

# 実態調査アンケート用紙

だい きたかおか ししょう しゃふく しげいかく だい きたかおか ししょう し  
「第7期高岡市障がい者福祉計画」・「第3期高岡市障がい児  
ふく しげいかく さくてい じつたいちようさ  
福祉計画」策定のための実態調査について（お願い）

ひらろ 高岡市の福祉行政ご理解・ご協力をいただき、ありがとうございます。  
高岡市では現在、令和6年度を初年度とする第7期高岡市障がい者福祉計画及び第3期  
高岡市障がい児福祉計画の策定に向けた取り組みを進めています。そのため、市民の皆さ  
まの福祉サービスの実態や福祉に関する意識、意向などを把握し、計画策定や  
施策推進に役立てるためのアンケート調査を実施することになりました。  
調査の対象者は、障がい者手帳をお持ちの方、障がい福祉サービスを受給されている  
方の中から約1,000人を無作為に選ばせていただきました。

この調査は、無記名でご回答いただきますので、回答された方が特定されたり、個人の  
回答内容が明らかにされたりすることはありません。調査票は高岡市個人情報保護条例  
にしたがい、適切な管理をいたします。

また、ご回答いただいた内容は、統計的な処理を行い、計画策定および施策推進のため  
の基礎資料としてのみ使用し、その他の目的で使われることは一切ありません。  
調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

れいれ 令和5年7月高岡市

<記入要領>

- 宛名のご本人が直接回答いただくことが難しい場合には、家族や介護者の方などが、ご本人の意向を尊重して記入してください。
- 質問への回答方法は、それぞれ質問文に記載していますので、質問文をよく読んでお答えください。
- 記入が終わりましたら、8月14日までに同封の返信用封筒を使ってご返送ください。
- このアンケート調査へのご質問などは、下記までお問い合わせください。

【問い合わせ先】

高岡市役所社会福祉課 障害福祉係 電話（0766）20-1369（直通）  
FAX（0766）20-1371

問1 お答えいただくのは、どなたですか。（○は1つだけ）

- |                        |
|------------------------|
| 1. 本人（この調査票が郵送された宛名の方） |
| 2. 本人の家族（続柄： ）         |
| 3. 家族以外の介助者（続柄： ）      |
| 4. 施設・病院職員             |

※これ以降、この調査票が郵送された宛名の方を「あなた」とお呼びしますので、ご本人（この調査票の対象者：障害のある方）の状況などについて、お答えください。

あなた（宛名の方）の性別・年齢・家族などについて

問2 あなたの年齢をお答えください。（令和5年4月1日現在）

歳

問3 あなたの性別をお答えください。（○は1つだけ）

- |       |       |        |          |
|-------|-------|--------|----------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 | 4. 回答しない |
|-------|-------|--------|----------|

問4 あなたがお住まいの中学校区はどこですか。（○は1つだけ）

- |       |         |       |        |        |        |
|-------|---------|-------|--------|--------|--------|
| 1. 高陵 | 2. 高岡西部 | 3. 南星 | 4. 志貴野 | 5. 芳野  | 6. 牧野  |
| 7. 伏木 | 8. 国吉   | 9. 五位 | 10. 戸出 | 11. 中田 | 12. 福岡 |

問5 いま、あなたが一緒に暮らしている人は、どなたですか。

（あてはまるものすべてに○）

※グループホーム、福祉施設等を利用されている方は「5.」としてください。

- |                   |               |
|-------------------|---------------|
| 1. 父母・祖父母・兄弟姉妹    | 2. 配偶者（夫または妻） |
| 3. 子ども            | 4. その他（ ）     |
| 5. いない（一人で暮らしている） |               |

問6 日常生活の中で、次の支援が必要ですか。①から⑩のそれぞれにお答えください。  
 い。(①から⑩それぞれに○を1つ)

| 項目                | 不要 | 一部（時々）必要 | 全部必要 |
|-------------------|----|----------|------|
| ① 食事の介助           | 1  | 2        | 3    |
| ② トイレの介助          | 1  | 2        | 3    |
| ③ 入浴の介助           | 1  | 2        | 3    |
| ④ 衣服の着脱の介助        | 1  | 2        | 3    |
| ⑤ 身だしなみの介助        | 1  | 2        | 3    |
| ⑥ 家の中の移動の介助       | 1  | 2        | 3    |
| ⑦ 外出の介助           | 1  | 2        | 3    |
| ⑧ 家族以外の人との意思疎通の援助 | 1  | 2        | 3    |
| ⑨ お金の管理の援助        | 1  | 2        | 3    |
| ⑩ 薬の管理の援助         | 1  | 2        | 3    |

【問6で「一部（時々）必要」又は「全部必要」と答えた方がお答えください】

問7 あなたを支援してくれる方は主に誰ですか。（あてはまるものすべてに○）

|                |                   |
|----------------|-------------------|
| 1. 父母・祖父母・兄弟姉妹 | 4. ホームヘルパーや施設の職員  |
| 2. 配偶者（夫または妻）  | 5. その他の人（ボランティア等） |
| 3. 子ども         |                   |

【問7で1. 2. 3. と答えた方がお答えください】

問8 あなたを支援してくれる家族で、主なる年齢、性別、健康状態をお答えください。

①年齢（令和5年4月1日現在）

満
 
 歳

②性別（○は1つだけ）

|       |       |        |          |
|-------|-------|--------|----------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 | 4. 回答しない |
|-------|-------|--------|----------|

③健康状態（○は1つだけ）

|       |        |         |
|-------|--------|---------|
| 1. よい | 2. ふつう | 3. よくない |
|-------|--------|---------|

問9 ふだん、あなたの支援をしてくれる方が、何らかの理由で支援ができない場合、どのようにしていますか。（あてはまるものすべてに○）

|                                 |
|---------------------------------|
| 1. 同居している他の家族に頼む                |
| 2. 同居していない家族や頼せきに頼む             |
| 3. 近所の人や友人・知人に頼む                |
| 4. 介護や家事援助などを行うホームヘルパーサービスを利用する |
| 5. ボランティアに頼む                    |
| 6. 短期入所（ショートステイ）を利用する           |
| 7. 支援を受けずに過ごす                   |
| 8. 考えていない                       |
| 9. その他（ ）                       |

問10 主に支援をしてられる方が、支援・介護について、感じておられることは何ですか。（あてはまるものすべてに○）

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. 支援者自身の健康に不安がある     | 2. 代わりに支援を頼める人がいない    |
| 3. 緊急時の対応に不安がある       | 4. 身体的な負担が大きい         |
| 5. 精神的な負担が大きい         | 6. 経済的な負担が大きい         |
| 7. 支援者が仕事に出られない       | 8. 支援者が外出や旅行に出かけられない  |
| 9. 支援者に休養や息抜き時間が無い    | 10. 支援者が高齢であることに不安がある |
| 11. 深夜・早朝の緊急時の相談窓口がない | 12. 相談窓口が分からない        |
| 13. 特になし              | 14. 分からない             |
| 15. その他（ ）            |                       |

あなたの障がい の 状 況 について

問11 あなたは身体障害者手帳をお持ちですか。(Oは1つだけ)

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

問12 身体障害者手帳をお持ちの場合、主たる障がいをお答えください。  
(Oは1つだけ)

- |                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| 1. 視覚障がい               | 2. 聴覚障がい           |
| 3. 盲ろう(視覚障がいと聴覚障がいの重複) | 4. 音声・言語・そしゃく機能障がい |
| 5. 肢体不自由(上肢)           | 6. 肢体不自由(下肢)       |
| 7. 肢体不自由(体幹)           | 8. 内部障がい(1～7以外)    |

問13 あなたは療育手帳をお持ちですか。(Oは1つだけ)

- |                      |           |
|----------------------|-----------|
| 1. 療育手帳A             | 2. 療育手帳B  |
| 3. 知的障害があるが手帳を持っていない | 4. 持っていない |

問14 あなたは精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。(Oは1つだけ)

- |                       |           |       |
|-----------------------|-----------|-------|
| 1. 1級                 | 2. 2級     | 3. 3級 |
| 4. 精神障がいがあるが手帳を持っていない | 5. 持っていない |       |

問15 あなたは難病(指定難病)の認定を受けていますか。(Oは1つだけ)

※難病(指定難病)とは、筋萎縮性側索硬化症(ALS)やパーキンソン病などの治療法が確立していない疾病その他の特殊の疾病をいいます。

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. 受けている | 2. 受けていない |
|----------|-----------|

問16 あなたは発達障がいとして診断されたことがありますか。(Oは1つだけ)

※発達障がいとは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害などをいいます。

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問17 あなたは強度行動障がいがあると言われたことはありますか。(Oは1つだけ)

※強度行動障がいとは、自傷、他傷、こだわり、もの壊し、睡眠の乱れ、異食、多動など本人や周囲の人のくらしに影響を及ぼす行動が、著しく高い頻度で起こるため、特別に配慮された支援が必要になっている状態のことをいいます。障害福祉サービス等を利用している方で重度障害者支援加算の対象となっている場合や、外出支援で行動援護を利用している場合、医師や療育機関等から指摘されたことがある場合は「1」としてください。

