

さむかわまちしょう      しゃふくしけいかく      みなお  
『寒川町障がい者福祉計画』見直しの  
ちようさ  
ためのアンケート調査



さむかわ棒コロの応援  
団長のコロ坊だほ～！  
みんなアンケート協力して  
ほ～！



さむ      かわ      まち  
寒      川      町

れいわ      ねん      がつ  
令和2年2月

「障害」と「障がい」の表記について  
本調査では、「害」という漢字のイメージが否定的であるため、不快感を与えないように配慮して、法律、団体名、固有名詞等を除き、可能な限り「障がい」という表記にしています。

さむかわまちしょう      しゃふくしけいかくみなお      ちょうさ  
寒川町障がい者福祉計画見直しのためのアンケート調査

— ご協力のおねがい —

このアンケートは、みなさまの障がいのことやふだんの生活の状況、障害福祉サービス等の利用状況についてや、それに対するお考えやご希望などをお聞きすることで、計画見直しのための基礎資料とすることを目的として行うものです。

お忙しいところ恐縮ではございますが、下記のお願事項にご注意の上、ご協力ください。よろしくお願いいたします。

れいわ ねん がつ  
令和2年2月

さむかわちょうちょう      きむら      としお  
寒川町長 木村 俊雄

★アンケートご記入にあたってのお願い事項★

- ① このアンケートの対象者は、令和2年1月1日現在、身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳をお持ちの方です。
- ② このアンケートの対象は、あて名のご本人です。ご本人がご記入になれない場合には、ご本人の意見をご家族などが記入してください。
- ③ 回答は、別紙の回答票に○印をつけてお答えください。また、問4において「その他」と回答された場合は、具体的な内容をご記入ください。
- ④ 返信いただく回答票および返信用封筒には、ご住所、お名前を記入する必要はありません。なお、個人の秘密は守られますので、ありのままのご意見などを記入してください。
- ⑤ ご記入がおわりましたら、恐れ入りますが、同封されている返信用封筒に回答票を入れて、3月9日（月曜日）までにポストに投函してください。

なお、切手を貼っていただく必要はありません。

※この調査について、わからないことがありましたら寒川町役場福祉部福祉課までご連絡ください。

でんわ      ないせん  
電話 0467-74-1111 (内線143~145)      FAX 0467-74-5613

## こた かた お答えになる方について

■ この調査にご回答いただく方はどなたですか。(あてはまるもの一つに○)

- 1 あて名ご本人が記入する
- 2 本人の意見を確認して家族や支援者などが記入する
- 3 本人の意見を確認することが難しいので、家族や支援者などが記入する

## ほんにん 1 ご本人のことについて

とい 問1 あなたの性別をお答えください。(あてはまるもの一つに○)

- 1 男性
- 2 女性
- 3 答えたくない

とい 問2 あなたの令和2年4月1日現在の年齢をお答えください。

さい  
歳

とい 問3 現在、あなたが生活している場所をお答えください。(あてはまるもの一つに○)

- 1 自宅(一人暮らし)
- 2 自宅(家族など同居)
- 3 福祉施設に入所
- 4 入院
- 5 グループホーム
- 6 その他

とい 問4 あなたが、現在お住まいの地区はどちらですか。施設入所などで住所を施設に移している場合は、施設の所在地でお答えください。(あてはまるもの一つに○)

- 1 田端
- 2 一之宮
- 3 中瀬
- 4 大曲
- 5 岡田
- 6 大蔵
- 7 小谷
- 8 小動
- 9 宮山
- 10 倉見
- 11 その他( )

問5 あなたは、現在どの程度幸せですか。  
 「幸せ」を10点、「幸せではない」を1点としてお答えください。

幸せ  
 10点 9点 8点 7点 6点 5点 4点 3点 2点 1点  
 幸せではない

## 2 障がいしょうがいの状況じょうきょうについて

問6 手帳てちょうの等級とうきゅう（程度ていど）についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）

- 1 身体障害者手帳（ 1級 2級 3級 4級 5級 6級 ）
- 2 療育手帳（ A1 A2 B1 B2 ）
- 3 精神障害者保健福祉手帳（ 1級 2級 3級 ）

問7 身体障害者手帳をお持ちの方にお聞きします。 障がい（種別・種類・部位）  
 は、次のうちどれかお答えください。（あてはまるもの全てに○）

- |          |         |              |
|----------|---------|--------------|
| 1 視覚     | 6 肢体不自由 | 11 ぼうこう・直腸機能 |
| 2 聴覚     | 7 心臓機能  | 12 小腸機能      |
| 3 平衡機能   | 8 呼吸器機能 | 13 その他       |
| 4 音声・言語  | 9 じん臓機能 |              |
| 5 そしゃく機能 | 10 肝臓機能 |              |

問8 療育手帳をお持ちの方にお聞きします。 障がいは次のうちどれかお答え  
 ください。

- 1 知的障がい
- 2 発達障がい（自閉症・学習障がい・注意欠陥多動性障がいなど）
- 3 その他

問9 精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方にお聞きします。 障がいは次のうちどれかお答えください。(あてはまるもの全てに○)

- 1 統合失調症
- 2 気分障がい(うつ病・そううつ病など)
- 3 非定型精神病
- 4 てんかん
- 5 中毒精神病(薬物やアルコールによる急性中毒又はその依存症)
- 6 器質性精神障がい(高次脳機能障がいを含む)
- 7 発達障がい(知的障がいを除く)
- 8 その他の精神疾患

### 3 健康や医療について

問10 あなたの最近の身体的な健康状態(ここ3ヶ月以内)についてお答えください。(あてはまるもの一つに○)

- |              |              |
|--------------|--------------|
| 1 良い         | 3 どちらかと言えば悪い |
| 2 どちらかと言えば良い | 4 悪い         |

問11 あなたの最近の精神的な健康状態(ここ3ヶ月以内)についてお答えください。(あてはまるもの一つに○)

- |              |              |
|--------------|--------------|
| 1 良い         | 3 どちらかと言えば悪い |
| 2 どちらかと言えば良い | 4 悪い         |

