号の欄が白い場合は、あてはまるものに1つだけ○をつけてください。

例2：同居している方を教えてください。

① 配偶者
② 子供
3 兄弟姉妹

番号の欄がグレーで塗りつぶされている場合は、あてはまるもの全てに○をつけてください。

例3：悩みごとはありますか？

1 病気
2 仕事
3 人間関係
④ ない

白とグレーの両方がある場合は、どちらか一方に○をつけてください。
 白の番号を選んでいない場合は○は1つだけ、グレーの番号を選んでいない場合は、あてはまるもの全てに○をつけてください。

問1 この調査に回答される方はどなたですか。

対象者本人	代理の方 【対象者本人が回答できない場合のみ】
1	2 家族 3 その他 (ホームヘルパー等)

※ 対象者ご本人が回答（ご本人の意思に基つき回答）し、回答内容を家族や支援者の方が代筆した場合は、「1 対象者本人」に〇をつけてください。

基本的属性

問2 (以降の質問で「あなた」とは対象者本人を指します。) あなたの性別を教えてください。

1 男
2 女
3 その他

問3 あなたの年齢は何歳ですか。(令和5年10月1日現在。)

□ 歳

問4 あなたの現在の生活の場はどこですか。(〇は1つだけ)

1 自宅で生活している (福祉ホーム、グループホームを含む)
2 施設に入所している

問4-2 (4ページ)へ

問4-1 あなたが現在入所している施設はどれですか。(〇は1つだけ)

1 障害者支援施設
2 特別養護老人ホーム
3 介護老人保健施設
4 病院等の医療機関(療養介護・医療型障害児入所施設)
5 その他()

問5 (4ページ)へ

自宅で生活している方(問4で1を選んだ方)にお聞きします。

問4-2

あなたのお住まいの種類は次のどれですか。(〇は1つだけ)
※家族名義の家に住んでいる場合も「持家」とします。

1 持家(1戸建て)
2 持家(分譲マンション等)
3 都・区市町村の公営賃貸住宅
4 都市再生機構・公社などの 公的賃貸住宅(※1)
5 民間賃貸住宅(1戸建て)
6 民間賃貸住宅(共同住宅)
7 借借り
8 社宅などの経営住宅(※2)
9 福祉ホーム、グループホーム、 重度身体障害者グループホーム その他()
10

※1 都市再生機構、住宅貸借公社などの賃貸住宅をいいます。

※2 勤め先の会社・管公庁や雇い主などが所有または管理している住宅(独身寮を含む。)をいいます。

問4-3

あなたは現在、誰と一緒に生活していますか。(〇はいくつでも)

1 親
2 配偶者
3 子供
4 兄弟姉妹
5 その他の親族
6 その他()
7 一人で暮らしている

問4-4

あなたを介護する方はいませんか。介護する方がいる場合、現在の主な介護者は誰ですか。(〇は1つだけ)

1 父親
2 母親
3 配偶者
4 子供
5 兄弟姉妹
6 その他の親族
7 事業者(ホームヘルパーなど)
8 その他()
9 介護者はいない

問4-4-1 主な介護者の年齢は何歳ですか。(令和5年10月1日現在)
※不明の場合は、不明とお答えください。

□ 歳

障害の状況

問5

(1) あなたの身体障害者手帳に記載されている障害名は何ですか。(〇はいくつでも)
(2) 手帳に記載された障害の程度をお答えください。(それぞれ1つずつ)

（1）身体障害者手帳に記載されている障害名										
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
視覚障害	聴覚障害	平衡機能障害	言語機能・音声機能・そしゃく機能の障害	肢体不自由（上肢）	肢体不自由（下肢）	肢体不自由（体幹）	肢体不自由（認知・学習・運動機能障害） <small>※認知・学習・運動機能に障害が生じた状態を指し、知的障害・発達障害のいずれかである場合、この欄に記入してください。</small>	心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこうまたは直腸、小腸、肝臓の機能の障害、安定機能障害	内部障害	
1	2	3	4	1	2	1	1	1	1	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
不明										

（2）手帳に記載された障害の程度

1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級	不明
----	----	----	----	----	----	----	----

問6

あなたの身体障害者手帳に記載された障害の程度（総合等級）は何級ですか。（〇は1つだけ）

1	1級
2	2級
3	3級
4	4級
5	5級
6	6級

問7

あなたが障害者になったのはいつですか。（〇は1つだけ）
※2を選んだ場合は、年齢を（ ）内に記入してください。
※複数の障害がある方は、最初に障害者になった時期についてお答えください。

