

# 白井市障害福祉計画改定のためのアンケート調査

## ..... アンケート調査ご協力をお願い .....

市民の皆様には、日頃から市政運営にご理解、ご協力をいただき、誠にありがとうございます。  
ございます。

本市では、平成27年3月に『第4期障害福祉計画』を策定し、さまざまな事業を展開してききましたが、平成29年度いっぱい計画期間の満了を迎えることとなります。

今回、計画の改定に向け、これまでの取り組み状況を点検するとともに、市民の皆様の生活の様子やご意見をあらためて伺いし、より実態に即した内容の新計画としていくため、アンケート調査を実施させていただくことになりました。

この調査票は、各障害者手帳の所持者および指定難病医療受給対象者の方にお送りしています。一人でも多くの皆様からご回答をいただき、可能な限り計画に反映させたいと考えています。調査は無記名で行い、調査結果はすべて統計的な数値として取りまとめますので、どうぞありのままの状況やご意見をお聞かせください。ご多忙の折大変恐縮ですが、調査の趣旨をおくみとりいただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

平成29年1月

白井市長 伊澤 史夫

### ご記入に当たってのお願い

- 1 質問の中で「あなた」とは、このアンケート票が送られた宛名の方(ご本人)をさしています。お答えいただく方はご本人ですが、ご本人がお答えになるのが難しい場合には、ご家族の方や介助・支援者の方などがご本人に代わってお答えいただいてもかまいません。  
なお、回答用紙への記入が難しい場合などは、下記のお問い合わせ先までご相談ください。
- 2 住所、氏名を記入する必要はありません。
- 3 質問によっては回答する方を限定しているものもありますので、質問の順にお答えください。
- 4 ご記入はボールペン、万年筆、鉛筆などで、黒または青色でお書きください。
- 5 お答えは、あなたのお考えに最も近いと思われる回答を、質問文最後の( )内に示された数の範囲で選び、その番号を○で囲んでください。
- 6 「その他( )」に○をつけたときは、( )内に具体的な内容をご記入ください。

ご記入いただきましたアンケート用紙は、同封の返信用封筒に入れて、  
1月〇日(△)までに 郵便ポストに投函してください。(切手は不要です)

この調査に関してのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

白井市役所 健康福祉部 社会福祉課

TEL. 047-497-3483 / FAX. 047-492-3033

E-mail: syakai-fukushi@city.shiroi.chiba.jp

問1 このアンケートにご記入いただく方はどなたですか。(1つに○)

- |                       |
|-----------------------|
| 1. 本人                 |
| 2. 家族や介助者が本人に聞いて代筆    |
| 3. 施設職員等が本人に聞いて代筆     |
| 4. 家族や介助者が本人の意向を考えて記入 |
| 5. その他 ( )            |

…………… あなたご自身についてうかがいます ……………

問2 あなたは何歳ですか。(あなたとは、障がいのある方ご自身のことをいいます)

平成29年1月1日現在で満  歳

問3 あなたの性別はどちらですか。(1つに○)

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

問4 あなたの住んでいる地区(小学校区)はどちらですか。(1つに○)

- |            |            |
|------------|------------|
| 1. 第一小学校区  | 6. 南山小学校区  |
| 2. 第二小学校区  | 7. 七次台小学校区 |
| 3. 第三小学校区  | 8. 池の上小学校区 |
| 4. 大山口小学校区 | 9. 桜台小学校区  |
| 5. 清水口小学校区 |            |

問5 あなたの身体障害者手帳の等級は次のどれですか。(手帳を見て1つに○)

- |        |        |
|--------|--------|
| 1. 1 級 | 4. 4 級 |
| 2. 2 級 | 5. 5 級 |
| 3. 3 級 | 6. 6 級 |

問6 あなたの身体障がいの種類は次のどれですか。あてはまるものすべてに○をつけ、2つ以上あるときは、その中で、生活上最も不便を感じる障がいに◎をつけてください。

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. 視覚障がい           | 6. 呼吸器機能障がい        |
| 2. 聴覚・平衡機能障がい      | 7. じん臓機能障がい        |
| 3. 音声・言語、そしゃく機能障がい | 8. 肝臓機能障がい         |
| 4. 肢体不自由           | 9. ぼうこう・直腸・小腸機能障がい |
| 5. 心臓機能障がい         | 10. 免疫機能障がい        |

問7 あなたの身体障がいは何歳頃に発生しましたか。(1つに○)

1. 出生前または出生時      2.  歳頃      3. わからない

問8 あなたは、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。(1つに○)

1. 療育手帳を持っている  
2. 精神障害者保健福祉手帳を持っている  
3. 療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の両方を持っている  
4. どちらも持っていない