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問18 あなたは高次脳機能障がいとして診断されたことがありますか。

(Oは1つだけ)

※高次脳機能障がいとは、一般に、外傷性脳損傷、脳血管障害等により脳に損傷を受けその後遺症等として生じた記憶障がい、注意障がい、社会的行動障がいなどの認知障がい等を指すものとされており、真体的には「会話がうまくかみ合わない」等の症状があります。

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

【問18で「ある」を選択された方にお答えください】

問19 その関連障がいをお答えください。(あてはまるものすべてにO)

- |                    |              |
|--------------------|--------------|
| 1. 視覚障がい           | 2. 聴覚障がい     |
| 3. 音声・言語・そしゃく機能障がい | 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. 内部障がい(1～6以外)    |              |

問20 あなたは現在医療的ケアを受けていますか。(Oは1つだけ)

1. 受けている 2. 受けていない

【問20で「受けている」を選択された方がお答えください】

問21 あなたが現在受けている医療的ケアをご回答ください。  
(あてはまるものすべてにO)

1. 気管切開 2. 人工呼吸器 (レスピレーター)  
3. 吸入 4. 吸引  
5. 胃ろう・腸ろう 6. 鼻腔経管栄養  
7. 中心 静 脈 栄養 (I V H) 8. 透析  
9. カテーテル留置 10. ストマ (人工肛門・人工膀胱)  
11. 服薬管理 12. その他

## 住まいや暮らしについて

問22 あなたは現在どのように暮らしていますか。

((1) と (2) のそれぞれについて、Oは1つだけ)

(1) 一緒に暮らしている人の有無

1. 一人で暮らしている  
2. 配偶者またはパートナー (や子ども) と一緒に暮らしている  
3. 父母、祖父母、兄弟姉妹などの家族と一緒に暮らしている  
4. 福祉施設やグループホームの利用者と一緒に暮らしている  
5. その他 ( )

(2) 暮らしている場所

1. 一般の住宅 2. グループホーム  
3. 福祉施設 (障害者支援施設) 4. 福祉施設 (高齢者施設)  
5. 病院 (入院中) 6. その他 ( )

問23 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) と (2) のそれぞれについて、Oは1つだけ)

(1) 一緒に暮らしたい人の有無

1. 一人で暮らしたい  
2. 配偶者またはパートナー (や子ども) と一緒に暮らしたい  
3. 父母、祖父母、兄弟姉妹などの家族と一緒に暮らしたい  
4. 福祉施設やグループホームの利用者と一緒に暮らしたい  
5. その他 ( )

(2) 暮らしたい場所

1. 一般の住宅 2. グループホーム  
3. 福祉施設 (障害者支援施設) 4. 福祉施設 (高齢者施設)  
5. その他 ( )

問24 希望する暮らしを送るためには、どのような支援があればよいと思いますか。

(あてはまるものすべてにO)

1. 在宅で医療的ケアなどが適切に得られること  
2. 障がい者に適した住居の確保  
3. 必要なサービスが適切に利用できること  
4. 生活訓練等の充実  
5. 経済的な負担の軽減  
6. 相談対応等の充実  
7. 地域住民等の理解  
8. 情報の取得利用や意思疎通についての支援  
9. その他 ( )

問25 あなたが生活していく上での収入は次のうち、どれですか。  
(あてはまるものすべてに○)

1. あなたの給与・賞金
2. 通所施設・作業所などの工賃
3. 同居家族の給与・賞金
4. 同居家族や親せきなどの援助
5. 年金・特別障害者手当など
6. その他 ( )

問26 あなたの健康や医療について、不安や困っていることがありますか。  
(あてはまるものすべてに○)

1. 障がい者の重度化や悪化が不安
2. 栄養管理がむずかしい
3. 薬の管理がむずかしい
4. 障がいについての専門の医療機関がない  
(決められた量・時間を守って服用するなど)
5. 休日や夜間に対応してくれる医療機関がない
6. 通院のための支援者が確保しにくい
7. 通院のための交通機関が整備されていない
8. 医療機関がバリアフリー化されていない
9. 医療や健康に関して気軽に相談できない
10. 治療の説明が十分理解できない
11. 医療費の負担が大きい
12. 障がいがある理由で受診できない
13. その他
14. 特に不安はない

## 日中活動や就労についてお聞きします。

問27 あなたは、1週間にどの程度外出しますか。(○は1つだけ)

1. 毎日外出する
2. 1週間に数回外出する
3. めったに外出しない
4. まったく外出しない

【問28から問31は、問27で、4.以外を選択した方がお答えください。】  
問28 あなたが外出する際の主な同伴者は誰ですか (○は1つだけ)

1. 父母・祖父母・兄弟姉妹
2. 配偶者 (夫または妻)
3. 子ども
4. ホームヘルパーや施設の職員
5. その他の人 (ホムンティニア等)
6. 一人で外出する

問29 あなたは、どのような目的で外出することが多いですか。  
(あてはまるものすべてに○)

1. 通勤・通所
2. 訓練やリハビリに行く
3. 医療機関への受診
4. 買い物に行く
5. 友人・知人に会う
6. 趣味やスポーツをする
7. グループ活動に参加する
8. 散歩に行く
9. その他 ( )

問30 ふだん、あなたはどのような手段で外出しますか。(○は2つまで)

1. 徒歩
2. 車いす (電動または手動)
3. 自家用車 (本人または家族の運転)
4. 自転車・バイク
5. 路線バス・電車
6. タクシー
7. 施設や病院等の送迎車
8. その他 ( )

問31 外出する時に困ることは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 公共交通機関が少ない (ない)
2. 列車やバスの乗り降りが困難
3. 道路や駅に階段や段差が多い
4. 切符の買い方や乗換えの方法がわかりにくい
5. 外出先の建物の設備が不便 (通路・トイレ・エレベーターなど)
6. 障がい者用駐車場が少ない
7. 介助者が確保できない
8. 外出にお金がかかる
9. 周囲の目が気になる
10. 発作など突然の身体の変化が心配
11. 困ったときにどうすればいいのかが心配
12. その他 ( )

【問32 あなたは、平日の日常を主にどのような過ごし方をしていますか。(○は1つだけ)】

1. 会社勤めや、自営業、家業などで収入を得る仕事をしている
2. 福祉施設、作業所等に通っている(就労継続支援A型も含む)
3. 求人センターなど、収入を得ない仕事をしている
4. 専業主婦(主夫)をしている
5. 病院などのデイケアに通っている
6. リハビリテーションを受けている
7. 自宅で過ごしている
8. 入所している施設や病院等で過ごしている
9. 大学、専門学校、職業訓練校などに通っている
10. その他( )

【問33、問34は、問32で1. を選択した場合にお答えください】

問33 どのような勤務形態で働いていますか。(○は1つだけ)

1. 正職員で他の職員と勤務条件等に違いはない
2. 正職員で短時間勤務などの障害者配慮がある
3. パート・アルバイト等の非常勤職員、派遣職員
4. 自営業、農林水産業など
5. その他( )

問34 その職場で働き始めてどのくらいですか。(○は1つだけ)

- |         |           |           |         |
|---------|-----------|-----------|---------|
| 1. 1年未満 | 2. 1～3年未満 | 3. 3～5年未満 | 4. 5年以上 |
|---------|-----------|-----------|---------|

【問35は、問32で2. ～10. を選択した方がお答えください。】

問35 あなたは今後、収入を得る仕事をしたいと思いますか。(○は1つだけ)

1. 仕事をしたい
2. 仕事はしたくない、できない

【問36は、問35で1. を選択した方がお答えください。】

問36 収入を得る仕事をするために、訓練職業などを受けたいと思いますか。(○は1つだけ)

1. すでに職業訓練を受けている
2. 職業訓練を受けたい
3. 職業訓練を受けたくない、受ける必要はない

【問37は、問35で2. を選択した方がお答えください。】

問37 「2. 仕事はしたくない、できない」を選択された理由は何か。(○は3つまで)

1. 障がいが重い、病弱なため
2. 働く場が見つからない
3. 資金が低い、労働条件が悪い
4. 自分に合う(できる)仕事がない
5. 通勤が困難
6. 家事・育児・介護のため
7. 障がい者について職場の理解度が低い
8. 働くことが不安である
9. 高齢のため
10. その他( )

問38 あなたは、障がい者の就労支援として、どのようなことが必要だと思いますか。(○は3つまで)

1. 通勤手段の確保
2. 勤務場所におけるバリアフリー等の配慮
3. 短時間勤務や勤務日数等の配慮
4. 勤務時間や日数が体調に合わせて変更できること
5. 在宅勤務の拡充
6. 職場の障がい者理解
7. 職場の上司や同僚に障害の理解があること
8. 職場で介助や援助等が受けられること
9. 具合が悪くなった時に気軽に通院できること
10. 就労後のフォローなど職場と支援機関の連携
11. 企業ニーズに合った就労訓練
12. 仕事についての職場外での相談対応、支援
13. その他( )