問12 日頃、あなたが治療を受けたり、健康について相談できる「かかりつけの医師(医療機関・診療所)」についてお答えください。(あてはまるもの一つに○)

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

問13 あなたが医療機関などへ行く頻度をお答えください（デイケアの通所は除きます）。（あてはまるもの一つに○）

- 1 年に1回～3回程度
- 2 2～3ヶ月に1回程度
- 3 ひと月に1回程度
- 4 ひと月に2回程度
- 5 週に1回程度
- 6 週に2回以上

#### 4 日常生活の状況について

問14 あなたの主な日中の過ごし方をお答えください。（あてはまるもの一つに○）

- |                     |               |
|---------------------|---------------|
| 1 幼稚園や学校（普通級）へ通っている | 6 福祉施設へ通っている  |
| 2 学校（特別支援級）へ通っている   | 7 自宅で過ごしている   |
| 3 学校（養護学校）へ通っている    | 8 入所施設で過ごしている |
| 4 常勤で勤務している（正社員など）  | 9 その他         |
| 5 アルバイト・パートで働いている   |               |

問15 あなたのことを主に介助している方をお答えください。（あてはまるもの一つに○）

- |        |           |            |
|--------|-----------|------------|
| 1 母親   | 5 子       | 9 施設職員     |
| 2 父親   | 6 子の配偶者   | 10 近所の方、知人 |
| 3 配偶者  | 7 その他親族   | 11 介助は必要ない |
| 4 兄弟姉妹 | 8 ホームヘルパー | 12 その他     |

問16 問15で「1 母親」～「7 その他親族」を選んだ方にお聞きします。  
 あなたを介助してくれる家族や親族で、特に中心となっている方の年齢、性別、  
 健康状態をお答えください。

【年齢】

- |   |       |   |      |   |      |   |       |
|---|-------|---|------|---|------|---|-------|
| 1 | 30歳未満 | 3 | 40歳代 | 5 | 60歳代 | 7 | 80歳以上 |
| 2 | 30歳代  | 4 | 50歳代 | 6 | 70歳代 |   |       |

【性別】

- |   |    |   |    |
|---|----|---|----|
| 1 | 男性 | 2 | 女性 |
|---|----|---|----|

【健康状態】

- |   |            |   |            |
|---|------------|---|------------|
| 1 | 良い         | 3 | どちらかと言えば悪い |
| 2 | どちらかと言えば良い | 4 | 悪い         |

問17 普段の生活で介助を必要としている方（問15で「11 介助は必要ない」  
 以外を選んだ方）にお聞きします。介助や支援が必要な項目をお答えください。  
 （あてはまるもの全てに○）

- |   |                |    |               |
|---|----------------|----|---------------|
| 1 | 食事をする          | 8  | 家の中（施設内）を移動する |
| 2 | トイレを使う         | 9  | 外出する（屋外での移動）  |
| 3 | 入浴する           | 10 | 公共交通機関の利用     |
| 4 | 着替えをする         | 11 | 人とのコミュニケーション  |
| 5 | 薬を飲む           | 12 | 日用品等の買い物      |
| 6 | 家事（調理・洗濯・掃除など） | 13 | 文書の読み書き       |
| 7 | お金の管理          | 14 | その他           |

とい 問18 あなたがこれからしたいと思う活動をお答えください。(あてはまるもの全  
てに○)

- 1 幼稚園や学校に通いたい
- 2 働きたい
- 3 身体機能や生活能力の向上のためリハビリや訓練を受けたい
- 4 家で過ごしたい
- 5 施設(入所)やグループホーム(入居)で生活したい
- 6 日中活動をする場(作業所など)へ通いたい
- 7 病院で療養したい
- 8 スポーツをしたい
- 9 文化活動をしたい
- 10 その他

## 5 就労状況・収入について

とい 問19 あなたの就労状況をお答えください。(あてはまるもの一つに○)

- |             |              |
|-------------|--------------|
| 1 正社(職)員    | 5 福祉施設などへの通所 |
| 2 契約社(職)員   | 6 専業主婦(夫)    |
| 3 パート・アルバイト | 7 その他        |
| 4 自営業       | 8 働いていない     |

とい 問20 問19で「1 正社(職)員」～「5 福祉施設などへの通所」を選んだ  
方にお聞きします。週に何日通っているかをお答えください。(あてはまるもの  
一つに○)

- 1 1日～2日
- 2 3日～4日
- 3 5日
- 4 6日以上



問21 問19で「1 正社（職）員」～「5 福祉施設などへの通所」を選んだ  
にお聞きします。1日に何時間働いているか、または過ごされているかをお答え  
ください。（あてはまるもの一つに○）

- 1 1時間未満
- 2 1時間以上4時間未満
- 3 4時間以上8時間未満
- 4 8時間以上
- 5 不定期

問22 問19で「7 働いていない」を選んだ方にお聞きします。働いていない  
理由はをお答えください。（あてはまるもの一つに○）

- 1 就学中のため
- 2 高齢のため
- 3 心身の状況（病気や障がい）により働けないため
- 4 働きたくないため
- 5 働きたいが就職先がみつからないため
- 6 働くにはどうしたらよいかわからないため
- 7 その他

問23 問22で「5 働きたいが就職先がみつからないため」または「6 働  
くにはどうしたらよいかわからないため」をお選びの方にお聞きします。働く  
ために何が必要かを教えてください。

- 1 就労のための相談、支援機関が充実すること
- 2 交通手段があること
- 3 障がいに合った仕事であること
- 4 勤務時間や日数を調整できること
- 5 自宅で仕事ができること
- 6 障がい者の設備が整っていること
- 7 通院休暇や時差出勤の適用など、通院に配慮されていること
- 8 賃金が妥当であること

- 9 周囲が障がいに対して理解があること
- 10 障がいがあっても働ける一般企業を確保すること
- 11 就労のための職業訓練（就労移行支援など）が充実すること
- 12 ジョブコーチ（職場適応援助者）など職場に慣れるまでの支援があること
- 13 就労継続支援や地域活動支援センターなどの福祉的就労の場がたくさんあること
- 14 就職後の定着支援が充実すること
- 15 実習先が充実すること
- 16 就職説明会
- 17 その他
- 18 特になし