問9 あなたは、下記の選択肢のいずれかに当てはまりますか。

\*なお、この質問において「難病（特定疾患）認定を受けている」というのは、  
「千葉県から特定疾患医療に関する受給者証の交付を受けている方」のことを  
言うこととします。 (あてはまるものすべてに○)

1. 介護保険の認定を受けている      3. 発達障がいがある  
2. 難病（特定疾患）認定を受けている      4. 高次脳機能障がいがある

※発達障がい：自閉症、アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障がい、学習障がい、注意欠陥多動性障がい、その他これに類する脳機能の障がいであって、その症状が通常低年齢において発現するもの。

※高次脳機能障がい：交通事故や脳血管疾患などによる脳損傷を原因とする、記憶・注意・思考・言語などの機能障がい。外見上は障がいが目立たないため、周囲の人に理解されにくかったり、本人自身が障がいを十分に認識できないこともある。

問9-1 (問9で2をお選びの方へ)病名は何ですか。(病名を直接ご記入ください)

…………… あなたの生活についてうかがいます ……………

問10 あなたの現在のお住まい(生活の場)はどこですか。1月1日現在病院に入院中で、入院期間が6か月未満の方は、入院する前のお住まいについてお答えください。

(1つに○)

1. 戸建て住宅(持ち家)      5. グループホーム等  
2. 戸建て住宅(賃貸)      6. 福祉施設  
3. 集合住宅(持ち家)      7. 病院に長期入院中(6か月以上)  
4. 集合住宅(賃貸)      8. その他(                      )

問11 現在、どなたと一緒に暮らしていますか。(あてはまるものすべてに○)

1. ひとり暮らし	6. 母	11. その他の親族
2. 配偶者(妻・夫)	7. 祖父母	12. 友人など家族以外の人
3. 子ども	8. 兄弟・姉妹	13. 寮や施設の職員・仲間
4. 子どもの配偶者	9. 孫	14. その他(
5. 父	10. おい・めい	)

問12 あなたは、平日の昼間は、おもにどこで(何をして)過ごしていますか。(1つに○)

1. 幼稚園や保育園に通っている
2. 「こども発達センター」など保育園・幼稚園以外の通園施設に通っている
3. 特別支援学校(盲・聾・養護学校)に通っている
4. 小学校・中学校に通っている
5. 職業訓練校に通っている
6. 高校・大学や専門学校に通っている
7. 会社などで働いている(自営も)
8. 入所施設で過ごしている
9. 通所施設や作業所などへ通っている
10. 自宅で過ごしている
11. その他( )

問13 あなたの世帯のおおよその年収額をお聞きします。税金等を差し引いた額でお答えください。(○はひとつ)

1. 収入はない	5. 250万円以上～500万円未満
2. 100万円未満	6. 500万円以上～1,000万円未満
3. 100万円以上～150万円未満	7. 1,000万円以上
4. 150万円以上～250万円未満	

…………… 福祉サービスについてうかがいます ……………

問14 障害者総合支援法(および、児童福祉法)に基づく、主な福祉サービスは以下の通りです。あなたは、現在これらのサービスを受けていますか。また、サービスを利用している方は、サービスの内容に満足していますか。それぞれ一つずつ選び、あてはまる番号に○をつけてください。(※現在受けているサービスは、受給者証をご確認ください。)

(それぞれ1つに○)

①訪問系サービス

ホームヘルパーが自宅等を訪問するなどして、提供されるサービスです。

番号	サービス名	サービス事業者が行う内容	利用状況			満足度				
			利用している	利用したことがある、 ことはない	知っているが利用した よくわからない	満足	やや満足	ふつう	やや不満	不満
1	居宅介護 (ホームヘルプ)	自宅で入浴、排せつ、食事の介護等を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
2	重度訪問介護	常に介護を必要とする人に、総合的な介護を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
3	同行援護	重度視覚障がい者(児)の外出時に同行し、移動に必要な情報の提供や援護を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
4	行動援護	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険回避の援護や外出支援を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
5	重度障害者等 包括支援	介護の必要性がきわめて高い人に、居宅介護等の複数のサービスを包括的に行います。	1	2	3	1	2	3	4	5

