

## 大磯町障がい者福祉計画策定のためのアンケート調査

### ～アンケート調査ご協力のお願～

町民の皆様には、日頃から福祉行政にご理解・ご協力いただき、ありがとうございます。  
本町では、現在、障害者総合支援法に基づいて、「第5期障がい福祉計画」の策定に取り組んでいます。

このアンケート調査は、皆様の状況やご意見を次期計画に反映させるために実施するものです。

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、計画策定以外に使用いたしませんので、一人でも多くの皆様から、ありのままの状況やご意見をお聞かせいただきたいと思います。

お忙しいところ、誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

平成29年3月

大磯町長 中崎 久雄

### ご記入にあたってのお願い

- 1 **平成29年1月1日現在**の状況でご記入ください。
- 2 質問の中で、「あなた」とは、このアンケート票が宛て名の方（障がい者ご本人）をさしています。ご本人がお答えになるのが難しい場合は、ご家族や介護者の方がご本人に代わってお答えいただいても構いません。
- 3 お答えは、あなたの考えに最も近い**項目の番号(記号)を「○」で囲んでください。**「その他( )」に「○」をつけた場合は、( )内に具体的な内容を記入してください。
- 4 アンケート用紙及び返信用封筒には、住所、氏名を記入する必要はありません。

ご記入いただきましたアンケート用紙は、同封の返信用封筒に入れ、**3月31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)

この調査について、お問い合わせはご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

大磯町 町民福祉部 福祉課 障がい福祉係

Tel 0463-73-4530 / Fax 0463-73-1285



- (3)「自立支援医療」(精神通院医療)を利用していますか。
1. 手帳を持っており、自立支援医療も利用している
  2. 手帳を持っているが、自立支援医療を利用していない
  3. 手帳を持っていないが、自立支援医療を利用している

問4 年齢が40歳以上の方にお聞きします。あなたは、介護保険の認定を受けていますか。

※介護保険では、65歳以上の方が第1号被保険者となるほか、特定疾病をお持ちの方については、40歳以上65歳未満の方が第2号被保険者となります。

1. 現在、介護認定を受けている→現在の介護度を教えてください  
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 非該当
2. 申請したが、認定対象外となった
3. 今後、介護保険を利用したい、または、現在申請中である
4. 介護保険の必要性を感じていない

### 3 日常生活の状況、就労状況についてお聞きします。

問5 あなたの現在のお住まい(生活の場)はどこですか。病院に入院中(1年未満)の方は、入院する前のお住まいについてお答えください。(1つに○印)

1. 持ち家(家族・親戚の持ち家も含む)
2. 賃貸住宅・寮など
3. 福祉施設
4. 病院(1年以上の長期入院)
5. グループホーム
6. その他( )

問6 現在、あなたと一緒に暮らしている人は、どなたですか。あなたから見た続柄でお答えください。(あてはまるものすべてに○印)

1. 父母、祖父母、兄弟
2. 配偶者(夫または妻)
3. 子ども(子の配偶者・孫を含む)
4. 1～3を除く親族
5. 友人・仲間など
6. 一人で暮らしている
7. 施設・寮などで共同生活
8. 病院に入院
9. その他( )

問7 あなたは、普段の生活で介護・支援を必要としていますか。

1. している
2. していない

問8 問7で「1. している」と答えた方にお聞きします。

A 普段、あなたを介護・支援している方はどなたですか。(あてはまるものすべてに○印)

1. 父母、祖父母、兄弟
2. 配偶者(夫または妻)
3. 子ども(子の配偶者・孫を含む)
4. 友人・仲間など
5. ボランティア
6. ホームヘルパーや施設・病院の職員
7. 介助は受けていない
8. その他( )

B 介護・支援が必要な項目は何ですか。(あてはまるものすべてに○印)

- |             |         |                  |        |
|-------------|---------|------------------|--------|
| 1. 食事       | 2. トイレ  | 3. 入浴            | 4. 着替え |
| 5. 家の中の移動   | 6. 薬の服用 | 7. 洗濯・掃除         | 8. 外出  |
| 9. 買い物      | 10. 通院  | 11. 人とのコミュニケーション |        |
| 12. その他 ( ) |         |                  |        |

問9 あなたの生活を支えている収入は何ですか。(あてはまるものすべてに○印)

- |                  |                  |
|------------------|------------------|
| 1. 勤め先の給料・賃金     | 2. 通所施設・作業所などの工賃 |
| 3. 家族の収入・親戚などの援助 | 4. 自己資金          |
| 5. 年金・特別障害者手当など  | 6. 生活保護費         |
| 7. その他 ( )       |                  |