問24 あなたの、月の全ての収入をお答えください。（あてはまるもの一つに○）

- |                |                |
|----------------|----------------|
| 1 1万円未満        | 5 15万円以上20万円未満 |
| 2 1万円以上5万円未満   | 6 20万円以上25万円未満 |
| 3 5万円以上10万円未満  | 7 25万円以上       |
| 4 10万円以上15万円未満 | 8 なし（不明も含む）    |

問25 問24で「8 なし（不明も含む）」以外を選んだ方に、お聞きします。  
収入源についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）

- |               |                        |
|---------------|------------------------|
| 1 障害年金        | 6 福祉施設・作業所などでの工賃       |
| 2 障害者（児）手当    | 7 不動産などの財産収入（賃貸料や利子など） |
| 3 生活保護費       | 8 障害年金以外の年金            |
| 4 家族・親族からの仕送り | 9 その他                  |
| 5 一般就労の給料     |                        |

がいしゅつ ちいきかつどう  
**6 外出や地域活動について**

と  
問26 普段、どのような目的で外出しているかをお答えください。(多いもの二つに○)

- |                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| 1 通学・通所・通勤      | 5 レストランなど外食       |
| 2 通院            | 6 スーパーやコンビニなどの買い物 |
| 3 役場など公的機関での手続き | 7 余暇活動            |
| 4 団体や自治会などの会合   | 8 その他             |

と  
問27 外出の頻度をお答えください。(あてはまるもの一つに○)

- |           |             |
|-----------|-------------|
| 1 ほぼ毎日    | 4 月に1回～3回   |
| 2 週に2回～3回 | 5 年に数回      |
| 3 週に1回    | 6 ほとんど外出しない |

と  
問28 外出する際、主にどのような方がつきそい(支援)しているかをお答えください。(あてはまるもの一つに○)

- |               |           |
|---------------|-----------|
| 1 家族          | 4 1人で外出する |
| 2 ヘルパーなどのサービス | 5 その他     |
| 3 友人          |           |

と  
問29 外出する際、どのような方法で外出していますか。もっとも多い手段についてお答えください。(あてはまるもの一つに○)

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1 公共交通機関(バス・電車など) | 5 友人の車            |
| 2 タクシー(福祉タクシー以外)  | 6 町社会福祉協議会の送迎サービス |
| 3 福祉タクシー          | 7 徒歩              |
| 4 自分や家族の車         | 8 その他             |

問30 外出している際、または、外出しようとする際に困ることをお答えください。(あてはまるもの全てに○)

- 1 利用できる交通機関が少ない
- 2 バスの乗り降りが困難・不便
- 3 電車の乗り降りが困難・不便
- 4 タクシーの乗り降りが困難・不便
- 5 歩道が狭い、道路に段差があるなど不便
- 6 道路の狭さや段差以外に、自転車や看板などの障がい物が多い
- 7 道路に点字ブロックが少ない
- 8 音の出る信号機が少ない
- 9 利用できる建物の設備(トイレ・エレベーター・ドアなど)が充分でない
- 10 車・自転車に危険を感じる
- 11 人とのコミュニケーションに不安を感じる
- 12 人目が気になる
- 13 介助者・支援者がいない
- 14 その他
- 15 困ることがない

問31 あなたが参加している地域での活動をお答えください。(あてはまるもの全てに○)

- |                   |           |
|-------------------|-----------|
| 1 趣味やサークル等の活動     | 5 講座や講演会  |
| 2 地域の行事やお祭り       | 6 その他     |
| 3 障がい者団体の活動       | 7 参加していない |
| 4 スポーツやレクリエーション活動 |           |

問32 問31で「7 参加していない」を選んだ方にお聞きします。参加していない理由をお答えください。(あてはまるもの全てに○)

- 1 身近な所で障がい者が参加できる行事や活動がない
- 2 どんな行事や活動があるかわからない(情報が無い)
- 3 会場までの交通手段・移動が不便

- 4 興味のある活動がない
- 5 人と関わるのが苦手
- 6 地域の方の障がいに対する認識が乏しく参加しにくい
- 7 家族から参加することに理解を得られない（反対されている）
- 8 その他

問33 今後、どのような活動をしたい、または参加をしたいとおもいますか。特に希望するものをお答えください。（あてはまるもの一つに○）

- 1 趣味やサークル等の活動
- 2 地域の行事やお祭り
- 3 障がい者団体の活動
- 4 スポーツやレクリエーション活動
- 5 講座や講演会
- 6 その他
- 7 参加したいと思わない

## 7 相談・情報などについて

問34 あなたの福祉サービスに関する情報の入手方法をお答えください。（あてはまるもの全てに○）

- 1 町の福祉課窓口
- 2 町の広報紙・資料・ホームページ
- 3 県や国の広報紙・資料・ホームページ
- 4 相談支援事業所
- 5 テレビ・ラジオ・新聞・雑誌
- 6 当事者団体・福祉施設や事業所
- 7 学校
- 8 民生委員児童委員
- 9 家族・親戚
- 10 友人・知人・職場の方

11 その他

12 入手する手段がない

問35 町内に相談支援事業所があることを知っているかについてお答えください。※町内の相談支援事業所（「寒川町障がい者相談支援事業所ゆいっと（宮山）」「生活相談室すまいる（岡田）」）