## ②日中活動系サービス

施設等で昼間に提供されるサービスです。

番号	サービス名	サービス事業者が行う内容	利用状況			満足度				
			利用している	利用したことがある、 利用していない	知っているが利用した ことは無い	満足	やや満足	ふつう	やや不満	不満
6	生活介護	常に介護を必要とする人に、施設などで介護や活動機会を提供します。	1	2	3	1	2	3	4	5
7	自立訓練 (機能訓練・生活訓練)	自立した生活が送れるよう、一定期間、身体機能や生活能力向上のための訓練を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
8	就労移行支援	一般企業等で就労を希望する人に、一定期間、就労のための訓練を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
9	就労継続支援 (A型・B型)	一般企業等での就労が困難な人に、就労の場の提供と、必要な訓練を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
10	療養介護	医療と常時介護を必要とする人に、病院などで機能訓練や看護・介護を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
11	短期入所 (ショートステイ)	自宅で介護する人が介護できないとき、短期間、施設で介護を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5

## ③居住系サービス

グループホーム、ケアホーム、施設で夜間に提供されるサービスです。

番号	サービス名	サービス事業者が行う内容	利用状況			満足度				
			利用している	利用したことがある、 利用していない	知っているが利用した ことは無い	満足	やや満足	ふつう	やや不満	不満
12	共同生活援助 (グループホーム)	共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
13	施設入所支援	施設に入所している人に、夜間や休日、介護等を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5

## ④相談支援

福祉サービス利用計画の作成や、地域生活を支援するためのサービスです。

番号	サービス名	サービス事業者が行う内容	利用状況			満足度				
			利用している	利用したことがある、 利用していない	知っているが利用した ことは無い	満足	やや満足	ふつう	やや不満	不満
14	計画相談支援	障がい福祉サービス等を利用する人のサービス利用計画を作成し、支援を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
15	地域移行支援	施設等に入所・入院している方に、住居の確保や地域生活へ移行するための相談や支援を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
16	地域定着支援	自宅において単身等で生活している方に、常時の連絡体制を確保し、緊急時の対応を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5

## ⑤地域生活支援事業

その他、地域生活を支援するためのサービスです。

番号	サービス名	サービス事業者が行う内容	利用状況			満足度				
			利用している	利用したことがある、 ことはない	知っているが利用した よくわからない	満足	やや満足	ふつう	やや不満	不満
17	相談支援事業	障がいのある人やその介助・支援者などからの相談に応じます。	1	2	3	1	2	3	4	5
18	成年後見利用支援事業	「成年後見制度」による支援を必要とする人に、制度の利用を支援します。	1	2	3	1	2	3	4	5
19	意思疎通支援	手話通訳者等の派遣等を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
20	日常生活用具給付等事業	日常生活における福祉用具を給付します。	1	2	3	1	2	3	4	5
21	移動支援事業	屋外での移動が困難な人に、外出のための支援を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
22	地域活動支援センター事業	地域活動支援センターで、日中活動の支援を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
23	日中一時支援事業	家族の就労支援及び一時的な休息のため、障がいのある人などの日中の活動の場を提供します。	1	2	3	1	2	3	4	5
24	生活サポート事業	必要に応じて、家事などの支援を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
25	訪問入浴サービス事業	自宅へ巡回入浴車を派遣し、入浴サービスを行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
26	自動車運転免許取得費補助事業	自動車運転免許取得に必要な費用の一部を助成します。	1	2	3	1	2	3	4	5
27	自動車改造費補助事業	自動車の改造に必要な費用の一部を助成します。	1	2	3	1	2	3	4	5



※18歳以上の方は、問15にお進みください。

【この設問は、18歳未満の方がお答えください。】

⑥障がい児支援

障がい児のみなさんに対するサービスです。

番号	サービス名	サービス事業者が行う内容	利用状況			満足度				
			利用している	利用したことがある、 ことはない	知っているが利用した よくわからない	満足	やや満足	ふつう	やや不満	不満
28	児童発達支援	就学前の児童に、日常生活における基本的な動作の指導、集団生活への適応訓練等を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
29	医療型児童発達支援	肢体不自由がある児童に、医療的管理のもと、理学療法などの機能訓練や、支援を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5
30	放課後等デイサービス	就学している障がい児に対し、放課後や休校日に生活能力向上のための訓練や、社会交流の機会を提供します。	1	2	3	1	2	3	4	5
31	保育所等訪問支援	保育所等を訪問して、障がいのある児童に、障がいのない児童との集団生活への適応のための支援を行います。	1	2	3	1	2	3	4	5

問15 以下の質問は、問14にあるサービスのうち、いずれかのサービスについて「1 利用したことがある、利用している」を選んだ方のみ、お答えください。

①「①訪問系サービス」のいずれかについて、「不満」または「やや不満」を選んだ方は、その主な理由を次から選んでください。(〇は1つ)

1. サービス技術が低い	4. 要望を聞いてもらえない
2. 提供事業者が少ない	5. 制約が多く使いづらい
3. 経済的負担が重い	6. その他 ( )

②「②日中活動系サービス」のいずれかについて、「不満」または「やや不満」を選んだ方は、その主な理由を次から選んでください。(〇は1つ)