相談相手にについてお聞きします。

問39 あなたは、普段、悩みや困ったことをどなたに相談しますか。(○は3つまで)

|                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| 1. 家族や親せき                  | 2. 友人・知人              |
| 3. 近所の人                    | 4. 職場の上司や同僚           |
| 5. 施設の指導員など                | 6. ホームヘルパーなどサービス事業所の人 |
| 7. 障害者団体や家族会               | 8. かかりつけの医師や看護師       |
| 9. 病院のケースワーカーや介護保険のケアマネジャー | 10. 民生委員・児童委員         |
| 11. 通園施設や学校の先生等            | 12. 相談支援事業所などの民間の相談窓口 |
| 13. 行政機関の相談窓口              | 14. その他 ( )           |

問40 あなたは障がいのあることや福祉サービスなどに関する情報を、どこから知ることが多いですか。(○は3つまで)

|                            |
|----------------------------|
| 1. 本や新聞、雑誌の記事、テレビやラジオのニュース |
| 2. 行政機関の広報誌                |
| 3. インターネット                 |
| 4. 家族や親せき、友人・知人            |
| 5. サービス事業所の人や施設職員          |
| 6. 障がい者団体や家族会 (団体の機関誌など)   |
| 7. かかりつけの医師や看護師            |
| 8. 病院のケースワーカーや介護保険のケアマネジャー |
| 9. 民生委員・児童委員               |
| 10. 通園施設や学校の先生等            |
| 11. 相談支援事業所などの民間の相談窓口      |
| 12. 行政機関の相談窓口              |
| 13. その他 ( )                |

障がい福祉サービス等の利用についてお聞きします。

問41 あなたは障がい支援区分の認定を受けていますか。(○は1つだけ)

|        |        |           |        |
|--------|--------|-----------|--------|
| 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. 受けていない |        |

問42 あなたは次のサービスのサービスを利用していますか。また、これから利用する希望はありますか。(①～④のサービスごとに、「現在の利用」と「今後3年以内の利用希望」の両方をお答えください (番号に○をしてください))。

また、現在の利用で「2. 利用していない」または、今後3年以内の利用希望で「4. 利用希望がない」と答えた場合、その理由をそれぞれお答えください。(下の表の選択肢ア～ケから選んで記載ください。)

①居宅介護 (ホームヘルプ)

自宅へ入浴や排せつ、食事などの介助を行うサービスです。

【現在の利用】 (番号に○をしてください)

|                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 利用している                                   | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |
| 2. 利用していない → その理由を下表 (ア～ケ)から選んで下記に○をしてください。 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

【今後3年以内の利用希望】 (番号に○をしてください)

|                                             |                  |
|---------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                             | 2. 今と同じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                             |                  |
| 4. 利用希望がない → その理由を下表 (ア～ケ)から選んで下記に○をしてください。 |                  |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

## ② 重度訪問介護

重い障がいがあり常に介護が必要な方に、自宅へ入浴や排せつ、食事などの介助や外出時の移動の補助を行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 利用している  | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |
| 2. 利用していない | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 今よりも利用を増やす予定  | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |
| 2. 今と間じくらい利用する予定 | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |
| 3. 今よりも利用を減らす予定  | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |
| 4. 利用希望がない       | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |

## ③ 同行援護

視覚障がいにより移動が著しく困難な方に、外出に必要な情報の提供や移動の援護などを行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 利用している  | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |
| 2. 利用していない | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 今よりも利用を増やす予定  | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |
| 2. 今と間じくらい利用する予定 | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |
| 3. 今よりも利用を減らす予定  | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |
| 4. 利用希望がない       | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

## ④ 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うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 利用している  | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |
| 2. 利用していない | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 今よりも利用を増やす予定  | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |
| 2. 今と間じくらい利用する予定 | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |
| 3. 今よりも利用を減らす予定  | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |
| 4. 利用希望がない       | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |

## ⑤ 重度障害者等包括支援

常に介護が必要で、介護の必要の度合いがとて高い方に、居宅介護などをまとめて提供するサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 利用している  | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |
| 2. 利用していない | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 今よりも利用を増やす予定  | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |
| 2. 今と間じくらい利用する予定 | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |
| 3. 今よりも利用を減らす予定  | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |
| 4. 利用希望がない       | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

## ⑨施設入所支援

主として夜間、施設に入所する障がい者に対し、入浴、排せつ、食事の介護などの支援を行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

1. 利用している
2. 利用していない → その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。

（その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

1. 利用希望あり（1年以内を希望）
2. 利用希望あり（3年以内を希望）
3. 利用希望あり（将来的な希望）
4. 利用希望がない → その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。

（その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）

## ⑩短期入所（ショートステイ）

在宅の障がい者が介護する方が病気の場合などに、障がい者が施設に短期間入所し、入浴、排せつ、食事の介護などを行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

1. 利用している
2. 利用していない → その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。

（その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

1. 今よりも利用を増やす予定
2. 今と同じくらい利用する予定
3. 今よりも利用を減らす予定
4. 利用希望がない → その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。

（その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

## ⑪療養介護

医療が必要な方で、常に介護を必要とする方に、主に昼間に病院等において機能訓練、療養上の管理、看護などを提供するサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

1. 利用している
2. 利用していない → その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。

（その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

1. 今よりも利用を増やす予定
2. 今と同じくらい利用する予定
3. 今よりも利用を減らす予定
4. 利用希望がない → その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。

（その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）

## ⑫生活介護

常に介護を必要とする方に、施設で入浴や排せつ、食事の介護や創作的活動などの機会を提供するサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

1. 利用している
2. 利用していない → その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。

（その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

1. 今よりも利用を増やす予定
2. 今と同じくらい利用する予定
3. 今よりも利用を減らす予定
4. 利用希望がない → その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。

（その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

⑩自立生活援助

一人暮らしに必要な理解力・生活力などを補うため、定期的な居宅訪問や随時の対応により日常生活における課題を把握し、必要な手助けを行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 1. 利用している                                  |
| 2. 利用していない → その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                  |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                            |                  |
|--------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                            | 2. 今と間じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                            |                  |
| 4. 利用希望がない → その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |
| （その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                  |                  |

⑪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うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 1. 利用している                                  |
| 2. 利用していない → その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                  |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                            |                    |
|--------------------------------------------|--------------------|
| 1. 利用希望あり（1年以内を希望）                         | 2. 利用希望あり（3年以内を希望） |
| 3. 利用希望あり（将来的な希望）                          |                    |
| 4. 利用希望がない → その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                    |
| （その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                  |                    |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかるため                     | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

⑫自立訓練（機能訓練、生活訓練）

自立した日常生活や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うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 1. 利用している                                  |
| 2. 利用していない → その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                  |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                            |                  |
|--------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                            | 2. 今と間じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                            |                  |
| 4. 利用希望がない → その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |
| （その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                  |                  |

⑬就労移行支援

通常の事業所で働きたい方に、一定の期間、就労に必要な知識及び能力の向上のための訓練を行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 1. 利用している                                  |
| 2. 利用していない → その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                  |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                            |                  |
|--------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                            | 2. 今と間じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                            |                  |
| 4. 利用希望がない → その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |
| （その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                  |                  |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかるため                     | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

⑭就労継続支援（A型、B型）

通常の事業所で働くことが困難な方に、就労の機会の提供や生産活動その他の活動の機会の提供、知識や能力の向上のための訓練を行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 1. 利用している                                  |
| 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                  |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                            |                  |
|--------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                            | 2. 今と同じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                            |                  |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |
| （その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                  |                  |

⑮就労定着支援

通常の事業所で働いている方に、就労に伴う生活面の課題に対応する支援を行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 1. 利用している                                  |
| 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                  |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                            |                  |
|--------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                            | 2. 今と同じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                            |                  |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |
| （その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                  |                  |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

⑯計画相談支援

サービス等利用計画案の作成や事業者等と連絡調整を行うほか、利用状況の確認を行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 1. 利用している                                  |
| 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                  |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                            |                  |
|--------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                            | 2. 今と同じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                            |                  |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |
| （その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                  |                  |

⑰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うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 1. 利用している                                  |
| 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                  |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                            |                  |
|--------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                            | 2. 今と同じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                            |                  |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |
| （その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                  |                  |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域に相談支援事業所がない                 | カ. 引き受けてくれる相談支援事業所が見つからない                |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

# ⑩地域定着支援

常に連絡体制を確保し、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などを支援するサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                            |                   |
|--------------------------------------------|-------------------|
| 1. 利用している                                  | ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ |
| 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                   |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                            |                  |
|--------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                            | 2. 今と間じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                            |                  |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が含まれない                     |
| オ. 地域に相談支援事業所がない                 | カ. 引き受けてくれる相談支援事業所が見つからない                |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

# ⑪コミュニケーション支援

（手話通訳、要約筆記等）  
聴覚障がいの人に、手話通訳者、要約筆記者を派遣します。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                            |                   |
|--------------------------------------------|-------------------|
| 1. 利用している                                  | ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ |
| 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                   |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                            |                  |
|--------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                            | 2. 今と間じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                            |                  |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |

