白井市 福祉に関するアンケート調査（案）

・・・・・・・・・アンケート調査ご協力のお願い・・・・・・・・・・・・

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。

本市では､『白井市障害者計画』や『障害福祉計画・障害児福祉計画』を策定し、さまざまな施策や事業を展開してまいりました。

このたび、現行の『第6期障害福祉計画・第2期障害児福祉計画』が令和5年度末で計画期間満了を迎えることとなります。

今回、計画の改定を行うにあたり、これまでの取り組み状況を点検し、市民の皆様の生活の様子やご意見をあらためてお聞きし、より実態に即した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いただき、可能な限り計画に反映させたいと思います。

調査は、無記名で行い、調査結果は全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、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

 令和＊年＊月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　白井市長　　笠井　喜久雄

記入にあたってのお願い

|  |
| --- |
| 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)を指しています。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。代わってお答えいただくことも難しい場合などは、下記のお問い合わせ先までご相談下さい。２　住所、氏名を記入する必要はありません。３　お答えは、あなたのお考えに最も近いと思われる回答の番号を、質問文の最後の（　）内に示された数の範囲で選び、○で囲んでください。また、質問によっては四角の中に数字を記入していただくものもあります。４　「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。５　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、矢印やことわり書きに注意してください。 |

・記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒に入れ、**＊月＊＊日（金）まで**に郵便ポストに投函してください(切手は不要です)。

・調査についてのご質問、ご不明な点についてのお問い合わせは、下記までお願いします。

白井市役所 福祉部 障害福祉課　TEL． 047（497）3483/FAX．047（492）3033

E-mail：syougaifukushi@city.shiroi.chiba.jp

問　このアンケートを記入していただく方はどなたですか。（１つに○）

|  |
| --- |
|  １．本人（この調査票が郵送された宛名の方） ２．家族や介助者が本人に聞いて代筆 ３．家族や介助者が本人の意向を考えて記入 ４．その他（ ） |

**◎はじめに、あなたご自身についておうかがいします。（あなたとは、障がいのある方ご自身のことをいいます）**

問　あなたの性別と年齢をお答えください。（令和＊年＊月１日現在）

（１）性別　　１．男 性 ２．女 性 ３．無回答 （２）年齢　　満　　　　歳

問　あなたがお持ちの精神障害者保健福祉手帳の等級をおたずねします。（１つに○）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １． １級 | ２． ２級 | ３． ３級 |

問４　あなたの障がいの種類についておたずねします。（あてはまるもの全てに〇）

|  |  |
| --- | --- |
| １． 統合失調症 ２． うつ病・そううつ病（双極性障害） ３． てんかん ４． 発達障害〈自閉症・アスペルガー症候群を含む広汎性発達障害（自閉スペクトラム症ASD）、学習障害（LD）、注意欠如・多動症（ADHD）等〉 ５． 高次脳機能障害 ６． パニック障害・不安障害７． 強迫性障害 |  ８．依存症（アルコール、ギャンブル、薬物等） ９．摂食障害10．パーソナリティ障害11．PTSD（心的外傷後ストレス障害）12．認知症13．性同一性障害14．非器質性睡眠障害15．その他（ ）16．わからない |

問５　一部の障害福祉サービスを利用するためには、障害支援区分が必要となります。あなたの障害支援区分は次のどれですか。（青色の受給者証を見て１つに○）

※受給者証は、障害福祉サービスを利用している方に交付しています。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  １．区分１２．区分２３．区分３ | ４．区分４５．区分５６．区分６ | ７．認定を取っていない８．障害福祉サービスを利用していない９．わからない |

問６　あなたは、「自立支援医療精神通院制度」を利用していますか。（１つに○）

|  |  |
| --- | --- |
| １．利用している ２．制度は知っているが利用していない |  ３．制度のことを知らなかった ４．わからない |

問７　あなたは身体障害者手帳をお持ちですか。（１つに○）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １． １級 ２． ２級 | ３． ３級４． ４級 | ５． ５級６． ６級 | 7．持っていない ８．わからない  |

 （問７－1）　　　　　　　　　　　　　　　　（問８へ）

問７－１　あなたの障がいの種類、部位について、おたずねします。

（あてはまるもの全てに〇）

|  |  |
| --- | --- |
| １．視覚障害 ２．聴覚障害・平衡機能障害 ３．音声・言語・そしゃく機能障害 ４．肢体不自由（上肢）５．肢体不自由（下肢） |  ６．肢体不自由（体幹）７．内部障害（１～６以外）８．その他（ ）　９．わからない |

