

当日資料5-5

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
1 ご本人のことについて				5 就労状況・収入について		
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			
	9 10 11 その他の場合、ご記入ください	問23	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17			
問5	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	問24	1 2 3 4 5 6 7			
2 障がいの状況について				6 外出や地域活動について		
問6	身体障害者手帳 1級 2級 3級 4級 5級 6級	問26	1 2 3 4 5 6 7 8			
	療育手帳 A1 A2 B1 B2	問27	1 2 3 4 5 6			
	精神障害者保健福祉手帳 1級 2級 3級	問28	1 2 3 4 5			
		問29	1 2 3 4 5 6 7 8			
問7	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	問30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			
問8	1 2 3	問31	1 2 3 4 5 6 7			
問9	1 2 3 4 5 6 7 8	問32	1 2 3 4 5 6 7			
3 健康や医療について				7 相談・情報などについて		
問10	1 2 3 4	問33	1 2 3 4 5 6 7			
問11	1 2 3 4	問34	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12			
問12	1 2	問35	1 2			
問13	1 2 3 4 5 6	問36	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16			
4 日常生活の状況について				8 福祉サービスなどの利用状況・意向について		
問14	1 2 3 4 5 6 7 8 9	問37	1 2 3 4			
問15	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	問38	1 2 3 4 5 6 7			
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	問39	1 2 3 4 5 6 7			
問16	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	問40	1 2 3 4 5 6 7 8 9			
	男性 女性 1 2 3 4	問41	裏面にご記入ください			
問17	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	問42	1 2 3 4			
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	9 災害時について				
問18	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	問43	1 2			
		問44	1 2			
		問45	1 2			
		問46	1 2 3 4 5 6			
		問47	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			

10 障がいのある方の権利擁護について	
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
問53	1 2
問54	1 2
問55	1 2 3 4 5
11 将来の暮らしについて	
問56	1 2 3 4
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41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。

サービス名	1 現在利用している利用量	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
ク.就労継続支援 A型・B型	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
ソ.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
シ.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
タ.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
ス.児童発達支援	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
セ.医療型 児童発達支援	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
シ.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
ニ.障がい児相談支援	1 2	1 2 3

問41

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

問59

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。