# ⑫補装具費、日常生活用具の給付

体に障がいのある人が、日常生活をしやすいとするよう、身体の機能などの補助をする用具を給付します。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                            |                   |
|--------------------------------------------|-------------------|
| 1. 利用している                                  | ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ |
| 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                   |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                            |                  |
|--------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                            | 2. 今と間じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                            |                  |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない     |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が含まれない  |
| オ. 地域に相談支援事業所がない                 | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった   |
| ケ. その他                           |                       |

## ②移動支援

ヘルパーが、外出する手伝いを行います。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 1. 利用している                                  |
| 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                 |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                            |
| 2. 今と同じくらい利用する予定                           |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                            |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                 |

## ②地域活動支援センター

創作的な活動や生産活動の機会を提供しています。（生活上の相談、レクリエーションなど）

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 1. 利用している                                  |
| 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                 |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                            |
| 2. 今と同じくらい利用する予定                           |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                            |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                 |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない     |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない   |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない |
| キ. 利用料金がかるため                     | ク. サービスがあることを知らなかった   |
| ケ. その他                           |                       |

## ②日中一時支援

日中、ご家族に用事があるときなどに、事業所で日中を過ごすことができます。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 1. 利用している                                  |
| 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                 |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                            |
| 2. 今と同じくらい利用する予定                           |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                            |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                 |

## ②訪問入浴サービス支援

ヘルパーが自宅に訪問し浴槽を提供して入浴の手伝いをします。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 1. 利用している                                  |
| 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                 |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                            |
| 2. 今と同じくらい利用する予定                           |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                            |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ）                 |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない     |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない   |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない |
| キ. 利用料金がかるため                     | ク. サービスがあることを知らなかった   |
| ケ. その他                           |                       |

問43 あなたは、現在利用している障がい福祉サービスに満足していますか。  
(○は1つだけ)

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| 1. 満足している | 2. やや満足している     |
| 3. ふつう    | 4. やや不満である      |
| 5. 不満である  | 6. サービスを利用していない |
| 7. わからない  | 8. その他          |

問44 【1. 2. 4. 5. を選択した理由】

問45 あなたは介護保険の要介護認定を受けていますか。(○は1つだけ)

|         |         |         |           |
|---------|---------|---------|-----------|
| 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 | 8. 受けていない |

【問46は、問45で、「1. ～7.」を選択した方にお聞きします。】

問46 あなたは介護保険によるサービスを利用していますか。(○は1つだけ)

|           |            |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

【問47は、問46で、「1. 利用している」を選択した方にお聞きします。】

問47 利用している介護保険サービスはどれですか。

| 分類    | 介護保険サービス (介護予防を含む)                                                                                                 |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 自宅に訪問 | 1. 訪問介護 (ホームヘルプサービス)<br>2. 訪問入浴介護<br>3. 訪問看護<br>4. 訪問リハビリテーション<br>5. 夜間対応型訪問介護<br>6. 定期巡回・随時対応型訪問看護<br>7. 居宅療養管理指導 |

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設に通う                     | 8. 通所介護 (デイサービス)<br>9. 通所リハビリテーション<br>10. 地域密着型通所介護<br>11. 認知症対応型通所介護<br>12. 短期入所生活介護 (ショートステイ)<br>13. 短期入所療養介護<br>14. 介護老人福祉施設<br>15. 介護老人保健施設<br>16. 介護療養型医療施設<br>17. 特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム等)<br>18. 介護医療院<br>19. 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)<br>20. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護<br>21. 地域密着型特定施設入居者生活介護<br>22. 小規模多機能型居宅介護<br>23. 看護小規模多機能型居宅介護 (複合型サービス)<br>24. 福祉用具貸与<br>25. 特定福祉用具販売 |
| 訪問・通い・泊りの組み合わせ<br>福祉用具を使う |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

権利擁護についてお聞きします。

問48 あなたは、障がいがあることで差別や嫌な思いをする（した）ことがありますか。（○は1つだけ）

|       |         |       |
|-------|---------|-------|
| 1. ある | 2. 少しある | 3. ない |
|-------|---------|-------|

【問48で、1. 又は2. と回答された方にお聞きします。】

問49 どのような場所で差別や嫌な思いをしましたが。（あてはまるものすべてに○）

|                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| 1. 学校・仕事場                      | 2. 仕事を探すとき  |
| 3. 外出中                         | 4. 余暇を楽しむとき |
| 5. 病院などの医療機関                   | 6. 住んでいる地域  |
| 7. その他（                      ） |             |

問50 成年後見人制度についてご存じですか。（○は1つだけ）

|                         |
|-------------------------|
| 1. 名前も内容も知っている          |
| 2. 名前を聞いたことがあるが、内容は知らない |
| 3. 名前も内容も知らない           |

災害時の避難等についてお聞きします。

問51 あなたは、災害時の安否確認や避難の手助けを行うための「避難行動要支援者名簿」に登録していますか。（○は1つ）

|              |                  |
|--------------|------------------|
| 1. すでに登録している | 2. 知っているが登録していない |
| 3. 制度を知らない   |                  |

問52 あなたは、火事や地震等の災害時に一人で避難できますか。（○は1つだけ）

|        |         |          |
|--------|---------|----------|
| 1. できる | 2. できない | 3. わからない |
|--------|---------|----------|

問53 あなたが、災害が起きた時に不安に思うことは何ですか。（あてはまるものすべてに○）

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 災害情報を得る手段がない | 2. 家族との連絡       |
| 3. 避難する際の不安     | 4. 援助してくれる人がいない |
| 5. 災害の準備をしていない  | 6. 避難所での不安      |
| 7. その他          | 8. 特になし         |

問54 火事や地震等の災害時に困ることは何ですか。（あてはまるものすべてに○）

|                                |
|--------------------------------|
| 1. 投薬や治療が受けられない                |
| 2. 補装員の使用が困難になる                |
| 3. 補装員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. 安全なところまで、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. 周知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. 特になし                       |

問55 障がい福祉施設全般について、お聞きします。下記の①～⑩について、現在の満足度、今後の優先度のそれぞれに○を1つずつ付けてください。

|                    | 現在の満足度 |                       |                       |                  |              | 今後の優先度 |                                 |                       |                                      |  |
|--------------------|--------|-----------------------|-----------------------|------------------|--------------|--------|---------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|--|
|                    | 満足     | い<br>え<br>ば<br>満<br>足 | ど<br>ち<br>ら<br>か<br>と | う<br>ち<br>う<br>ち | やや<br>不<br>満 | 不<br>満 | 特<br>に<br>優<br>先<br>す<br>べ<br>き | 優<br>先<br>す<br>べ<br>き | 優<br>先<br>し<br>な<br>く<br>て<br>よ<br>い |  |
| ①障がい福祉サービスの充実      | 5      | 4                     | 3                     | 2                | 1            | 3      | 2                               | 1                     |                                      |  |
| ②相談支援体制・情報提供体制の整備  | 5      | 4                     | 3                     | 2                | 1            | 3      | 2                               | 1                     |                                      |  |
| ③虐待防止・差別解消         | 5      | 4                     | 3                     | 2                | 1            | 3      | 2                               | 1                     |                                      |  |
| ④障がい者の理解促進         | 5      | 4                     | 3                     | 2                | 1            | 3      | 2                               | 1                     |                                      |  |
| ⑤障がい者の雇用・就労支援      | 5      | 4                     | 3                     | 2                | 1            | 3      | 2                               | 1                     |                                      |  |
| ⑥特別支援教育の充実         | 5      | 4                     | 3                     | 2                | 1            | 3      | 2                               | 1                     |                                      |  |
| ⑦文化・芸術・スポーツ活動への支援  | 5      | 4                     | 3                     | 2                | 1            | 3      | 2                               | 1                     |                                      |  |
| ⑧災害対策              | 5      | 4                     | 3                     | 2                | 1            | 3      | 2                               | 1                     |                                      |  |
| ⑨公共施設のバリアフリー化や移動支援 | 5      | 4                     | 3                     | 2                | 1            | 3      | 2                               | 1                     |                                      |  |
| ⑩意識啓発支援の充実         | 5      | 4                     | 3                     | 2                | 1            | 3      | 2                               | 1                     |                                      |  |

あなたはご本人への質問はここまでです。もし、障がい福祉サービスや行政の取組について、何かご意見やご要望がありましたら、なんでも書いてください。

ご協力 ありがとうございます。

だい きたおかししやう しゃふくしけいかく だい きたおかししやう じ  
「第7期高岡市障がい者福祉計画」・「第3期高岡市障がい児  
福祉計画」策定のための実態調査について（お願い）

