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、障害児通所支援支給決定児を対象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　お答えいただく方は、身体障害者手帳・療育手帳・精神保健福祉手帳を所持、あるいは障害児通所支援のサービスをご利用している児童の保護者を想定しております。２　住所、氏名を記入する必要はありません。３　お答えは、回答者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（対象児童） ２．母  ３．父 ４．その他（ ） |

**◎はじめに、お子さんについておうかがいします。（お子さんとは、手帳を所持、あるいは障害児通所支援を利用している児童のことをいいます）**

問　お子さん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　お子さんは身体障害者手帳をお持ちですか。お持ちの場合、等級をおたずねします。

（１つに〇）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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3-2へ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　（問４へ）

 問3－2　お子さんの障がいの種類、部位について、おたずねします。

（あてはまるもの全てに○）

|  |  |
| --- | --- |
| 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８．その他（ ）９．わからない |

問　お子さん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　お子さんは精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。（１つに○）

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

問　お子さんは難病（特定疾患）の認定を受けていますか。（１つに○）

※　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」のこととします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．受けている | ２．受けていない | ３．わからない |

問　お子さんは発達障害として診断されたことがありますか。（１つに○）

※　「発達障害」とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害〈自閉症スペクトラム症（ASD）〉、学習障害（LD）、注意欠如・多動性障害（ADHD）などで、その症状が通常低年齢において発現するものをいいます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．診断されたことがある | ２．診断されたことはない | ３．わからない |

問８　お子さんの特性や必要な支援に該当するもの・近いものはどれですか。

（あてはまるもの全てに○）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 食事・排せつ・入浴・移動の介助が必要
2. 大声や奇声を出す、強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動や危険の認識を欠く行動
3. 昼夜逆転などの睡眠障害
4. 異食や過食などの食事・排せつに関する不適応行動
5. 自分や他人の身体を叩いたり傷つけたりする行為や物をこわす行為
6. 気分がふさぎこんだり、思考力が低下する状態
7. 再三の手洗いや繰り返しの確認など反復的行動
 | 1. 対人面の不安緊張、感覚過敏、集団への不適応、引きこもり
2. 読み書きが困難な状態（学習障害によるものを含む。）

10．他者に自分の意志の伝達が困難であるなどのコミュニケーション障害11．他者からの説明の理解が困難な状態12．発達障害グレーゾーン・境界域→発達障害名（　　　　　　　　　　　）13．その他（　　　　　　　　　　　　）14．１～13のいずれにも該当がない15．わからない |

**医療的ケアが必要なお子さんに対する支援について**

問９　お子さんは現在、医療的ケアを受けていますか（１つに○）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １． 受けている | ２．受けていない | ３．わからない |

　　　　（問９－１へ）　　　　　　　　　　　　（3ページ　問10へ）

|  |
| --- |
| １．呼吸のケア（人工呼吸器の管理、気管切開の管理、鼻咽頭エアウェイなど気道確保用チューブの管理、酸素療法、たんの吸引、ネブライザーの管理など）２．摂食・嚥下のケア（胃ろうの管理など経管栄養、中心静脈栄養など）３．排泄のケア（導尿、摘便・洗腸・浣腸・消化管ストーマなど排便管理など）４．継続的な透析（血液透析、腹膜透析など）５．薬剤の持続投与などの特別な医療（中心静脈カテーテルの管理・インスリン持続注射等皮下注射、血糖測定、けいれん時の座薬挿入等の措置など）６．モニター測定（血圧、心拍、パルスオキシメーターによる酸素飽和度血液中の酸素量測定など）７．じょくそうの処置８．その他（ ）　　　　９．わからない |

問９－１　お子さんが受けている医療的ケアは何ですか（あてはまるもの全てに〇）

問９－２　医療的ケアを行うための設備が整備されていないため、利用できない施設等

はありますか（あてはまるもの全てに〇）

|  |  |
| --- | --- |
| １．保育園・幼稚園２．図書館３．児童館４．小学校・中学校・高等学校 | ５．特別支援学校６．大型商店・店舗７．公共交通機関８．その他（ ）９．利用できない施設等はない |