1	出生前または出生時
2	()歳
3	不明

問8

主な障害についてお聞きします。その障害の原因は何ですか。（主な原因を1つだけ）

1	生まれた時から（出生時の損傷含む）
2	交通事故
3	労働災害
4	戦傷・戦病・戦災等
5	その他の事故（2から4以外）
6	感染症
7	中毒性疾患
8	その他の疾患（6、7以外）
9	薬害
10	加齢
11	その他（ ）
12	不明

問9

あなたの障害の疾病名は前ですか。(○はい×つでも)

1	脳性まひ	14	気管体炎
2	腎臓性リウマチ	15	網膜血管・視神経性炎
3	腎臓損傷 I (対まひ)	16	じん臓炎
4	腎臓損傷 II (四肢まひ)	17	心臓炎
5	進行性筋萎縮性炎	18	呼吸器炎
6	脳血管障害	19	ほうちこう炎
7	脳脊髄	20	気管炎
8	その他の脳神経炎	21	心臓炎
9	腎臓病炎	22	肝臓炎
10	リウマチ性炎	23	免疫不全症候群
11	関節炎	24	その他 ()
12	関節炎	25	不明
13	関節炎		

問10

あなたは身体障害者手帳以外の障害者手帳を持っていますか。(○はア、イでそれぞれ1つずつ)

ア	愛の手帳 (療育手帳)	イ	精神障害者保健福祉手帳
1	持っている	1	持っている
2	申請中	2	申請中
3	持っていない	3	持っていない

問10-1

愛の手帳 (療育手帳) の程度は何度ですか。(○は1つだけ)

1	1度
2	2度
3	3度
4	4度

健康・医療

問11

あなたは過去1年間に医療機関を受診 (診察を含む) したことがありますか。(○は1つだけ)
※ 障害に起因する場合に限らず、すべての病気・ケガ等を含む。

受診した	受診しなかった
1	2

問12

あなたは過去1年間に医療補助等を利用しましたか。(○はい×つでも)

1	心身障害者医療補助 (ワル障)
2	自立支援医療 (更生医療)
3	自立支援医療 (精神通院医療)
4	難病医療費等助成
5	その他 ()
6	利用しなかった

問13

あなたは現在、日常的に必要なとしている医療的ケアがありますか。(○はい×つでも)

1	人工呼吸器 (酸素マスク等を含む)
2	気管切開の管理
3	鼻咽喉エラエアの管理
4	酸素療法
5	吸引
6	スライザーの管理
7	経管栄養
8	中心静脈カテーテルの管理
9	皮下注射
10	血糖測定
11	経腸的な遷延
12	導尿
13	排便管理
14	摂食時の対応 (嚥下補助、嚥下、薬投与、遠隔神経刺激装置の動作の観察)
15	その他 ()
16	特に必要としない

日常生活の状況

問14 あなたは次のa～jまでの動作について、自分一人でできますか。（○はそれぞれ1つずつ）

※補装具等を使用している方は、使用した状態で判断してください。

	一人で全部できる	一人でできるが一人でにはできない	一部の手助けがあればできる	全部の手助けが必要
a 食事をとる	1	2	3	4
b 家事（掃除、洗濯、掃除）をする	1	2	3	4
c トイレを使う	1	2	3	4
d 着替えをする	1	2	3	4
e 入浴をする	1	2	3	4
f 履替りをする	1	2	3	4
g 鞆の弁を移動する	1	2	3	4
h 外出する	1	2	3	4
i 日常の重い物	1	2	3	4
j 薬の管理	1	2	3	4

問15 《問5(1)(4ページ)で1を选了んだ方(補装具等使用者の方)にお聞きします。》

※該当ではない方は、問16(次ページ)にお進みください。

あなたは外出するとき、どのような手段やサービスを使っていますか。

(○はい×つでも)

1 一人で歩いて外出する(特に何も必要としない)
2 白杖を使って外出する
3 盲導犬を使って外出する
4 スマートフォンのアプリを利用して外出する
5 ガイドヘルパー(移動支援・同行援護)を利用して外出する
6 家族、友人の同行やサポーターのもとで外出する

就労の状況

問16 あなたは令和5年10月1日(調査基準日)現在、

欠を擇う仕事をしていますか。(○は1つだけ)

1 仕事をしている(一般就労など)
2 就労継続支援A型の事業所で働いている(福祉的就労)
3 就労継続支援B型の事業所で働いている(福祉的就労)
4 就労移行支援の事業所で働いている(福祉的就労)
5 生活介護で工資をもらう生産活動をしている
6 仕事をしていない

問16-4 (11ページ)へ

※福祉的就労とは「一般就労(企業などへ就職し、雇用契約を結んで働くこと)が難しい障害のある方が、障害福祉サービスの中で就労の機会を確保しながら働くことです。障害者総合支援法に基づき「就労継続支援事業所」などで作業をおこないます。