日頃より高岡市の福祉行政にご理解・ご協力をいただき、ありがとうございます。  
高岡市では現在、令和6年度を初年度とする第7期高岡市障がい者福祉計画及び第3期  
高岡市障がい児福祉計画の策定に向けた取り組みを進めています。そのため、市民の皆さ  
まの福祉サービスの実態や福祉に関する意識、意向などを把握し、計画策定や  
施策推進に役立てるためのアンケート調査を実施することになりました。

調査の対象者は、障がい者手帳をお持ちの方、児童通所サービスを受けている方  
の中から約200人を無作為に選ばせていただきました。  
この調査は、無記名でご回答いただけますので、回答された方が特定されたり、個人の  
回答内容が明らかにされたりすることはありません。調査票は高岡市個人情報保護条例  
にしたがい、適切な管理をいたします。

また、ご回答いただいた内容は、統計的な処理を行い、計画策定および施策推進のため  
の基礎資料としてのみ使用し、その他の目的で使われることは一切ありません。  
調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

令和5年7月高岡市

<記入要領>

- ・回答は、原則として保護者さまにお願いしますが、保護者さまが直接回答いただくこと  
が難しい場合には、家族や介護者の方などが、お子さんや保護者さまの意向を尊重して  
記入してください。
- ・質問への回答方法は、それぞれ質問文に記載していますので、質問文をよく読んでお答  
えください。
- ・記入が終わりましたら、8月14日までに同封の返信用封筒を使ってご返送ください。
- ・このアンケート調査へのご質問などは、下記までお問い合わせください。

【問い合わせ先】

高岡市役所社会福祉課 障害福祉係 電話（0766）20-1369（直通）  
FAX（0766）20-1371

問1 お答えいただくのは、どなたですか。（○は1つだけ）

1. 保護者
2. 保護者の方以外（続柄： ）

※これ以降、この調査票が郵送された保護者さまを「あなた」とお呼びしますので、お子  
さん（この調査票の対象者：障害のある方）の状況などについて、お答えください。

お子さんの性別・年齢・ご家族などについて

問2 お子さんの年齢をお答えください。（令和5年4月1日現在）

歳

問3 お子さんの性別をお答えください。（○は1つだけ）

- |       |       |        |          |
|-------|-------|--------|----------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 | 4. 回答しない |
|-------|-------|--------|----------|

問4 お子さんがお住まいの中学校区はどこですか。（○は1つだけ）

- |       |         |       |        |        |        |
|-------|---------|-------|--------|--------|--------|
| 1. 高陵 | 2. 高岡西部 | 3. 南星 | 4. 志貴野 | 5. 芳野  | 6. 牧野  |
| 7. 伏木 | 8. 国吉   | 9. 五位 | 10. 戸出 | 11. 中田 | 12. 福岡 |

問5 いま、お子さんが一緒に暮らしている人は、どなたですか。  
（あてはまるものすべてに○）

- |                |           |
|----------------|-----------|
| 1. 父母・祖父母・兄弟姉妹 | 2. その他親戚  |
| 3. 寮・施設の職員や仲間  | 4. その他（ ） |

問6 日常生活の中で、お子さんは次の支援が必要ですか。①から⑩のそれぞれにお答えください。(①から⑩それぞれに○を1つ)

| 項目                            | 不要 | 一部(時々)必要 | 全部必要 |
|-------------------------------|----|----------|------|
| ① 食事の介助                       | 1  | 2        | 3    |
| ② トイレの介助                      | 1  | 2        | 3    |
| ③ 入浴の介助                       | 1  | 2        | 3    |
| ④ 衣服の着脱の介助                    | 1  | 2        | 3    |
| ⑤ 身だしなみの介助<br>(はみがき、洗顔、つめきり等) | 1  | 2        | 3    |
| ⑥ 家の中の移動の介助                   | 1  | 2        | 3    |
| ⑦ 外出の介助                       | 1  | 2        | 3    |
| ⑧ 家族以外の人との意思疎通の援助             | 1  | 2        | 3    |
| ⑨ お金の管理の援助                    | 1  | 2        | 3    |
| ⑩ 薬の管理の援助                     | 1  | 2        | 3    |

【問6で「一部(時々)必要」又は「全部必要」と答えた方がお答えください】

問7 お子さんを支援してくれる方は主に誰ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 父母・祖父母・兄弟姉妹

2. その他親戚

3. ホームヘルパーや施設の職員

4. その他の人(ホランティイ等)

【問7で1. 2. と答えた方がお答えください】

問8 お子さんを支援してくれる家族で、主な方の年齢、性別、健康状態をお答えください。

①年齢 (令和5年4月1日現在)

歳

②性別 (○は1つだけ)

1. 男性

2. 女性

3. その他

4. 回答しない

③健康状態 (○は1つだけ)

1. よい

2. ぶつう

3. よくない

問9 ふだん、お子さんを支援してくれる方が、何らかの理由で支援ができない場合、どのようにしていますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 同居している他の家族に頼む

2. 同居していない家族や親せきに頼む

3. 近所の人や友人・知人に頼む

4. 日中サービス(日中一時支援等)やホームヘルプサービスを利用する。

5. ホランティイに頼む

6. 短期入所(ショートステイ)を利用する

7. 考えていない

8. その他( )

問10 主に支援をしておられる方が、支援・介護について、感じておられることは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 支援者自身の健康に不安がある

2. 代わりに支援を頼める人がいない

3. 緊急時の対応に不安がある

4. 身体的な負担が大きい

5. 精神的な負担が大きい

6. 経済的な負担が大きい

7. 支援者が仕事に出られない

8. 支援者が外出や旅行に出かけられない

9. 支援者に休養や息抜きがない

10. 支援者が高齢であることに不安がある

11. 深夜・早朝の緊急時の相談窓口がない

12. 相談窓口が分からない

13. 特にない

14. 分からない

15. その他( )

お子さんの障 がい の 状 況 について

問11 お子さんは身体障害者手帳をお持ちですか。(○は1つだけ)

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

問12 身体障害者手帳をお持ちの場合、主たる障がいをお答えください。  
(○は1つだけ)

- |                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| 1. 視覚障がい               | 2. 聴覚障がい          |
| 3. 盲ろう(視覚障がいと聴覚障がいの重複) | 4. 音声・言語・しゃく機能障がい |
| 5. 肢体不自由(上肢)           | 6. 肢体不自由(下肢)      |
| 7. 肢体不自由(体幹)           | 8. 内部障がい(1～7以外)   |

問13 お子さんは療育手帳をお持ちですか。(○は1つだけ)

- |                      |           |
|----------------------|-----------|
| 1. 療育手帳A             | 2. 療育手帳B  |
| 3. 知的障害があるが手帳を持っていない | 4. 持っていない |

問14 お子さんは精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。(○は1つだけ)

- |                       |           |       |
|-----------------------|-----------|-------|
| 1. 1級                 | 2. 2級     | 3. 3級 |
| 4. 精神障がいがあるが手帳を持っていない | 5. 持っていない |       |

問15 お子さんは重症心身障がいの認定を受けていますか。(○は1つだけ)

※重症心身障がいとは、重度の肢体不自由と重度の知的障がいとが重複した状態のことを言います。

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. 受けている | 2. 受けていない |
|----------|-----------|

問16 お子さんは難病(指定難病)の認定を受けていますか。(○は1つだけ)

※難病(指定難病)とは、筋萎縮性側索硬化症(ALS)やパーキンソン病などの治療法が確立していない疾病その他の特殊の疾病をいいます。

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. 受けている | 2. 受けていない |
|----------|-----------|

問17 お子さんは発達障がいとして診断されたことがありますか。(○は1つだけ)  
※発達障がいとは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害などをいいます。

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問18 お子さんは強度行動障がいがあると言われたことはありますか。

(○は1つだけ)

※強度行動障がいとは、自傷、他傷、こだわり、もの選し、睡眠の乱れ、異食、多動など本人や周囲の人のくらしに影響を及ぼす行動が、著しく高い頻度で起こるため、特別に配慮された支援が必要になっている状態のことをいいます。障害福祉サービス等を利用している方で重度障害者支援加算の対象となっている場合や、外出支援で行動支援を利用している場合、医師や療育機関等から指摘されたことがある場合は「1」としてください。

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問19 お子さんは高次脳機能障がいとして診断されたことがありますか。

(○は1つだけ)

※高次脳機能障がいとは、一般に、外傷性脳損傷、脳血管障害等により脳に損傷を受けその後遺症等として生じた記憶障がい、注意障がい、社会的行動障がいなどの認知障がい等を指すものとされており、具体的には「会話がうまくかみ合わない」等の症状があります。

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

【問19で「ある」を選択された方がお答えください】

問20 その関連障がいをお答えください。(あてはまるものすべてに○)

- |                   |              |
|-------------------|--------------|
| 1. 視覚障がい          | 2. 聴覚障がい     |
| 3. 音声・言語・しゃく機能障がい | 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. 内部障がい(1～6以外)   |              |

問21 お子さんは現在医療的ケアを受けていますか。(○は1つだけ)

1. 受けている      2. 受けていない

【問21で「受けている」を選択された方がお答えください】

問22 お子さんが現在受けている医療的ケアをご回答ください。

(あてはまるものすべてに○)