1. サービス技術が低い	4. 要望を聞いてもらえない
2. 提供事業者が少ない	5. 制約が多く使いづらい
3. 経済的負担が重い	6. その他 ( )

③「③居住系サービス」のいずれかについて、「不満」または「やや不満」を選んだ方は、その主な理由を次から選んでください。

(〇は1つ)

1. サービス技術が低い	4. 要望を聞いてもらえない
2. 提供事業者が少ない	5. 制約が多く使いづらい
3. 経済的負担が重い	6. その他 ( )

④「④相談支援」のいずれかについて、「不満」または「やや不満」を選んだ方は、その主な理由を次から選んでください。(〇は1つ)

1. サービス技術が低い	4. 要望を聞いてもらえない
2. 提供事業者が少ない	5. 制約が多く使いづらい
3. 経済的負担が重い	6. その他 ( )

⑤「⑤地域生活支援事業」のいずれかについて、「不満」または「やや不満」を選んだ方は、その主な理由を次から選んでください。

(〇は1つ)

1. サービス技術が低い	4. 要望を聞いてもらえない
2. 提供事業者が少ない	5. 制約が多く使いづらい
3. 経済的負担が重い	6. その他 ( )

- ⑥ 「⑥障がい児支援」のいずれかについて、「不満」または「やや不満」を選んだ方は、その主な理由を次から選んでください。

(○は1つ)

1. サービス技術が低い	4. 要望を聞いてもらえない
2. 提供事業者が少ない	5. 制約が多く使いづらい
3. 経済的負担が重い	6. その他 ( )

- 問16 以下の質問は、問14にあるサービスのうち、いずれかのサービスについて「2 知っているが利用したことはない」を選んだ方のみ、お答えください。

- ① 「①訪問系サービス」を利用したことがない主な理由は何ですか。(○は1つ)

1. そのサービスを必要としていない	4. 経済的負担が重い
2. 資格要件が厳しい	5. 制約が多く使いづらい
3. 提供事業者がない、少ない	6. その他 ( )

- ② 「②日中活動系サービス」を利用したことがない主な理由は何ですか。(○は1つ)

1. そのサービスを必要としていない	4. 経済的負担が重い
2. 資格要件が厳しい	5. 制約が多く使いづらい
3. 提供事業者がない、少ない	6. その他 ( )

- ③ 「③居住系サービス」を利用したことがない主な理由は何ですか。(○は1つ)

1. そのサービスを必要としていない	4. 経済的負担が重い
2. 資格要件が厳しい	5. 制約が多く使いづらい
3. 提供事業者がない、少ない	6. その他 ( )

- ④ 「④相談支援」を利用したことがない主な理由は何ですか。(○は1つ)

1. そのサービスを必要としていない	4. 経済的負担が重い
2. 資格要件が厳しい	5. 制約が多く使いづらい
3. 提供事業者がない、少ない	6. その他 ( )

- ⑤ 「⑤地域生活支援事業」を利用したことがない主な理由は何ですか。(○は1つ)

1. そのサービスを必要としていない	4. 経済的負担が重い
2. 資格要件が厳しい	5. 制約が多く使いづらい
3. 提供事業者がない、少ない	6. その他 ( )

## ⑥「⑥障がい児支援」を利用したことがない主な理由は何ですか。(○は1つ)

- |                    |               |
|--------------------|---------------|
| 1. そのサービスを必要としていない | 4. 経済的負担が重い   |
| 2. 資格要件が厳しい        | 5. 制約が多く使いづらい |
| 3. 提供事業者がない、少ない    | 6. その他 ( )    |

問17 今後3年間で、あなたが新たに、または引き続き利用したい福祉サービスはありますか。ある方は、そのサービスの番号をお書きください。なお、サービスの番号は、問14の番号(1~31)からお選びください。(あてはまるものすべての番号を記入)

--

問18 福祉サービス全般について、あなたが困っていることや心配なことはありますか。(あてはまるものすべてに○)

- |                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| 1. 制度のしくみがわからない             | 6. 利用できるサービス量が少ない       |
| 2. 専門用語がわからない               | 7. 利用したいサービスの種類がない      |
| 3. どのサービス提供事業者を選んだらよいかわからない | 8. サービス利用などについて相談相手がいない |
| 4. サービス利用の手続がめんどう           | 9. その他( )               |
| 5. サービス提供事業者との契約が難しい        | 10. 特にない                |

..... ご意見をお寄せください .....

市の障がい福祉施策について、自由にあなたのご意見、ご要望等をお聞かせください。


ご協力ありがとうございました。返信用封筒に入れ、  
1月△日(○)までに郵便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。)