問８　あなたは療育手帳をお持ちですか。（１つに○）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １．２．Aの1  | ３．Ａの2 ４．Bの１ | ５．Ｂの2 ６．持っていない | ７．わからない |

問９　あなたは、介護保険の要支援・要介護認定を受けていますか。（１つに○）

※介護保険の被保険者証に記載されています。被保険者証は緑色で、６５歳以上または要支援・要介護認定を受けている40歳～６４歳の方に交付されています。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．要支援１・２ ２．要介護１・２ | ３．要介護３～５４．受けていない | ５．わからない  |

（問９－1へ）　　　　　　　　　　　　　（3ページ　問10.へ）

問９－１　介護保険サービスを利用していますか。（１つに○）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 利用している
 | 1. 利用していない
 | 1. わからない
 |

（問９－２へ）　　　　　　　　　　　　　（3ページ　問10へ）

問９－２　利用している介護保険サービスは何ですか。（あてはまるもの全てに○）

|  |  |
| --- | --- |
| １．訪問介護（ホームヘルプ） ２．訪問入浴介護３．訪問リハビリテーション４．訪問看護５．居宅療養管理指導※６．通所介護（デイサービス）・通所リハビリテーション（デイケア） | ７．短期入所（ショートステイ） ８．特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・有料老人ホーム等の施設９．認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 10．その他（　　　　　　　　　　　）11．わからない |

　　　　※居宅療養管理指導･･･医師、歯科医師、薬剤師などが医学的な健康・薬剤管理などについて指導・助言するサービス

**住まいや暮らしについて**

問10　あなたは現在どのように暮らしていますか。（１つに○）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ひとりで暮らしている
2. 家族と暮らしている
3. グループホームで暮らしている
4. 福祉施設（障がい者や高齢者の施設） で暮らしている
5. その他（　　　　　　　　　　　　）
 | 1. 病院に６か月以上入院している
 |

（問11へ）　　　　　　　　　　　　　　　（問10－１へ）

問10－１　退院に向けた課題があれば教えてください。（あてはまるもの全てに〇）

|  |  |
| --- | --- |
| １．病状が安定しない２．退院後の生活に不安がある３．後の居住場所がない | ４．その他（　　　　　　　　　　　　　）５．課題は特にない６．わからない |

問11　あなたは今後3年以内に、どのような暮らしをしたいと思いますか。（１つに○）

|  |
| --- |
| １．今のままで良い２．親族だけに世話をしてもらって、家庭で生活したい３．親族の介助や、在宅福祉サービスを利用して、家庭で生活したい４．在宅福祉サービスを利用してひとりで暮らしたい５．同じ障がいのある人と、グループホームなどで暮らしたい６．常時介護をしてくれる人がいる入所施設で暮らしたい７．その他（ ）８．わからない |

問12　問11で希望する暮らしをするために、どのような支援があるとよいと思いますか。（あてはまるもの全てに○）

|  |  |
| --- | --- |
| １．家事の手助け２．身体の介助３．日中の通いの場４．通いやすい病院５．住む場所を一緒に探す手助け | ６．お金を管理してくれる人の存在７．日々の相談に乗ってくれる人の存在８．その他（ 　 ）９．必要な支援は特にない10．わからない |

問13　あなたは身の回りの介助を、どなたかにしてもらっていますか。（１つに○）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1．はい | 2．必要だが介助はしてもらっていない | ３．いいえ |

（問13－１へ）　　　　　　　　　　（4ページ　問14へ）

 　　問13－1　身の回りの介助をどなたにしてもらっていますか。（あてはまるもの全てに○）

　　　　※ここでいう介助は、身体的な補助の他、声掛け等も含みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 1．配偶者（夫または妻）2．親（父または母）３．子ども4．子どもの配偶者5．兄弟姉妹6．その他の家族・親族 | 7．ホームヘルパーや施設の職員8．友人・知人・仲間9．ボランティア10．その他（　　　　 　　　　）（問14へ） |

（問13－2へ）

問13－2　あなたの身の回りの介助をしている家族や親族（介助者）の年齢はおいくつですか。（あてはまるもの全てに〇）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．１５歳未満２．１５歳以上２３歳未満 | ３．２３歳以上６４歳未満４．６５歳以上７４歳未満 | ５．７５歳以上 |

問13－3　あなたの介助者について心配な点をお答えください。

（あてはまるもの全てに○）

|  |  |
| --- | --- |
| １．介助者が病気がちである ２．介助者に身体の衰えがある ３．介助者にも障がいがある４．介助者が、仕事や学校を休むほか、遅刻・早退する必要がある | ５．介助が理由で仕事や学校が続けられない６．その他（　　　　　　　　　　　　　）７．心配な点は特にない８．わからない |