問10 あなたの1ヶ月あたりの収入はどのくらいですか。(年金や手当を含む)(1つに○印)

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. なし           | 2. 1万円未満        |
| 3. 1万円以上5万円未満   | 4. 5万円以上10万円未満  |
| 5. 10万円以上15万円未満 | 6. 15万円以上20万円未満 |
| 7. 20万円以上25万円未満 | 8. 25万円以上       |

問11 働いていない方にお聞きします。働いていない理由は何ですか。

- |                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| 1. 働きたいが就職先が見つからない | 2. 心身の状況により働けない |
| 3. 高齢のため           | 4. その他 ( )      |

#### 4 健康管理や医療についてお聞きします

問12 日頃より、あなた自身が治療を受けたり、健康について相談できる「かかりつけ医師」がいますか。

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. いる | 2. いない |
|-------|--------|

問13 あなたは、体調を維持するために、気を配っていることがありますか。(あてはまるものすべてに○印)

- |                             |
|-----------------------------|
| 1. 食事(栄養バランスなど)に気をつけている     |
| 2. スポーツ・運動(リハビリを含む)をしている    |
| 3. 睡眠を十分取っている               |
| 4. 酒・タバコを嗜(たしな)まない、または控えている |
| 5. 定期的に受診(健診)し、必要であれば服薬している |
| 6. 趣味・レクリエーションでストレスを解消している  |
| 7. その他 ( )                  |
| 8. 特にない                     |

問 14 医療を受ける上で困っていることはありますか。(あてはまるものすべてに○印)

1. 医療費の負担が大きい
2. 通院費(交通費)の負担が大きい
3. 通院(病院までの移動)が困難である
4. 入院時の付き添いがいない
5. 専門的な治療をする病院が近くにない
6. 近くに診てくれる医師がいない、あるいは往診を頼める医師がいない
7. 定期的に健康診断を受けられない
8. 障がいが理由で治療が受けにくい
9. 意思の疎通ができない(手話などが必要な場合を含む)
10. その他( )
11. 特にない

## 5 余暇や地域活動についてお聞きします。

問 15 あなたの外出の頻度はどのくらいですか。(1つに○印)

1. ほぼ毎日
2. 週に3~4回
3. 週に1~2回
4. 月に1~2回
5. 年に数回
6. 外出しない

問 16 あなたは、この1年間地域での行事や活動に参加したことがありますか。(あてはまるものすべてに○印)

1. 地域の行事やお祭り
2. 公共施設やその他の施設での催し物
3. 趣味やサークル等の活動
4. 団体の活動
5. 参加していない
6. その他( )

問 17 あなたは、地域との関わりに対してどのようにお考えですか。(2つ以内に○印)

1. 地域の人と打ち解けられる関係を築きたい
2. いざという時のためにご近所との付き合いを大切にしたい
3. 住民同士が協力して地域を良くする活動に参加したい
4. ボランティアや自治会(町内会)等の役員として参加したい
5. ご近所の協力はあてにせず、自分のことは自分です(公的な支援は含む)
6. 地域との関わりを持ちたくない
7. その他( )

## 6 福祉サービス等の利用状況・希望についてお聞きします。

問 18 あなたは、福祉サービス等を利用していますか。(1 つに○印)

1. 障害者総合支援法による福祉サービス
2. 介護保険法によるサービス
3. 利用していない
4. 利用していないが、今後利用したい
5. その他 ( )

問 19 あなたが現在利用している「障がい福祉サービス」についてお聞きします。利用していない場合は、今後利用したいかをお聞きします。(1 か 2 のどちらかに○印、2 を選択された場合は、さらにアかイのどちらに○印)

### ○ 居宅系サービス…在宅で訪問を受けたりするサービスです。

#### ①居宅サービス (ホームヘルプサービス)

～自宅で入浴や排せつ、食事などの介助をします。

1. 利用している (週 回)
2. 利用していない ～以下、ア、イ、もお答えください。  
→ア、①利用していないが、今後利用したい (週 1～2 回、週 3～4 回、週 5 回以上)  
→イ、②利用の予定はない (利用の資格がない)

#### ②重度訪問サービス

～重度の障がいのために常に介護が必要な人に、入浴・食事・外出時の移動の支援をします。

1. 利用している (週 回)
2. 利用していない ～以下、ア、イ、もお答えください。  
→ア、①利用していないが、今後利用したい (週 1～2 回、週 3～4 回、週 5 回以上)  
→イ、②利用の予定はない (利用の資格がない)