1 知っている

2 知らない

問36 困ったことや悩みごと、心配ごとがあったとき、どなたへ相談しているかをお答えください。（あてはまるもの全てに○）

1 家族・親族

2 友人・知人

3 学校の先生

4 利用している施設などの職員

5 ホームヘルパー

6 当事者団体の方

7 病院（医師・看護師など）

8 民生委員児童委員

9 相談支援事業所

10 町役場の担当窓口

11 町社会福祉協議会の職員

12 保健所

13 児童相談所

14 県の相談窓口（児童相談所は除く）

15 その他

16 相談する場所がわからない

17 相談する必要がない

## 8 福祉サービスなどの利用状況・意向について

問37 あなたの利用している障がい福祉サービスまたは介護保険サービスをお答えください。（あてはまるもの全てに○）

- 1 障がい福祉サービス
- 2 介護保険サービス
- 3 その他
- 4 利用していない

問38 18歳以上で問37で「1 障がい福祉サービス」を選んだ方にお聞きします。あなたの「障がい支援区分」についてお答えください。（あてはまるもの一つに○）

- 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 認定を受けていない・非該当

### ※障がい支援区分

福祉サービス利用者の心身の状況を判定するために、町が認定するものです。  
「区分1～6」の6段階があり、これによって利用できる福祉サービスの支給量が決まります。

問39 問37で「2 介護保険サービス」を選んだ方にお聞きします。あなたの「要介護状態区分」についてお答えください。（あてはまるもの一つに○）

- 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

### ※要介護状態区分

介護の必要な程度に応じて厚生労働省で定める区分で、町が認定するものです。

「要支援1～2」「要介護1～5」の7段階があり、これによって利用できる介護サービスの支給量などが決まります。

問40 問37で「4 利用していない」を選んだ方にお聞きします。サービスを利用していない理由をお答えください。(あてはまるもの全てに○)

- 1 サービスを利用しなくても日常生活に困らないから
- 2 家族が介護してくれるから
- 3 他人を家に入れたくないから
- 4 プライバシーが心配だから
- 5 利用したいサービスがないから
- 6 サービスの利用の仕方がわからないから
- 7 利用料の負担が大きいだから
- 8 手続きが面倒だから
- 9 その他

問41 問37で「4 利用していない」を選んだ方にお聞きします。どういう状況になったら障がい福祉サービスが必要となると思うかをお答えください。(あてはまるもの全てに○)

- 1 介護する人が介護できなくなったら
- 2 障がいが重度化したら
- 3 一人暮らしするようになったら
- 4 その他

**※現在障がい福祉サービスを利用していなくて、今後も**

**利用の意向がない方は、問42は回答せず、問43へ進ん**

**でください。**



※ ここでは、**障がい福祉サービス**についてご回答いただきます。介護保険のサービスなどは含めないでください。

問42 あなたの障がい福祉サービスに関してご回答ください。「現在の利用量」と「今後の利用の意向または希望量」について、あてはまる数字に○をしてください。

※現在受けているサービスについては、障がい福祉サービス受給者証などを参照してください。障がい福祉サービスのご利用にあたっては、課税状況により一部負担金が発生する場合があります。

<家に来てくれるサービス> ※ 回答は回答票にそれぞれ○をしてください

| サービス名     | サービスの内容                             | 1 現在の利用量                                       | 2 今後の利用の意向または希望量                                      |
|-----------|-------------------------------------|--|---|
| ア. 居宅介護   | 居宅で入浴や排せつ・食事などの介助をします。              | ① 毎日2回以上<br>② 毎日1回<br>③ 週に3～6回程度<br>④ 週に1～2回程度 | ① 毎日2回以上<br>② 毎日1回<br>③ 週に3～6回程度<br>④ 週に1～2回程度        |
| イ. 重度訪問介護 | 重度の障がいのため常に介護が必要な人に外出時の移動の補助などをします。 | ⑤ 2週間に1～2回程度<br>⑥ 1か月に1～2回程度<br>⑦ 利用していない      | ⑤ 2週間に1～2回程度<br>⑥ 1か月に1～2回程度<br>⑦ 利用の必要はない<br>⑧ わからない |

| サービス名             | サービスの内容                              | 1 現在の利用量  | 2 今後の利用の意向または希望量  |
|-------------------|--------------------------------------|---|---|
| ウ. 重度障害者等<br>包括支援 | 常に介護を必要とする障がい者に、<br>包括的なサービスを提供します。  | ① 毎日2回以上<br>② 毎日1回<br>③ 週に3～6回程度<br>④ 週に1～2回程度<br>⑤ 2週間に1～2回程度<br>⑥ 1か月に1～2回程度<br>⑦ 利用していない | ① 毎日2回以上<br>② 毎日1回<br>③ 週に3～6回程度<br>④ 週に1～2回程度<br>⑤ 2週間に1～2回程度<br>⑥ 1か月に1～2回程度<br>⑦ 利用の必要はない<br>⑧ わからない |
| エ. 訪問入浴サービス       | 家庭で入浴が困難な方に入浴車の<br>巡回による入浴サービスを行います。 | ① 毎日2回以上<br>② 毎日1回<br>③ 週に3～6回程度<br>④ 週に1～2回程度<br>⑤ 2週間に1～2回程度<br>⑥ 1か月に1～2回程度<br>⑦ 利用していない | ① 毎日2回以上<br>② 毎日1回<br>③ 週に3～6回程度<br>④ 週に1～2回程度<br>⑤ 2週間に1～2回程度<br>⑥ 1か月に1～2回程度<br>⑦ 利用の必要はない<br>⑧ わからない |