問14　精神科や心療内科などの医療機関に初めて受診をするのに苦労したことはありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（あてはまるもの全てに○）

|  |
| --- |
| １．医療機関が遠くて受診が難しかった２．経済的に受診することができなかった３．気持ち面の抵抗が強かった４．受診に関して医療機関以外に相談することができなかった５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）６．苦労したことは特にない |

**外出について**

**◎外出についておうかがいします**

問15　あなたが外出する時の交通手段は何ですか。（あてはまるもの全てに○）

|  |  |
| --- | --- |
| １．徒歩２．自転車３．車いす・電動車いす４．自家用車（自分で運転）・オートバイ５．自家用車（乗せてもらう）６．一般タクシー７．介護タクシー（車いす用タクシー） |  ８．福祉有償運送９．電車10．路線バス・循環バス11．送迎バス12．その他（　　　　　　　　　）13．外出することがない |

問16　外出に関して困っていることは何ですか。（あてはまるもの全てに○）

|  |  |
| --- | --- |
| １．運転者の確保が難しい２．介助者の確保が難しい３．移動にかかる費用が高い４．心身の障がいや病状のため、電車・バスなどへの乗車が困難５．通勤・通学のための移動手段がなく家族が送迎している | 6．通勤・通学の際にバス停で見守りが必要だが、家族の仕事等の時間と合わない７．サービス事業所や通院先の病院に送迎がなく家族が送迎している8．その他（　　　　　　　　　　　　）9．困っていることは特にない10．わからない |

**新型コロナウイルスの影響について**

問17　令和2年以降の新型コロナウイルス感染症の流行に関連して、起きたことや困ったことはありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（あてはまるもの全てに○）

|  |  |
| --- | --- |
| １．不安を強く感じたり、いらいらした２．検査やワクチンを受けるのに苦労した３．新型コロナウイルス感染症の情報を得るのに苦労した４．日中を過ごす場所に困った（通所先が閉鎖された等）５．外出の頻度が少なくなった６．治療やリハビリが中止や延期になった７．福祉サービスの利用ができなかった／しづらくなった８．家族が、介護の負担が増える等により仕事や学校に行けなくなった | ９．家族・親戚・友人などに会う機会が減った10．家族とのいさかいが増えたり、居場所がないと感じたりすることが増えた11．他者がマスクしていると、顔や会話がわかりにくく苦労した12．経済的に苦しくなった13．病状や行動障がいが悪化した14．自粛のため相談や受診を取りやめた15．その他（　　　　　　　　　　　　）1６．困ったことなどは特にない17．わからない |

**保健福祉サービス・施設サービスについて**

問18　あなたは、現在、障害福祉サービスを利用していますか。今後3年間の利用予定をどのように考えていますか。あてはまるところに〇を記入してください。

　※障害福祉サービスを利用している場合、青色の受給者証がお手元にあります。利用しているサービスの名称については、受給券に記載されているサービスの種類を参考にしてください。

3年以内に現在利用しているサービスを増やしたい場合は〇

現在、利用しており、３年間は変更予定がない場合に〇

3年以内に現在利用しているサービスを減らす/やめる場合は〇

現在未利用だが、３年以内に利用したい場合は〇

【例】

現在未利用で、3年以内に利用する予定もない場合は〇

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **サービス名**

サービスの概要 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |

【記入用】各行のいずれかひとつに〇

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 今後３年以内の利用 |
| 現在利用 | 現在未利用 |
| 増やす予定 | 変更しない予定 | 減らす・やめる予定 | 新たに利用予定 | 今後も利用しない予定 |
| **Ａ　訪問による支援** | 1. **居宅介護**

ホームヘルパーが、自宅で入浴や排せつ、食事などの介助を行います。 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |
| 1. **重度訪問介護**

重い障がいがあり常に介護が必要な方に、自宅で入浴や排せつ、食事などの介助や外出時の移動の補助を行います。 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |
| 1. **同行援護**

視覚障がいにより移動が困難な方に、外出に必要な情報の提供や移動の援護などを行います。 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |
| 1. **行動援護**

知的障がいや精神障がいにより行動が困難で常に介護が必要な方に、行動するとき必要な介助や外出時の移動の補助などを行います。 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |
| 1. **移動支援事業**

屋外での移動が困難な障がいのある人について外出のための支援を行います。 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |
|  |  | 今後３年以内の利用 |
| 現在利用 | 現在未利用 |
| 増やす予定 | 変更しない予定 | 減らす・やめる予定 | 新たに利用予定 | 今後も利用しない予定 |
| **Ｂ　昼間の生活の支援** | 1. **短期入所（ショートステイ）**