問16-1 現在、企業や公的機関などで働いていない(一般就労していない)理由は

何ですか。(○は3つまで)

1 自分が希望する仕事内容や労働条件に当てはまる仕事がない
2 障害が重く企業などで働くことが難しいため
3 健康面・体方面に不安があるため
4 人間関係を築くことが難しいため
5 受け入れてくれる職場が見つからないため
6 学任制度、入賞制度など
7 学校などで勉強しているため
8 家庭の都合(結婚、育児、介護など)
9 高齢のため(定年を含む)
10 企業や公的機関などで働く必要がないため
11 企業や公的機関などで働くことがないため
12 その他()

問16-2 あなたは、過去、企業や公的機関で働いたこと(パート、アルバイト等を含む)がありますか。(○は1つだけ)

1 ある
2 ない
3 わからない

問16-3

今後、企業や公的機関で働きたい（パート、アルバイト等を含む。）と
思いますか。（〇は1つだけ）

- 1 はい
- 2 いいえ
- 3 わからない

問17（14ページ）へ

問16-3-1

企業や公的機関で働くにあたって、心配なこと（課題）は
何ですか。（〇は2つまで）

1	労働条件（労働時間、賃金など）
2	通勤手段、通勤時間
3	職場の（物理的な）バリアフリー
4	職場での人間関係
5	自分の健康・体力（病気などを答む）
6	働くために必要な知識や技術
7	障害特性への理解・合理的配慮
8	その他（ ）

回答後は問17（14ページ）へお進みください。

問16で「1 仕事をしている」を選んだ方に伺います。

問16-4

あなたの雇用形態は何ですか。（〇はいくつでも）

1	正規の雇用・従業員
2	会社等の役員
3	非正規の雇用・従業員 （パート・アルバイト・日雇等（契約雇用、派遣雇用を含む））
4	自営業
5	零業の手伝い
6	内職
7	その他（ ）

問16-5

1 週間の就労日数はどのくらいですか。（〇は1つだけ）

1	1日
2	2日
3	3日
4	4日
5	5日以上

問16-6

1 週間の労働時間は、どのくらいですか。（〇は1つだけ）
* 採勤時間は除く

1	10時間未満
2	10～20時間未満
3	20～30時間未満
4	30～40時間未満
5	40時間以上

問16-7 現在の就職先に就職したのは障害者になる前ですか、それともなった後ですか。(〇は1つだけ)

- 1 障害者になる前
- 2 障害者になった後
- 3 わからない

問16-7-1 どこ(誰)の支援を受けて現在の仕事に就きましたか。(〇はいくつでも)

- 1 ハローワーク(公共職業安定所)
- 2 民間の職業紹介会社
- 3 区市町村障害者就労支援センター、障害者就業・生活支援センター
- 4 学校
- 5 家族
- 6 知人
- 7 就労移行支援事業所等
- 8 福祉団体(障害者団体、福祉活動をしているNPO法人など)
- 9 その他()
- 10 支援は受けなかった

問16-8 現在の仕事に就いてからの期間はどれくらいですか。(〇は1つだけ)

- 1 3か月未満
- 2 3か月～6か月未満
- 3 6か月～1年未満
- 4 1年～3年未満
- 5 3年～5年未満
- 6 5年～10年未満
- 7 10年以上

(ズケ→シ)へ

問16で「1 仕事をしている」を選んだ方に伺います。》

問16-9 仕事をしていく上で困ることは何ですか。(〇は3つまで)

- 1 勤務時間・日数が自分の希望と合わない
- 2 通勤距離・時間が長い
- 3 通勤時の混雑
- 4 仕事の内容が障害の特性上、自分に合っていない
- 5 職場の(物理的な)バリアフリー化が不十分
- 6 人間関係が難しい
- 7 相手に察して、言いたい内容が伝わらない
- 8 相手の言っていることが分からない
- 9 定期的な通院や健康管理との両立
- 10 急な体調の変化や情報保障の面などで合理的配慮がない
- 11 その他()
- 12 困ることは特にない

問16-10 仕事で困ったことがあったとき、誰に相談しますか。(〇はいくつでも)

- 1 職場の上司
- 2 職場の同僚
- 3 職場に派遣されたジョブコーチ
- 4 就労支援センター等の職員
- 5 家族
- 6 職場の同僚以外の友人
- 7 施設の職員、グループホームの世話人等
- 8 出身校の教員
- 9 その他()
- 10 相談する相手がいらない(相談する場所がない)
- 11 今までに特に困ったことはない

問16-11 これまでに、福祉的就労をしたことがありますか。(〇は1つだけ)

- 1 ある
- 2 ない
- 3 わからない