<外出を補助してくれるサービス> ※ 回答は回答票にそれぞれ○をしてください

| サービス名   | サービスの内容  | 1 現在の利用量  | 2 今後の利用の意向または希望量  |
|---------|--|---|---|
| オ. 行動援護 | 知的障がいや精神障がいにより行動<br>が困難で常に介護が必要な人に外出時<br>の移動の補助などをします。 | ① 毎日2回以上<br>② 毎日1回<br>③ 週に3～6回程度<br>④ 週に1～2回程度<br>⑤ 2週間に1～2回程度<br>⑥ 1か月に1～2回程度<br>⑦ 利用していない | ① 毎日2回以上<br>② 毎日1回<br>③ 週に3～6回程度<br>④ 週に1～2回程度<br>⑤ 2週間に1～2回程度<br>⑥ 1か月に1～2回程度<br>⑦ 利用の必要はない<br>⑧ わからない |
| カ. 同行援護 | 視覚障がいにより移動に困難をかかえ<br>ている方に、移動支援と視覚情報の<br>提供を行います。      | ① 毎日2回以上<br>② 毎日1回<br>③ 週に3～6回程度<br>④ 週に1～2回程度<br>⑤ 2週間に1～2回程度<br>⑥ 1か月に1～2回程度<br>⑦ 利用していない | ① 毎日2回以上<br>② 毎日1回<br>③ 週に3～6回程度<br>④ 週に1～2回程度<br>⑤ 2週間に1～2回程度<br>⑥ 1か月に1～2回程度<br>⑦ 利用の必要はない<br>⑧ わからない |
| キ. 移動支援 | 外出などの移動に支援が必要な方へ援<br>助を行います。                           | ① 毎日2回以上<br>② 毎日1回<br>③ 週に3～6回程度<br>④ 週に1～2回程度<br>⑤ 2週間に1～2回程度<br>⑥ 1か月に1～2回程度<br>⑦ 利用していない | ① 毎日2回以上<br>② 毎日1回<br>③ 週に3～6回程度<br>④ 週に1～2回程度<br>⑤ 2週間に1～2回程度<br>⑥ 1か月に1～2回程度<br>⑦ 利用の必要はない<br>⑧ わからない |

つうしょさき しごとさき  
 <通所先・仕事先などのサービス> ※ かいどう かいどうひょう  
 回答は回答票にそれぞれ○をしてください

| サービス名              | サービスの内容  | 1 現在の利用量   | 2 今後の利用の意向または希望量                                 |
|--------------------|--|--|--|
| ク. 生活介護            | つね かいご ひつよう ひと ひるま にゆうよく<br>常に介護を必要とする人に、昼間、入浴・<br>はいせつ しょくじ かいご おこな にっちゅうかつどう<br>排泄・食事の介護などを行い、日中活動<br>の機会を提供します。 |  |  |
| ケ. 自立訓練            | じりつせいかつ む いっていきかん きのう のうりよく<br>自立生活に向け、一定期間、機能や能力<br>向上の訓練を行います。   | ① 月21日以上   | ① 月21日以上   |
| コ. 就労移行支援          | いっていきかん せいさん かつどう かつどう ていきよう<br>一定期間、生産活動や活動の提供、<br>ちしき のうりよく こうじよう くんれん おこな<br>知識・能力の向上のための訓練を行<br>います。           | ② 月15日～20日<br>③ 月10日～14日<br>④ 月5日～9日<br>⑤ 月1日～4日 | ② 月15日～20日<br>③ 月10日～14日<br>④ 月5日～9日<br>⑤ 月1日～4日 |
| サ. 就労継続支援<br>A型・B型 | しゅうろう きかい ていきよう せいさん かつどう た<br>就労の機会の提供や生産活動、その他<br>かつどう ていきよう ちしき のうりよく かいじよう<br>の活動の提供、知識・能力向上のため<br>の訓練を行います。   | ⑥ 利用していない  | ⑥ 利用の必要はない                                       |
| ス. 日中一時支援          | しょう しゃ につちゅう ほうかご かつどう<br>障がい者などの日中・放課後に活動<br>ば かくほ かぞく しゅうろうしえん いちじ<br>の場を確保し家族の就労支援、一時<br>きゅうそく しえん<br>休息を支援します。 |  | ⑦ わからない  |
| シ. 就労定着支援          | いっほん ぎさよつ しよつ しよつ<br>一般企業に雇用された障がい<br>しゃ のストレスや金銭管理など<br>せいかつじよう かいだい いっていきかん しえん<br>生活上の課題を一定期間支援<br>するサービスです。    | ① 利用している<br>② 利用していない                            | ① 利用の希望がある<br>② 利用の必要はない<br>③ わからない              |

きよじゆうさき ていきょう たんきにゆうしょ  
 <居住先などの提供・短期入所などのサービス> ※ かいとう かいとうひょう  
 回答は回答票にそれぞれ○をしてください

| サービス名     | サービスの内容   | 1 現在の利用量  | 2 今後の利用の意向または希望量   |
|-----------|---|---|--|
| セ. 療養介護   | いりょう かいご じょうじひつよう ひと<br>医療と介護を常時必要とする人に、<br>いりょうきかん かんご かいご にちじょうせいかつ<br>医療機関での看護・介護・日常生活の<br>しえん おこな<br>支援を行います。                     |   |  |
| ソ. 施設入所支援 | しせつ にゆうしょ ひと にゆうよく はい<br>施設に入所する人に、入浴や排せつ・<br>しょくじ かいご<br>食事の介護などをします。  |   |  |
| タ. 共同生活援助 | ちいき きょうどうせいかつ いとな ひと じゅうきよ<br>地域で共同生活を営む人に住居に<br>きょうどうせいかつえんじよ<br>おける相談や日常生活の援助をしま<br>そうだん にちじょうせいかつ えんじよ<br>す。                       | ① りよう<br>利用している<br>② りよう<br>利用していない   | ① りよう きぼう<br>利用の希望がある<br>② りよう ひつよう<br>利用の必要はない<br>③ わからない   |
| チ. 自立生活援助 | しせつ かく かた<br>施設やグループホームで暮らす方がア<br>パートなどに移り一人暮らしすること<br>うつ ひとりく<br>を支えるため、定期的な巡回訪問や<br>ささ ていきでき じゆんかいほうもん<br>すいじたいおう<br>随時対応をするサービスです。 |   |  |
| ツ. 短期入所   | ざいたく いちじてき かいじよ ばあい<br>在宅で一時的に介助ができない場合に、<br>しせつ りよう<br>施設を利用します。このサービスは、家族<br>かいじよしゃ きゆうそく やくわり にな<br>(介助者)の休息としての役割も担って<br>います。     | ① つき にちいじょう<br>月21日以上<br>② つき にち にち<br>月15日～20日<br>③ つき にち にち<br>月10日～14日<br>④ つき にち にち<br>月 5日～ 9日<br>⑤ つき にち にち<br>月 1日～ 4日<br>⑥ りよう<br>利用していない | ① つき にちいじょう<br>月21日以上<br>② つき にち にち<br>月15日～20日<br>③ つき にち にち<br>月10日～14日<br>④ つき にち にち<br>月 5日～ 9日<br>⑤ つき にち にち<br>月 1日～ 4日<br>⑥ りよう ひつよう<br>利用の必要はない<br>⑦ わからない |