介護者が病気などの場合に、短期間、夜間も含めた施設で、入浴、排せつ、食事などの介護を行います。 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |
| 1. **生活介護**

昼間、入浴や排せつ、食事の介護などのほか、創作的活動・生産活動の機会を提供します。 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |
| **⑧ 日中一時支援事業**日中家族がいないため、一時的に見守りなどの支援が必要になった場合に、事業所で支援を提供します。 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |
| **Ｃ　自立した生活のための訓練や支援** | 1. **自立生活援助**

ひとり暮らしに必要な理解力や生活力などを補うため、定期的な訪問や随時の対応により、必要な手助けをします。 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |
| 1. **自立訓練（機能・生活訓練）**

自立した日常・社会生活ができるよう、身体機能や生活能力向上のために必要な訓練を行います。 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |
| 1. **就労移行支援**

通常の事業所で働きたい方に、一定期間、就労に必要な知識や能力の向上のための訓練を行います。 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |
| 1. **就労継続支援Ａ・B型**

一般企業等での就労が困難な方に、就労する機会を提供するとともに、知識や能力の向上のための訓練を行います。 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |
| 1. **就労定着支援**

一般就労に移行した方に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行います。 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |
| **Ｄ　相談支援** | 1. **計画相談支援**

サービス等利用計画案の作成や、事業者などとの連絡を行うほか、利用状況の確認を行います。 |  | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |

問19　あなたは、現在、以下の事業を利用していますか。また、今後3年間の利用の予定はどのように変化しますか。あてはまるところに〇を記入してください。

※福祉の事業は、それぞれ対象者の要件がありますが、「新たに利用したい」については、対象要件を問わず、必要があると考えた場合には〇を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 今後３年以内の利用 |
| 現在利用 | 現在未利用 |
| 増やす予定 | 変更しない予定 | 減らす・やめる予定 | 新たに利用予定 | 今後も利用しない予定 |
| **障害福祉の事業** | 1. **地域活動支援センター**

社会参加促進のため、創作的活動、レクリエーションなどの機会を提供しています。 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |
| 1. **福祉タクシー事業**

重度心身障がい者が社会参加や通院などのためにタクシーを利用した場合乗車料金の一部を助成します。 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |
| 1. **福祉カー（ゆうあい号）貸出**

社会参加を目的として福祉車輌（車いす用リフト付きワゴン車）を貸し出します。 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |
| 1. **障害者施設等通所交通費助成**

市内外の障害福祉サービス事業所等に市内の居宅等から通所している人に、通所に要する交通費の一部を助成します。 | 現在利用/今後増やす予定 | 現在利用/変更しない予定 | 現在利用/今後減らす・やめる予定 | 現在未利用/新たに利用予定 | 現在未利用/今後も利用予定なし |

問20　問18・19のサービスについて、利用を希望しているものの、現在利用していないサービスはありますか。（１つに○）

|  |  |
| --- | --- |
| 1．ある | ２．ない |

（問20-1へ）　　　　　　　　　　　　　（9ページ　問21へ）

問20-1　利用を希望しているものの利用していない理由はなんですか。

（あてはまるもの全てに〇）

|  |  |
| --- | --- |
| １．利用の基準にあてはまらず利用できないため２，利用の手続きが分からず利用できないため３．サービス事業所・提供者がなく、利用できないため４．利用料金がかかるため  | ５．サービスがあることを知らなかったため６．その他（　　　　　　　　　　　　　　　）７．理由は特にない８．わからない |

以下は、全員におうかがいします。

問21　あなたは、次のサービスを今後3年以内に利用したいと考えますか。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 今後3年以内の予定（いずれか１つに〇） |
| 新たに利用予定 | 今後も利用予定なし |
| 1. **地域移行支援**

住まいの確保や、地域での生活に移行するための活動に関する相談、各福祉サービス事業所への同行を行います。 | 新たに利用予定 | 今後も利用予定なし |
| 1. **地域定着支援**

常に連絡体制をとり、障がいの特性による緊急事態における相談や、サービス事業所との連絡調整を行います。 | 新たに利用予定 | 今後も利用予定なし |

問22 その他、今後の白井市の障がい者福祉施策や精神障がいがあっても暮らしやすい地域づくりについて、ご意見・ご要望がありましたら、自由にご記入ください。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 以上で終わりです。調査にご協力いただき、ありがとうございました。

お手数ですが、同封の返信用封筒に入れ、

 **\*月＊＊日（＊）までに** ご返送ください。