1. 気管切開
2. 人工呼吸器 (レスピレーター)
3. 吸入
4. 吸引
5. 胃ろう・腸ろう
6. 鼻腔経管栄養
7. 中心 静 脈 栄養 (I・V・H)
8. 透析
9. カテーテル留置
10. ストマ (人工肛門・人工膀胱)
11. 栄養管理
12. その他

問23 お子さんの障がいや発達課題に気づいたきっかけは何でしたか。

(○は1つだけ)

1. 出生時の検査等
2. 病院等の医療機関による受診
3. 保健センター・医療機関で実施する健診
4. 小学校で実施する就学時健康診断
5. 保育園・幼稚園・認定こども園・学校の助言
6. あなたを含む家族による気づき
7. その他 ( )

住まいや暮らしについて

問24 お子さんは現在どのようなように暮らしていますか。

((1)と(2)のそれぞれについて、○は1つだけ)

(1) 一緒に暮らしている人の有無

1. 父母、祖父母、兄弟姉妹などの家族と一緒に暮らしている
2. その他親戚と一緒に暮らしている
3. 児童福祉施設の利用者と一緒に暮らしている
4. その他 ( )

(2) 暮らしている場所

1. 一般の住宅
2. 児童福祉施設
3. 病院 (入院中)
4. その他 ( )

【問25はお子さんが問2で15歳～18歳と答えた方がお答えください。】

問25 お子さんは今後3年以内にどのような暮らしをしたいと思いますか。

((1)と(2)のそれぞれについて、○は1つだけ)

(1) 一緒に暮らしたい人の有無

1. 一人で暮らしたい
2. 配偶者またはパートナーと一緒に暮らしたい
3. 父母、祖父母、兄弟姉妹などの家族と一緒に暮らしたい
4. 福祉施設やグループホームの利用者と一緒に暮らしたい
5. その他 ( )

(2) 暮らしたい場所

1. 一般の住宅
2. グループホーム
3. 福祉施設 (障がい者支援施設)
4. その他 ( )

問26 あなたを含むご家族にとって、どのような支援があればよいと思いますか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |                         |                  |
|-------------------------|------------------|
| 1. 在宅で医療的ケアなどが適切に得られること | 2. 障がい児に適した住居の確保 |
| 3. 必要な在宅サービスが適切に利用できること | 4. 生活訓練等の充実      |
| 5. 経済的な負担の軽減            | 6. 相談対応等の充実      |
| 7. 地域住民等の理解             |                  |
| 8. 情報の取得利用や意思疎通についての支援  |                  |
| 9. その他 ( )              |                  |

問27 お子さんの健康や医療について、不安や困っていることがありますか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |                                        |                       |
|----------------------------------------|-----------------------|
| 1. 障がいの重度化や悪化が不安                       | 2. 栄養管理がむずかしい         |
| 3. 薬の管理がむずかしい<br>(決められた量・時間を守って服用するなど) | 4. 障がいについての専門の医療機関がない |
| 5. 休日や夜間に対応してくれる医療機関がない                | 6. 通院のための支援者が確保しにくい   |
| 7. 通院のための交通機関が整備されていない                 | 8. 医療機関がバリアフリー化されていない |
| 9. 医療や健康に関して気軽に相談できない                  | 10. 治療の説明が十分理解できない    |
| 11. 医療費の負担が大きい                         | 12. 障がいが理由で受診できない     |
| 13. その他                                | 14. 特に不安はない           |

日中活動や通学についてお聞きます。

問28 お子さんは、1週間にどの程度外出しますか。(○は1つだけ)

- |               |
|---------------|
| 1. 毎日外出する     |
| 2. 1週間に数回外出する |
| 3. めったに外出しない  |
| 4. まったく外出しない  |

【問29から問32は、問28で、4. 以外を選択した方がお答えください。】

問29 お子さんが外出する際の主な同伴者は誰ですか (○は1つだけ)

- |                  |                    |
|------------------|--------------------|
| 1. 父母・祖父母・兄弟姉妹   | 2. その他親戚           |
| 3. ホームヘルパーや施設の職員 | 4. その他の人 (ボランティア等) |
| 5. 一人で外出する       |                    |

問30 お子さんは、どのような目的で外出することが多いですか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1. 通学・通所       | 2. 訓練やリハビリに行く |
| 3. 医療機関への受診    | 4. 買い物に行く     |
| 5. 友人・知人に会う    | 6. 趣味やスポーツをする |
| 7. グループ活動に参加する | 8. 散歩に行く      |
| 9. その他 ( )     |               |

問31 ふだん、お子さんはどのような手段で外出しますか。(○は2つまで)

- |                 |                  |
|-----------------|------------------|
| 1. 徒歩           | 2. 車いす (電動または手動) |
| 3. 自家用車 (家族の運転) | 4. 自転車・バイク       |
| 5. 路線バス・電車      | 6. タクシー          |
| 7. 施設や病院等の送迎車   | 8. その他 ( )       |

問32 外出する時に困ることは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 公共交通機関が少ない (ない)
2. 列車やバスの乗り降りが困難
3. 道路や駅に階段や段差が多い
4. 切符の買い方や乗換えの方法がわかりにくい
5. 外出先の建物の設備が不便 (通路・トイレ・エレベーターなど)
6. 障がい者用駐車場が少ない
7. 介助者が確保できない
8. 外出にお金がかかる
9. 周囲の目が気になる
10. 発作など突然の身体の変化が心配
11. 困ったときにどうすればいいのかが心配
12. その他 ( )

問33 お子さんは、どの学校等に在園・在学していますか。(○は1つだけ)

1. 幼稚園、保育園、認定こども園
2. 障害児通園施設 (きずな子ども発達支援センターなど)
3. 小学校 [ A 普通学級 B 特別支援学級 ]
4. 中学校 [ A 普通学級 B 特別支援学級 ]
5. 高等学校
6. 特別支援学校 [ A 幼稚園 B 小学部 C 中学部 D 高等部 ]
7. 高等支援学校
8. その他 ( )
9. 在籍していない

「9. 在籍していない」と回答された方は、問35にお進みください。

問34 お子さんは現在、通園・通学をしていますか。(○は1つだけ)

1. 毎日または月半分以上通園・通学中
2. あまり通えていない・通えていない

問35 現在、あなたはお子さんが通っている保育園・幼稚園・学校に対する悩みや不安はありませんか。(○は3つまで)

1. 障がいに対する配慮や意識が低い
2. 相談できる人がいない
3. 特別扱いされる
4. 人間関係がよくない
5. 進学・就職に対する支援が少ない
6. 通学が困難である
7. 学習内容がむずかしいすぎる
8. 勉強したいことが学べない
9. バリアフリー (設備等) の整備が不十分である
10. その他 ( )
11. 特にない

問36 保育園・幼稚園・学校にお子さんを通う上で、あなたが求めることは何ですか。(○は2つまで)

1. 送迎など、通園・通学のサポート
2. ひとりひとりの状況にあった学習支援や、園・学校生活のサポート
3. 授業や遊びの吸引など、医療的なケア
4. 障がい福祉サービス事業所など、外部支援機関との連携
5. 保育園・幼稚園などから小・中・高等教育までの支援の引き継ぎの充実
6. 障がいや発達課題などに対する、教師や保護者、他の児童・生徒の理解と配慮
7. 障がいや発達課題などに合わせた環境の整備
8. その他 ( )
9. 特にない

相談相手についてお聞きします。

問37 あなたは、普段、お子さんの悩みや困ったことをどなたに相談しますか。  
(〇は3つまで)

|                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| 1. 家族や親せき                  | 2. 友人・知人              |
| 3. 近所の人                    | 4. 職場の上司や同僚           |
| 5. 施設の指導員など                | 6. ホームヘルパーなどサービス事業所の人 |
| 7. 障害者団体や家族会               | 8. かかりつけの医師や看護師       |
| 9. 病院のケースワーカーや介護保険のケアマネジャー | 10. 民生委員・児童委員         |
| 11. 通園施設や保育所、幼稚園、学校の先生     | 12. 相談支援事業所などの民間の相談窓口 |
| 13. 行政機関の相談窓口              | 14. その他 ( )           |

問38 あなたは障がいのあることや福祉サービスなどに関する情報を、どこから知ることが多いですか。(〇は3つまで)

|                            |
|----------------------------|
| 1. 本や新聞、雑誌の記事、テレビやラジオのニュース |
| 2. 行政機関の広報誌                |
| 3. インターネット                 |
| 4. 家族や親せき、友人・知人            |
| 5. サービス事業所の人や施設職員          |
| 6. 障がい者団体や家族会(団体の機関誌など)    |
| 7. かかりつけの医師や看護師            |
| 8. 病院のケースワーカーや介護保険のケアマネジャー |
| 9. 民生委員・児童委員               |
| 10. 通園施設や保育所、幼稚園、学校の先生     |
| 11. 相談支援事業所などの民間の相談窓口      |
| 12. 行政機関の相談窓口              |
| 13. その他 ( )                |