問９-３　日常生活で困っていることは何ですか（あてはまるもの全てに○）

|  |
| --- |
| １．看護師の配置に課題があり、地域の学校に進学することができない。  ２．受け入れてくれる保育園・幼稚園・認定こども園がない ３．受け入れてくれる療育施設やその他の障害福祉サービスがない4．総合的な相談先がない５．通所先の療育施設が遠方である６．サービスにかかる費用負担が大きい７．夜間にも医療的ケアが必要で寝不足である ８．就労や外出の際の預け先がない ９．近くに対応できる医療機関がない  10．その他（ 　 ）11．困っていることは特にない 　　　　　12．わからない |

**外出について**

問10　お子さん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（家族が運転）５．一般タクシー６．介護タクシー（車いす用タクシー） |  ７．福祉有償運送８．電車９．路線バス・循環バス10．送迎バス11．その他（　　　　　　　　　）12．外出することがない |

問11　お子さんの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．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．療育施設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 |

**住まいや暮らしについて**

問12　お子さんはどなたと一緒に暮らしていますか。

（あてはまるもの全てに○　※１～６はお子さんからみた続柄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 父
2. 母
3. 兄弟姉妹
 | ４．祖父母５．おじやおば６．その他の親族等（　　　　　　） | ７．施設や病院に６か月以上入所・入院している |

問13　お子さんの保護者の就労状況について、当てはまるものはどれですか。（１つに○）

|  |  |
| --- | --- |
| １．父（又は母）のみフルタイム勤務２．父（又は母）のみパート・時短勤務３．保護者のいずれも就労していない | ３．両親ともにフルタイム勤務４．両親ともにパート・時短勤務５．父（又は母）フルタイム勤務、母（又は父）パート・時短勤務６．その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　　（問14へ）　　　　　　　　　　　　　（問13－1へ）

問13－1　保護者の就労時、お子さんはどこで過ごしていますか。（あてはまるもの全てに○）

|  |  |
| --- | --- |
| １．児童発達支援事業所２．放課後等デイサービス事業所３．学童保育４．保育園、幼稚園、認定こども園 | ６．学校７．父もしくは母とともに過ごしている８．祖父母、その他親族とともに過ごしている９．1人で過ごしている１０．その他（　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| １．就労を開始したり、勤務日を増やしたりしたいが預け先がない２．子どもの長期休みの際に預け先がない３．土日、祝日の預け先がない４．送迎の問題で、預けることができない | ５．勤務時間を延ばしたいが、預かってもらえる時間が短い６．子どもが病気の時の預け先がない７．その他（ 　　　　　　　 ）８．困っていることは特にない ９．わからない |

問14　お子さんの保護者が就労する上で（または今後就労を開始する上で）困っていることはありますか。（あてはまるもの全てに○）

 問15　お子さんは、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．いいえ |

（５ページ　問15－１へ）　　　　　　（５ページ　問16へ）

問15－1　身の回りの介助はどなたがしていますか。（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．母2．父３．祖父母 | ４．兄弟姉妹５．その他の家族・親族 | ６．ホームヘルパーや施設の職員７．友人・知人・仲間８．ボランティア９．その他（　 　　　　　） |

（問15－２へ）　　　　　　　　　（６～９のみに該当　問16へ）

問15－２　お子さん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15－３　お子さん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 |

**家族に対する支援について**

問16　お子さんと家族との関わり方について、家族が学ぶ必要性を感じていますか。また、関わりを学ぶ場※への参加機会はありますか（１つに○）。

　　※関わりを学ぶ場･･･子育て関係の講演会・勉強会、数回にわたる育児等のプログラムなど

|  |  |
| --- | --- |
| １，学ぶ必要性を感じているが、関わりを学ぶ場に参加できない２．学ぶ必要性を感じており、関わりを学ぶ場に参加してきた | ３．学ぶ必要性を感じていない４．わからない |

　　　　　　（問16-1へ）　　　　　　　　　　　　　　　（問17へ）

問16-1　家族が関わりを学ぶ場に参加するために必要な条件はありますか。

（あてはまるもの全てに○）

|  |  |
| --- | --- |
| １．平日（祝日を除く月～金）の開催２．土日・祝日の開催３．日中時間帯（9時～18時）の開催４．夕方～夜間（1８時以降）の開催５．託児サービス  | ６．ウェブ会議システム（ZOOMなど）での開催7．少人数の参加者（１０名以下など）での開催　8．開催時間が短い（１時間以内など）こと 9．その他（　　　　　　　　　　　　　　）10．特に条件はない |