けいかくそうだんしえん  
 <計画相談支援・コミュニケーション支援・その他用具について> ※ かいとう かいとうひょう  
 回答は回答票にそれぞれ〇をしてください

| サービス名          | サービスの内容   | 1 現在の利用量              | 2 今後の利用の意向または希望量                    |
|----------------|---|-----------------------|-------------------------------------|
| テ. 計画相談支援      | かか 抱えている課題の解決や適切なサービス利用に向けて、ケアマネジメントによりきめ細かく支援します。                          | ① 利用している<br>② 利用していない | ① 利用の希望がある<br>② 利用の必要はない<br>③ わからない |
| ト. コミュニケーション支援 | しゅわつうやくしゅ 手話通訳者・ようやくひつきしゅ 要約筆記者などを派遣します。                                    |                       |                                     |
| ナ. 日常生活用具の給付   | ようそうぐ 盲用時計、とくしゅ 特殊ベッド・いどうよう 移動用リフトなどの給付を行います。                               |                       |                                     |
| ニ. 補装具の給付      | しんたいじょう 身体上のうしな 失われた部位・きんのう 機能を補うためにひつよう 必要な装具のこうにゅう 購入・しゅうりじょせい 修理助成を行います。 |                       |                                     |

<児童のみが受けられるサービスについて> ※ 回答は回答票にそれぞれ○をしてください

※又～フについては、18歳未満の方のみ回答してください。(18歳以上では利用できないサービスです)

| サービス名          | サービスの内容  | 1 現在の利用量                 | 2 今後の利用の意向または希望量                    |
|----------------|--|--------------------------|-------------------------------------|
| ヌ. 児童発達支援      | 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の向上、集団生活への適応訓練などを行います。                     |                          |                                     |
| ネ. 医療型児童発達支援   | 障がいのある児童を通所させて、日常生活の基本的動作の指導や、知識や技能の付与等の訓練を行うことと併せて、治療を行うサービスです。 | ① 月21日以上<br>② 月15日～20日   | ① 月21日以上<br>② 月15日～20日              |
| ノ. 居宅訪問型児童発達支援 | 外出困難な障がい児の居宅を訪問して、発達支援を行うサービスです。                                 | ③ 月10日～14日<br>④ 月 5日～ 9日 | ③ 月10日～14日<br>④ 月 5日～ 9日            |
| ハ. 放課後等デイサービス  | 学校通学中の障がい児に対して、放課後や長期休暇中において、生活能力向上のための訓練などを提供します。               | ⑤ 月 1日～ 4日<br>⑥ 利用していない  | ⑤ 月 1日～ 4日<br>⑥ 利用の必要はない<br>⑦ わからない |
| ヒ. 保育所等訪問支援    | 障がい児が障がい児以外の児童との集団生活に適応することができるよう、環境にに応じて適切かつ効果的な支援を行うものです。      |                          |                                     |
| フ. 障がい児相談支援    | 障がい児が児童発達支援・放課後等デイサービスなどを利用するための支援利用計画の作成支援を行います。                | ① 利用している<br>② 利用していない    | ① 利用の希望がある<br>② 利用の必要はない<br>③ わからない |

## 9 さいがいじ 災害時について

問43 あなたは、水害や地震等の災害時に一人で避難できるかをお答えください。  
(あてはまるもの一つに○)

- 1 できる
- 2 できない

問44 問43で「2 できない」と答えられた方にお聞きします。家族が不在の場合や一人暮らしの場合、近所にあなただけを助けてくれる人がいるかをお答えください。(あてはまるもの一つに○)

- 1 いる
- 2 いない

問45 寒川町では、地域の自主組織などに住所や氏名、身体の状態などの個人情報登録し災害時に避難誘導の支援や情報伝達を受ける取り組み「避難行動要支援者きずなプラン」を実施していますが、あなたの利用状況をお答えください。  
(あてはまるもの一つに○)

- 1 利用している
- 2 利用していない

問46 問45で「2 利用していない」と答えられた方にお聞きします。あなたが現在、「避難行動要支援者きずなプラン」を利用していない理由をお答えください。(あてはまるもの全てに○)

- 1 家族と同居しているので利用する必要がないため
- 2 施設や病院に入所・入院中のため
- 3 個人情報をおしえたくないため
- 4 利用することで周りの人に負担をかけたくないため
- 5 制度があることを知らなかったため
- 6 その他

問47 水害や地震等の災害時において困ることをお答えください。(あてはまるもの全てに○)

- 1 投薬や治療が受けられない
- 2 補装具の使用が困難になる
- 3 補装具や日常生活用具の入手ができなくなる
- 4 救助を求めることができない
- 5 安全な所まで迅速に避難することができない
- 6 被害状況、避難場所などの情報が入手できない
- 7 周囲とコミュニケーションがとれない
- 8 避難場所の設備(トイレ等)や生活環境が不安
- 9 その他
- 10 特にない

## 10 障がいのある方の権利擁護について

問48 この1年間で障がいが理由で差別を感じたことがあったかをお答えください。(あてはまるもの全てに○)

- 1 あった
- 2 なかった

※差別には、その人の障がいの特性に必要な配慮を行わないことも含みます。

問49 問48で「1 あった」を選んだ方にお聞きします。どのような場所で差別を感じたかをお答えください。(あてはまるもの全てに○)

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1 家庭      | 6 医療機関     |
| 2 近隣・地域   | 7 交通機関     |
| 3 学校・教育の場 | 8 店など      |
| 4 仕事場     | 9 福祉サービスの場 |
| 5 行政機関    | 10 その他     |



問50 問48で「1 あった」を選んだ方にお聞きします。差別について誰かに相談したかをお答えください。(あてはまるもの全てに○)