障がい福祉サービス等の利用についてお聞きします。

問39 お子さんは次のサービスを利用していますか。また、これから利用する希望はありますか。(①～④のサービスごとに、「現在の利用」と「今後3年以内の利用希望」の両方をお答えください(番号に〇をしてください)。

また、現在の利用で「2. 利用していない」または、今後3年以内の利用希望で「4. 利用希望がない」と答えた場合、その理由をそれぞれお答えください。(下の表の選択肢ア～ケから選んで記載ください。)

①居宅介護(ホームヘルプ)

自宅で入浴や排せつ、食事などの介助を行うサービスです。

【現在の利用】(番号に〇をしてください)

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| 1. 利用している                                                               |
| 2. 利用していない ⇒ その理由を下表(ア～ケ)から選んで下記に〇をしてください。<br>(その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ) |

【今後3年以内の利用希望】(番号に〇をしてください)

|                                                                         |                  |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                                                         | 2. 今と間じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                                                         |                  |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表(ア～ケ)から選んで下記に〇をしてください。<br>(その理由 ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ ) |                  |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ク. その他                           |                                          |

② 重度訪問介護

重い障がいがあり常に介護が必要な方に、自宅へ入浴や排せつ、食事などの介助や外出時の移動の補助を行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| 1. 利用している                                                                |
| 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。<br>（その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                                                          |
| 2. 今よりも利用を減らす予定                                                          |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                                                          |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。<br>（その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ |

③ 同行援護

視覚障がいにより移動が著しく困難な方に、外出に必要な情報の提供や移動の援護などを行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| 1. 利用している                                                                |
| 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。<br>（その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                                                          |
| 2. 今よりも利用を減らす予定                                                          |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                                                          |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。<br>（その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

④ 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うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| 1. 利用している                                                                |
| 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。<br>（その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                                                          |
| 2. 今よりも利用を減らす予定                                                          |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                                                          |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。<br>（その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ |

⑤ 重度障害者等包括支援

常に介護が必要な方で、介護の必要の度合いがとて高い方に、居宅介護などをまとめて提供するサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| 1. 利用している                                                                |
| 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。<br>（その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                                                          |
| 2. 今よりも利用を減らす予定                                                          |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                                                          |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。<br>（その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

## ⑧施設入所支援

主として夜間、施設に入所する障がい者に対し、入浴、排せつ、食事の介護などの支援を行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 1. 利用している                                    |
| 2. 利用していない → その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                     |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 1. 利用希望あり（1年以内を希望）                           |
| 2. 利用希望あり（3年以内を希望）                           |
| 3. 利用希望あり（将来的な希望）                            |
| 4. 利用希望がない → その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                     |

## ⑨短期入所（ショートステイ）

在宅の障がい者を介護する方が病気の場合などに、障がい者が施設に短期間入所し、入浴、排せつ、食事の介護などを行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 1. 利用している                                    |
| 2. 利用していない → その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                     |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                              |
| 2. 今と同じくらい利用する予定                             |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                              |
| 4. 利用希望がない → その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                     |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

## ⑨療養介護

医療が必要で、常に介護を必要とする方に、主に昼間に病院等において機能訓練、療養上の管理、看護などを提供するサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 1. 利用している                                    |
| 2. 利用していない → その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                     |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                              |
| 2. 今と同じくらい利用する予定                             |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                              |
| 4. 利用希望がない → その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                     |

## ⑩生活介護

常に介護を必要とする方に、施設で入浴や排せつ、食事の介護や創作的活動などの機会を提供するサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 1. 利用している                                    |
| 2. 利用していない → その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                     |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                              |
| 2. 今と同じくらい利用する予定                             |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                              |
| 4. 利用希望がない → その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                     |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

⑩自立生活援助

一人暮らしに必要な理解力生活力などを補うため、定期的な居宅訪問や随時の対応により日常生活における課題を把握し、必要な手助けを行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 1. 利用している                                    |
| 2. 利用していない → その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                     |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                              |
| 2. 今と同じくらい利用する予定                             |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                              |
| 4. 利用希望がない → その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                     |

⑪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うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 1. 利用している                                    |
| 2. 利用していない → その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                     |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 1. 利用希望あり（1年以内を希望）                           |
| 2. 利用希望あり（3年以内を希望）                           |
| 3. 利用希望あり（将来的な希望）                            |
| 4. 利用希望がない → その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                     |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

⑫自立訓練（機能訓練、生活訓練）

自立した日常生活や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うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 1. 利用している                                    |
| 2. 利用していない → その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                     |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                              |
| 2. 今と同じくらい利用する予定                             |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                              |
| 4. 利用希望がない → その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                     |

⑬就労移行支援

通常の事業所で働きたい方に、一定の期間、就労に必要な知識及び能力の向上のための訓練を行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 1. 利用している                                    |
| 2. 利用していない → その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                     |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                              |
| 2. 今と同じくらい利用する予定                             |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                              |
| 4. 利用希望がない → その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                     |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

⑭就労継続支援（A型、B型）

通常の事業所で働くことが困難な方に、就労の機会の提供や生産活動その他の活動の機会を提供、知識や能力の向上のための訓練を行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

- |                                             |
|---------------------------------------------|
| 1. 利用している                                   |
| 2. 利用していない ⇒その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                    |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

- |                                             |                  |
|---------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                             | 2. 今と間じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                             |                  |
| 4. 利用希望がない ⇒その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                    |                  |

⑮就労定着支援

通常の事業所で働いている方に、就労に伴う生活面の課題に対応する支援を行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

- |                                             |
|---------------------------------------------|
| 1. 利用している                                   |
| 2. 利用していない ⇒その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                    |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

- |                                             |                  |
|---------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                             | 2. 今と間じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                             |                  |
| 4. 利用希望がない ⇒その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                    |                  |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかるため                     | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

⑯計画相談支援・障害児相談支援

サービス等利用計画案・障害児の通所支援に関する計画案の作成や事業者等と連絡調整を行うほか、利用状況の確認を行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

- |                                             |
|---------------------------------------------|
| 1. 利用している                                   |
| 2. 利用していない ⇒その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                    |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

- |                                             |                  |
|---------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                             | 2. 今と間じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                             |                  |
| 4. 利用希望がない ⇒その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                    |                  |

⑰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うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

- |                                             |
|---------------------------------------------|
| 1. 利用している                                   |
| 2. 利用していない ⇒その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                    |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

- |                                             |                  |
|---------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                             | 2. 今と間じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                             |                  |
| 4. 利用希望がない ⇒その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |
| （その理由） ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                    |                  |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域に相談支援事業所がない                 | カ. 引き受けてくれる相談支援事業所が見つからない                |
| キ. 利用料金がかるため                     | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

⑩地域定着支援

常に連絡体制を確保し、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などを支援するサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. 利用している               | 2. 利用していない              |
| （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ | （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定         | 2. 今と間じくらい利用する予定        |
| 3. 今よりも利用を減らす予定         | 4. 利用希望がない              |
| （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ | （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域に相談支援事業所がない                 | カ. 引き受けてくれる相談支援事業所が見つからない                |
| キ. 利用料金がかるため                     | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

⑩児童発達支援

日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援を行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. 利用している               | 2. 利用していない              |
| （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ | （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定         | 2. 今と間じくらい利用する予定        |
| 3. 今よりも利用を減らす予定         | 4. 利用希望がない              |
| （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ | （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ |

⑩医療型児童発達支援

日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援と治療を行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. 利用している               | 2. 利用していない              |
| （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ | （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定         | 2. 今と間じくらい利用する予定        |
| 3. 今よりも利用を減らす予定         | 4. 利用希望がない              |
| （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ | （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかるため                     | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

②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うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                              |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 利用している                                    | ア      | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |   |
| 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 | （その理由） | ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                              |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                              | 2. 今と間じくくらい利用する予定 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                              |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| （その理由）                                       | ア                 | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |

②居宅訪問型児童発達支援

重度の障がいなどにより外出が著しく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。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|           |                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------|----------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 利用している | 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| （その理由）    | ア                                            | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                              |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                              | 2. 今と間じくくらい利用する予定 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                              |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| （その理由）                                       | ア                 | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

②保育所等訪問支援

保育所等を訪問し、障がい児に対して、障がい児以外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うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|           |                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------|----------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 利用している | 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| （その理由）    | ア                                            | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                              |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                              | 2. 今と間じくくらい利用する予定 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                              |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| （その理由）                                       | ア                 | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |

②福祉型児童入所施設

障がい児入所施設に入所する障がい児に対して、保護・日常生活の指導や知識技能の付与を行うサービスです。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|           |                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------|----------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 利用している | 2. 利用していない ⇒ その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| （その理由）    | ア                                            | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|           |                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------|----------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 利用希望あり | 2. 利用希望がない ⇒ その理由を下表（ア）～（ケ）から選んで下記に○をしてください。 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| （その理由）    | ア                                            | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

⑤医療型児童入所施設  
障がい児入所施設や指定医療機関に入所等をする障がい児に対して、保護・日常生活の指導や知識技能の付与や治療を行うサービスです。

【現在の利用】(番号に○をしてください)