問17　子育てや発達の相談は主に誰に（どこに）していますか。（あてはまるもの全てに○）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．家族・親族 ２．医療機関 ３．市役所健康課４．こども発達センター５．市役所障害福祉課６．教育委員会 | ７．園や学校の先生８．通所している療育施設９．相談支援専門員１0．友人や近所の方１1．療育施設やサークルの保護者仲間 | １2．インターネットやSNS等で相談１3．職場の人１4．相談はしていない１5．その他（　　　　　　　　　　）  |

**新型コロナウイルスの影響について**

問18　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、お子さんやご家族に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．子どもが不安を強く感じたり、いらいらした２．子どもが検査やワクチンを受けるのに苦労した３．家族が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．子どもが日中を過ごす場所に困った（通所先が閉鎖された等）５．子どもの外出の頻度が少なくなった６．子どもの治療やリハビリが中止や延期になった７．子どもの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．子どもが家族・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、子どもが顔や会話がわかりにくく苦労していた12．家族が経済的に苦しくなった13．子どもの病状や行動障害が悪化した14．自粛のため相談や子どもの受診を取りやめた15．その他（　　　　　　　　　　　　）1６．困ったことなどは特にない17．わからない |

問19　新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、療育施設（児童発達支援・放課後等デイサービス）に通所せず、代替支援（在宅時の電話相談やビデオ通話ツールでの支援）を受けることが希望により可能となりました。代替支援の利用状況と、今後の必要性についてお伺いします。（あてはまるもの１つに○）　※代替支援は、通所時と同じ利用者負担があります。

|  |
| --- |
| １．療育施設を利用していない　　　　問20へ２．療育施設を利用している　⇒　（１）～（５）の１つに〇（１）現在代替支援を受けており、今後も必要性が高いので利用したい 　（２）現在代替支援を受けているが、今後の必要性は低い 　（３）現在代替支援を受けていないが、今後は必要なので利用したい（４）現在代替支援を受けておらず、今後も必要性は低い（５）その他（ 　 ）  |

**保健福祉サービス・施設サービスについて**

問20　療育施設に通い始めてから何年目ですか。（１つに○）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １．　１年目２．　２年目 | ３．　３年目４．　４年目 | ５．　５年目６． ６年目 | 7． 7年目以上8． わからない |

問21　現在通っている療育施設数は何か所ですか。（１つに○）

|  |  |
| --- | --- |
| １．市内1か所のみ２．市外1か所のみ３．市内のみで2か所以上 | ４．市外のみで2か所以上５．市内外合わせて2か所以上６．わからない |

問22　療育施設には、ひと月いくらぐらいの支払いをしていますか。

（サービスの1割負担のほか、実費徴収分を含む。１つに○）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．0円２．1円以上5千円未満３．5千円以上1万円未満 | ４．1万円以上2万円未満５．2万円以上3万円未満６．3万円以上4万円未満 | ７．4万円以上８．わからない |

問23　療育を受けようと思ったきっかけは何ですか。（あてはまるもの全てに○）

|  |  |
| --- | --- |
| １．子育てをしていて、発達が心配になった２．乳幼児健診で指摘があった３．就学時健診で指摘があった４．医療機関から指摘があった５．親族から指摘があった６．園の先生から指摘があった７．学校の先生から指摘があった８．学習の遅れがあった９．集団生活に不安があった | １０．預かって貰える場所が他にない１１．家以外の居場所を作ってあげたかった１２．子育てに不安があった１３．幼児教育に良いと思った１４．友達が通っていた１５．本人が通いたいと言った１６．利用料が安かった１７．不登校になった１８．その他（　　　　　　　　　　　　　）１９．わからない  |