- |           |                  |
|-----------|------------------|
| 1 家族・親族   | 8 福祉施設の職員        |
| 2 友人・知人   | 9 当事者団体          |
| 3 行政機関    | 10 医療機関          |
| 4 相談支援事業所 | 11 支援センターなどの相談窓口 |
| 5 学校・教育の場 | 12 その他           |
| 6 職場の関係者  | 13 相談していない       |
| 7 近隣・地域   |                  |

問51 平成28年4月1日に「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」が施行されましたが、施行前と比べて差別を感じるものが減ったかをお答えください。

- 1 減った
- 2 増えた
- 3 変わらない

平成24年10月1日に「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」が施行されました。

問52 この法律では①養護者(両親などの保護者)②障害者福祉施設従事者(施設の職員や世話人など)など③使用者(就労先の社長や上司など)による次の1～5を「虐待」としています。あなたの知っているものをお答えください。(あてはまるもの全てに○)

- 1 身体的虐待  
たたかれる、無理やり食べ物や口に入れられる、椅子に縛り付けられる、閉じ込められるなど

- 2 性的虐待  
無理やり裸にされる、胸やお尻を触られるなど
- 3 心理的虐待  
「ばか」などと怒鳴られる、悪口を言われる、無視されるなど
- 4 放棄・放任  
食事を食べさせてもらえない、入浴をさせてもらえない、病気や怪我をしても病院に連れて行ってもらえないなど
- 5 経済的虐待  
生活に必要なお金を渡してもらえない、預けてあるお金が勝手に使われるなど

問53 この法律では、家庭や施設・職場で障がい者が虐待を受けたり、虐待をされている疑いがあったら「障害者虐待防止センター（寒川町福祉課）に通報することが義務付けられています。このことを知っているかをお答えください。（あてはまるもの一つに○）

- 1 知っている
- 2 知らない

障害者虐待防止センター（寒川町福祉課）0467-74-1111（内線143～145）  
※通報者は特定されないよう配慮されます。

問54 あなたは成年後見制度について知っているかをお答えください。（いずれかに○）

※ 成年後見制度とは、財産管理や契約行為時に判断能力が十分ではない方を保護し、支援する制度です。

- 1 知っている
- 2 知らない

問55 あなたは将来成年後見制度を活用したいと思うかをお答えください。(あてはまるもの一つに○)

- 1 活用したい
- 2 どちらかと言えば活用したい
- 3 どちらかと言えば活用したくない
- 4 活用したくない
- 5 すでに活用している

## 11 将来の暮らしについて

問56 あなたは、将来どのような暮らし方をしたいかをお答えください。(あてはまるもの一つに○)

- 1 自宅で家族と暮らしたい
- 2 一人で自立して暮らしたい
- 3 グループホームなどで仲間と暮らしたい
- 4 施設に入所して暮らしたい
- 5 その他

問57 地域で自立した生活をするために、どのような条件などが整う必要があると思うかをお答えください。(あてはまるもの3つまで○)

- |                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| 1 働く場                 | 7 身近な相談相手            |
| 2 住居の保障               | 8 自宅以外で、いつでも利用できる場   |
| 3 生活費の保障              | 9 どのような条件が整っても難しいと思う |
| 4 地域住民の理解             | 10 その他               |
| 5 支援をしてくれる家族          | 11 わからない             |
| 6 家族以外の支援者(ホームヘルパーなど) |                      |

問58 今後、障がい福祉施策を充実させるために、どのようなことに力を入れていく必要があるかをお答えください。（あてはまるもの3つまで○）

- 1 保健・医療サービスの充実
- 2 在宅福祉サービスの充実
- 3 保育・療育・教育サービスの充実
- 4 働く場・機会の充実
- 5 障がい者向け住宅などの住まいの整備
- 6 相談・情報提供体制の充実
- 7 生涯スポーツ活動・生涯学習の充実
- 8 町民の意識啓発（福祉に対する理解を深める）
- 9 地域活動に参加しやすくするための支援
- 10 段差の解消やエレベーターの設置など、バリアのない町づくり
- 11 移動手段・交通の整備
- 12 経済的な援助の充実
- 13 権利擁護・財産管理の援助
- 14 入所施設の充実
- 15 ボランティアなどの育成・活動の支援・充実
- 16 災害時の準備
- 17 その他

問59 障がい者福祉計画の見直しにあたって、ご意見、ご要望などございましたら、回答用紙にご自由にお書きください。今回のアンケートに関するご意見、ご要望でも構いません。

アンケートはこれで終わりです。ご協力ありがとうございました。  
恐れ入りますが、ご記入いただいた回答票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、  
3月9日（月曜日）までに、ポストへ投函してください。