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| 1. 利用している                                           |
| 2. 利用していない ⇒その理由を下表 (ア)～(ケ)から選んで下記に○をしてください。        |
| (その理由)    ア    イ    ウ    エ    オ    カ    キ    ク    ケ |

【今後3年以内の利用希望】(番号に○をしてください)

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| 1. 利用希望あり                                           |
| 2. 利用希望がない ⇒その理由を下表 (ア)～(ケ)から選んで下記に○をしてください。        |
| (その理由)    ア    イ    ウ    エ    オ    カ    キ    ク    ケ |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない<br>※年齢制限・障害支援区分が合致しない等 |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない                      |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない                    |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった                      |
| ケ. その他                           |                                          |

⑥コミュニケーション支援  
(手話通訳、要約筆記等)  
聴覚障がいの人に、手話通訳者、要約筆記者を派遣します。

【現在の利用】(番号に○をしてください)

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| 1. 利用している                                           |
| 2. 利用していない ⇒その理由を下表 (ア)～(ケ)から選んで下記に○をしてください。        |
| (その理由)    ア    イ    ウ    エ    オ    カ    キ    ク    ケ |

【今後3年以内の利用希望】(番号に○をしてください)

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                                     |
| 2. 今よりも利用を減らす予定                                     |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                                     |
| 4. 利用希望がない ⇒その理由を下表 (ア)～(ケ)から選んで下記に○をしてください。        |
| (その理由)    ア    イ    ウ    エ    オ    カ    キ    ク    ケ |

⑦補装具費、日常生活用具の給付

体に障がいのある人が、日常生活をしやすいように、身体機能などの補助をする用具を給付します。

【現在の利用】(番号に○をしてください)

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| 1. 利用している                                           |
| 2. 利用していない ⇒その理由を下表 (ア)～(ケ)から選んで下記に○をしてください。        |
| (その理由)    ア    イ    ウ    エ    オ    カ    キ    ク    ケ |

【今後3年以内の利用希望】(番号に○をしてください)

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                                     |
| 2. 今よりも利用を増やす予定                                     |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                                     |
| 4. 利用希望がない ⇒その理由を下表 (ア)～(ケ)から選んで下記に○をしてください。        |
| (その理由)    ア    イ    ウ    エ    オ    カ    キ    ク    ケ |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない     |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない   |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった   |
| ケ. その他                           |                       |

⑩移動支援

ヘルパーが、外出する手伝いをを行います。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                           |
|-------------------------------------------|
| 1. 利用している                                 |
| 2. 利用していない ⇒その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                   |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                           |                  |
|-------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                           | 2. 今と間じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                           |                  |
| 4. 利用希望がない ⇒その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |
| （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                   |                  |

⑪地域活動支援センター

創作的な活動や生産活動の機会を提供しています。（生活上の相談、レクリエーションなど）

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                           |
|-------------------------------------------|
| 1. 利用している                                 |
| 2. 利用していない ⇒その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                   |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                           |                  |
|-------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                           | 2. 今と間じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                           |                  |
| 4. 利用希望がない ⇒その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |
| （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                   |                  |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない     |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない   |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった   |
| ケ. その他                           |                       |

⑩日中一時支援

日中、ご家族に用事があるときなどに、事業所で日中を過ごすことができます。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                           |
|-------------------------------------------|
| 1. 利用している                                 |
| 2. 利用していない ⇒その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                   |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                           |                  |
|-------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                           | 2. 今と間じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                           |                  |
| 4. 利用希望がない ⇒その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |
| （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                   |                  |

⑪訪問入浴サービス支援

ヘルパーが自宅に訪問し浴槽を提供して入浴の手伝いをします。

【現在の利用】（番号に○をしてください）

|                                           |
|-------------------------------------------|
| 1. 利用している                                 |
| 2. 利用していない ⇒その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |
| （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                   |

【今後3年以内の利用希望】（番号に○をしてください）

|                                           |                  |
|-------------------------------------------|------------------|
| 1. 今よりも利用を増やす予定                           | 2. 今と間じくらい利用する予定 |
| 3. 今よりも利用を減らす予定                           |                  |
| 4. 利用希望がない ⇒その理由を下表（ア～ケ）から選んで下記に○をしてください。 |                  |
| （その理由）ア イ ウ エ オ カ キ ク ケ                   |                  |

下表

| 「利用していない場合の理由」「利用希望がない場合の理由」の選択肢 |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| ア. サービスを受ける必要がない                 | イ. サービスの対象者に含まれない     |
| ウ. 既に別のサービスの提供を受けている             | エ. サービス利用時間の都合が合わない   |
| オ. 地域にサービス提供事業所がない               | カ. 引き受けてくれる事業所が見つからない |
| キ. 利用料金がかかるため                    | ク. サービスがあることを知らなかった   |
| ケ. その他                           |                       |

問40 あなたは、お子さんが現在利用している障がい福祉サービスに満足していますか。(○は1つだけ)

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| 1. 満足している | 2. やや満足している     |
| 3. ぶつう    | 4. やや不満である      |
| 5. 不満である  | 6. サービスを利用していない |
| 7. わからない  | 8. その他          |

問41 【1. 2. 4. 5. を選択した理由】

権利擁護についてお聞きます。

問42 あなたは、お子さんが障がいがあることで差別や嫌な思いをする(した)ことがありますか。(○は1つだけ)

|       |         |       |
|-------|---------|-------|
| 1. ある | 2. 少しある | 3. ない |
|-------|---------|-------|

【問42で、1. 又は2. と回答された方にお聞きます。】

問43 どのような場所で差別や嫌な思いをしましたが。(あてはまるものすべてに○)

|                |              |
|----------------|--------------|
| 1. 学校          | 2. あなたの職場    |
| 3. あなたが仕事を探すとき | 4. 外出中       |
| 5. 余暇を楽しむとき    | 6. 病院などの医療機関 |
| 7. 住んでいる地域     | 8. その他( )    |

問44 成年後見人制度についてご存じですか。(○は1つだけ)

|                         |
|-------------------------|
| 1. 名前も内容も知っている          |
| 2. 名前を聞いたことがあるが、内容は知らない |
| 3. 名前も内容も知らない           |

災害時の避難等についてお聞きます。

問45 お子さんは、災害時の安全確認や避難の手助けを行うための「避難行動要支援者名簿」に登録していますか。(○は1つ)

|              |                  |
|--------------|------------------|
| 1. すでに登録している | 2. 知っているが登録していない |
| 3. 制度を知らない   |                  |

問46 お子さんは、火事や地震等の災害時に一人で避難できますか。(○は1つだけ)

|        |         |          |
|--------|---------|----------|
| 1. できる | 2. できない | 3. わからない |
|--------|---------|----------|

問47 あなたが、災害が起こった時に不安に思うことは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 災害情報を得る手段がない | 2. 家族との連絡       |
| 3. 避難する際の不安     | 4. 援助してくれる人がいない |
| 5. 災害の準備をしていない  | 6. 避難所での不安      |
| 7. その他          | 8. 特になし         |

問48 お子さんが火事や地震等の災害時に困ることは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

|                            |
|----------------------------|
| 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. 安全なところまで、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. 特になし                   |

問49 障がい福祉施設全般について、お聞きします。下記の①～⑩について、現在の満足度、今後の優先度のそれぞれに○を1つずつ付けてください。

|                    | 現在の満足度 |         |         |     | 今後の優先度 |    |         |
|--------------------|--------|---------|---------|-----|--------|----|---------|
|                    | 満足     | いえるほど満足 | どちらかと満足 | ふつう | やや不満   | 不満 | 特に優先すべき |
| ①障がい福祉サービスの充実      | 5      | 4       | 3       | 2   | 1      | 3  | 2       |
| ②相談支援体制・情報提供体制の整備  | 5      | 4       | 3       | 2   | 1      | 3  | 2       |
| ③虐待防止・差別解消         | 5      | 4       | 3       | 2   | 1      | 3  | 2       |
| ④障がい者の理解促進         | 5      | 4       | 3       | 2   | 1      | 3  | 2       |
| ⑤障がい者の雇用・就労支援      | 5      | 4       | 3       | 2   | 1      | 3  | 2       |
| ⑥特別支援教育の充実         | 5      | 4       | 3       | 2   | 1      | 3  | 2       |
| ⑦文化・芸術・スポーツ活動への支援  | 5      | 4       | 3       | 2   | 1      | 3  | 2       |
| ⑧災害対策              | 5      | 4       | 3       | 2   | 1      | 3  | 2       |
| ⑨公共施設のバリアフリー化や移動支援 | 5      | 4       | 3       | 2   | 1      | 3  | 2       |
| ⑩意思疎通支援の充実         | 5      | 4       | 3       | 2   | 1      | 3  | 2       |

あなたご本人への質問はここまでです。もし、障がい福祉サービスや行政の取組について、何かご意見やご要望がありましたら、なんでも書いてください。

ご協力ありがとうございます。