問24　療育施設や福祉行政に更なる充実を求めることは何ですか。（あてはまるもの全てに○）

|  |  |
| --- | --- |
| １．支援の専門性や質の向上２．支援の頻度の充実（回数の増）３．施設整備や教材の充実４．子育てのアドバイス５．学習支援６．安全の確保、居場所づくり７．イベントや余暇活動の充実８．長時間の預かり | ９．家族支援１０．情報のわかりやすさ１１．関係機関との連携や情報共有１２．手続きの簡略化１３．利用料の負担軽減１４．送り迎えや通園、通学の支援サービス１５．更なる充実を求めることは特にない１６．その他（　　　　　　　　　　　　　　）１７．わからない  |

問25　お子さんのサービス利用状況や、今後3年間の利用の予定について伺います。あてはまるところに〇を記入してください。

* 障害児通所支援給付を利用している場合、ピンク色の受給券、障害福祉サービスを利用している場合、青色の受給券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減らしたい/やめたい場合は〇

現在未利用だが、３年以内に利用したい場合は〇

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増やしたい場合は〇

【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　外部の施設に通う支援** | **① 児童発達支援**日常生活における基本的な動作の指導、地域技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援を行います。 | 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 |
| 1. **放課後等デイサービス**

学校の授業終了後や学校の休校日に、生活能力向上のために必要な訓練や、社会との交流の促進などの支援を行います。 | 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 |
| 1. **保育所等訪問支援**

保育所等を訪問し、本人に対して、他の児童との集団生活への適応のための専門的な支援などを行います。 | 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 |
| **④ 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 |
| **Ｂ　昼間の生活の支援** | **⑤ 短期入所（ショートステイ）**介護者が病気などの場合に、施設に短期間入所していただき、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. **移動支援事業**

屋外での移動が困難な障害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 |
| **Ｃ施設支援** | 1. **施設入所支援**

主として夜間、施設において、入浴、排せつ、食事などの介護を行います。 |  | 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 |
| **Ｄ相談支援** | 1. **障害児相談支援（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26　お子さんは、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. **福祉タクシー事業**

重度心身障害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 |
| 1. **紙おむつの給付**

在宅で紙おむつを使用している人に紙おむつを給付します。 | 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. **訪問入浴**

本人や家族のみでは入浴が困難な人のために移動入浴車により訪問入浴サービスを行います。 | 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 |
|  | 1. **手話通訳者派遣**

意思疎通を図ることに支障がある聴覚障がい者等に、手話通訳者又は要約筆記者の派遣を行います。 | 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 |

問27　問25・26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27-1へ）　　　　　　　　　　　　　　（問28へ）

問27-１　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 |

問28　現在どのような教育・保育・医療等を受けていますか（あてはまるもの全てに〇）

|  |  |
| --- | --- |
| １． 保育園・幼稚園・認定こども園（いずれも加配保育士等あり）への在籍２．特別支援学校（乳幼児教育相談・幼稚部、小学部、中学部、高等部）への通学３．個別支援学級（小中学校において障害の種別ごとに編成された、いわゆる特別支援学級）に通学４．その他の特別支援教育（通級による指導等）例：こどばの教室 | ５．民間（自費）の療育プログラム・障害に対応した塾６．病院でのリハビリ７．訪問看護８．その他（　　　　　　　　　　　　）９．特別な支援は受けていない（上記１～８のいずれにも該当しない場合）10．わからない |

以下は、お子さんが15歳～17歳の場合にお答えください。

問29　次のサービスは、18歳以上から利用できるサービスですが、今後3年以内に利用したいと考えますか。（各行いずれか１つに〇）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 今後3年以内の予定 |
| 新たに利用予定 | 今後も利用予定なし |
| 1. **生活介護**

常に介護が必要な場合、昼間、入浴や排せつ、食事の介護や創作的活動などの機会を提供します。 | 新たに利用予定 | 今後も利用予定なし |
| 1. **共同生活援助（グループホーム）**

夜間や休日、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。 | 新たに利用予定 | 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。 | 新たに利用予定 | 今後も利用予定なし |
| 1. **就労継続支援Ａ型・B型**

一般企業等での就労が困難な方に、働く場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。 | 新たに利用予定 | 今後も利用予定なし |
| 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。 | 新たに利用予定 | 今後も利用予定なし |

問30 その他、今後の白井市の障害者福祉施策について、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。