| 回答票                  |                                  | この調査にご回答いただく方はどなたですか。 |   | 1                             | 2 | 3 |  |
|----------------------|----------------------------------|-----------------------|---|-------------------------------|---|---|--|
| <b>1 ご本人のことについて</b>  |                                  |                       |   | <b>5 就労状況・収入について</b>          |   |   |  |
| 問1                   | 1 2 3                            | 問19                   | 1 2 3 4 5 6 7 8                                 |                               |   |   |  |
| 問2                   | 歳                                | 問20                   | 1 2 3 4   |                               |   |   |  |
| 問3                   | 1 2 3 4 5 6                      | 問21                   | 1 2 3 4 5                                       |                               |   |   |  |
| 問4                   | 1 2 3 4 5 6 7 8                  | 問22                   | 1 2 3 4 5 6 7                                   |                               |   |   |  |
|                      | 9 10 11<br>その他の場合、ご記入ください        | 問23                   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9<br>10 11 12 13 14 15 16 17 18 |                               |   |   |  |
| 問5                   | 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1<br>         | 問24                   | 1 2 3 4 5 6 7 8                                 |                               |   |   |  |
| <b>2 障がいの状況について</b>  |                                  |                       |   | <b>6 外出や地域活動について</b>          |   |   |  |
| 問6                   | 身体障害者手帳<br>1級 2級 3級<br>4級 5級 6級  | 問26                   | 1 2 3 4 5 6 7 8                                 |                               |   |   |  |
|                      | 療育手帳<br>A1 A2 B1 B2              | 問27                   | 1 2 3 4 5 6                                     |                               |   |   |  |
|                      | 精神障害者保健福祉手帳<br>1級 2級 3級          | 問28                   | 1 2 3 4 5                                       |                               |   |   |  |
| 問7                   | 1 2 3 4 5 6 7 8<br>9 10 11 12 13 | 問29                   | 1 2 3 4 5 6 7 8                                 |                               |   |   |  |
| 問8                   | 1 2 3                            | 問30                   | 1 2 3 4 5 6 7 8<br>9 10 11 12 13 14 15          |                               |   |   |  |
| 問9                   | 1 2 3 4 5 6 7 8                  | 問31                   | 1 2 3 4 5 6 7                                   |                               |   |   |  |
| <b>3 健康や医療について</b>   |                                  |                       |   | <b>7 相談・情報などについて</b>          |   |   |  |
| 問10                  | 1 2 3 4                          | 問32                   | 1 2 3 4 5 6 7 8                                 |                               |   |   |  |
| 問11                  | 1 2 3 4                          | 問33                   | 1 2 3 4 5 6 7                                   |                               |   |   |  |
| 問12                  | 1 2                              |                       |   |                               |   |   |  |
| 問13                  | 1 2 3 4 5 6                      |                       |   |                               |   |   |  |
| <b>4 日常生活の状況について</b> |                                  |                       |   | <b>8 福祉サービスなどの利用状況・意向について</b> |   |   |  |
| 問14                  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9                | 問34                   | 1 2 3 4 5 6 7 8<br>9 10 11 12                   |                               |   |   |  |
| 問15                  | 1 2 3 4 5 6 7 8                  | 問35                   | 1 2   |                               |   |   |  |
|                      | 9 10 11 12                       | 問36                   | 1 2 3 4 5 6 7 8<br>9 10 11 12 13 14 15 16 17    |                               |   |   |  |
| 問16                  | 【年齢】 1 2 3 4 5 6 7               |                       |   |                               |   |   |  |
|                      | 【性別】 1 2                         |                       |   |                               |   |   |  |
|                      | 【健康状態】 1 2 3 4                   |                       |   |                               |   |   |  |
| 問17                  | 1 2 3 4 5 6 7 8                  |                       |   |                               |   |   |  |
|                      | 9 10 11 12 13 14                 |                       |   |                               |   |   |  |
| 問18                  | 1 2 3 4 5 6 7 8                  |                       |   |                               |   |   |  |
|                      | 9 10                             |                       |   |                               |   |   |  |

| <b>10 障がいのある方の権利擁護について</b> |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| 問48                        | 1 2                     |
| 問49                        | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10    |
| 問50                        | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10    |
|                            | 11 12 13                |
| 問51                        | 1 2 3                   |
| 問52                        | 1 2 3 4 5               |
| 問53                        | 1 2                     |
| 問54                        | 1 2                     |
| 問55                        | 1 2 3 4 5               |
| <b>11 将来の暮らしについて</b>       |                         |
| 問56                        | 1 2 3 4 5               |
| 問57                        | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 問58                        | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10    |
|                            | 11 12 13 14 15 16 17    |
| 問59                        | 裏面にご記入ください              |

問42について、ご本人の障がい福祉サービスに関してご回答ください。「現在の利用量」と「今後の利用の意向または希望量」について、あてはまる数字に○をしてください。

問59について、障がい者福祉計画の見直しにあたって、ご意見、ご要望などございましたら、回答用紙にご自由にお書きください。今回のアンケートに関するご意見、ご要望でも構いません。

| サービス名          | 1 現在の利用量      | 2 今後の利用の意向または希望量 |
|----------------|---------------|------------------|
| ア.居宅介護         | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 8  |
| イ.重度訪問介護       | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 8  |
| ウ.重度障害者等包括支援   | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 8  |
| エ.訪問入浴サービス     | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 8  |
| オ.行動援護         | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 8  |
| カ.同行援護         | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 8  |
| キ.移動支援         | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 8  |
| ク.生活介護         | 1 2 3 4 5 6   | 1 2 3 4 5 6 7    |
| ケ.自立訓練         | 1 2 3 4 5 6   | 1 2 3 4 5 6 7    |
| コ.就労移行支援       | 1 2 3 4 5 6   | 1 2 3 4 5 6 7    |
| カ.就労継続支援 A型・B型 | 1 2 3 4 5 6   | 1 2 3 4 5 6 7    |
| シ.日中一時支援       | 1 2 3 4 5 6   | 1 2 3 4 5 6 7    |
| ス.就労定着支援       | 1 2           | 1 2 3            |
| セ.療養介護         | 1 2           | 1 2 3            |
| ソ.施設入所支援       | 1 2           | 1 2 3            |
| タ.共同生活援助       | 1 2           | 1 2 3            |
| チ.自立生活援助       | 1 2           | 1 2 3            |
| ツ.短期入所         | 1 2 3 4 5 6   | 1 2 3 4 5 6 7    |
| テ.計画相談支援       | 1 2           | 1 2 3            |
| ト.コミュニケーション支援  | 1 2           | 1 2 3            |
| ナ.日常生活用具の給付    | 1 2           | 1 2 3            |
| ニ.補装具の給付       | 1 2           | 1 2 3            |
| ヌ.児童発達支援       | 1 2 3 4 5 6   | 1 2 3 4 5 6 7    |
| ネ.医療型児童発達支援    | 1 2 3 4 5 6   | 1 2 3 4 5 6 7    |
| ノ.居宅訪問型児童発達支援  | 1 2 3 4 5 6   | 1 2 3 4 5 6 7    |
| ハ.放課後等デイサービス   | 1 2 3 4 5 6   | 1 2 3 4 5 6 7    |
| ヒ.保育所等訪問支援     | 1 2 3 4 5 6   | 1 2 3 4 5 6 7    |
| フ.障がい児相談支援     | 1 2           | 1 2 3            |

アンケートはこれで終わりです。ご協力ありがとうございました。  
この回答票は同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、3月9日（月曜日）までに、ポストへ投函してください。