#### ③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人に外出時の移動の支援をします。

1. 利用している (週 回)
2. 利用していない ～以下、ア、イ、もお答えください。  
→ア、①利用していないが、今後利用したい (週 1～2 回、週 3～4 回、週 5 回以上)  
→イ、②利用の予定はない (利用の資格がない)

#### ④同行援護

～重度の視覚障がいにより移動が困難な人に外出時に同行して移動の支援をします。

1. 利用している (週 回)
2. 利用していない ～以下、ア、イ、もお答えください。  
→ア、①利用していないが、今後利用したい (週 1～2 回、週 3～4 回、週 5 回以上)  
→イ、②利用の予定はない (利用の資格がない)

#### ⑤短期入所 (ショートステイ)

～家で介護を行う人が病気などの場合、施設等へ短期間入所します。

1. 利用している (週 回)
2. 利用していない ～以下、ア、イ、もお答えください。  
→ア、①利用していないが、今後利用したい (週 1～2 回、週 3～4 回、週 5 回以上)  
→イ、②利用の予定はない (利用の資格がない)

● 通所系サービス…入所施設等で昼間の活動を支援するサービスです。

①療養介護

～医療と介護が必要な人に医療機関で、看護、介護や相談等の支援をします。

1. 利用している（週 回）
2. 利用していない ～以下、ア. イ. もお答えください。  
→ア. ①利用していないが、今後利用したい（週 1～2 回、週 3～4 回、週 5 回以上）  
→イ. ②利用の予定はない（利用の資格がない）

②生活介護

～常に（主に日中に）介護が必要な人に、施設等、身体介助や家事援助、相談等の支援をします。

1. 利用している（週 回）
2. 利用していない ～以下、ア. イ. もお答えください。  
→ア. ①利用していないが、今後利用したい（週 1～2 回、週 3～4 回、週 5 回以上）  
→イ. ②利用の予定はない（利用の資格がない）

③自立訓練（機能・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します。

1. 利用している（週 回）
2. 利用していない ～以下、ア. イ. もお答えください。  
→ア. ①利用していないが、今後利用したい（週 1～2 回、週 3～4 回、週 5 回以上）  
→イ. ②利用の予定はない（利用の資格がない）

④就労移行支援

～就労を希望する人に対し、就労に必要な知識及び能力の向上のための訓練をします。

1. 利用している（週 回）
2. 利用していない ～以下、ア. イ. もお答えください。  
→ア. ①利用していないが、今後利用したい（週 1～2 回、週 3～4 回、週 5 回以上）  
→イ. ②利用の予定はない（利用の資格がない）

⑤就労継続支援

～一般企業での就労が困難な人に、就労に必要な知識及び能力の向上のための訓練をします。

1. 利用している（週 回）
2. 利用していない ～以下、ア. イ. もお答えください。  
→ア. ①利用していないが、今後利用したい（週 1～2 回、週 3～4 回、週 5 回以上）  
→イ. ②利用の予定はない（利用の資格がない）

☆ 居住系サービス…入所施設等で住まいの場におけるサービスを行います。

①施設入所支援

～施設に入所する人に、主に夜間、入浴や排せつ、食事の介助等の支援をします。

1. 利用している（週 回）
2. 利用していない ～以下、ア. イ. もお答えください。  
→ア. ①利用していないが、今後利用したい（週 1～2 回、週 3～4 回、週 5 回以上）  
→イ. ②利用の予定はない（利用の資格がない）

## ②共同生活援助（グループホーム）

～地域で共同生活を営む人に、共同生活を行う住居にて、相談、入浴、排せつ又は食事に関する支援をします。

1. 利用している（週 回）
2. 利用していない ～以下、ア. イ. もお答えください。  
→ア. ①利用していないが、今後利用したい（週 1～2 回、週 3～4 回、週 5 回以上）  
→イ. ②利用の予定はない（利用の資格がない）

## ★ 児童系サービス…障がい児を対象とした通所サービスです。

### ①児童発達支援

～日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の向上、集団生活への適応訓練などを行います。

1. 利用している（週 回）
2. 利用していない ～以下、ア. イ. もお答えください。  
→ア. ①利用していないが、今後利用したい（週 1～2 回、週 3～4 回、週 5 回以上）  
→イ. ②利用の予定はない（利用の資格がない）

### ②放課後等デイサービス

～学校通学中の障がい児に対して、放課後や長期休暇中において、生活能力向上のための訓練を行います。

1. 利用している（週 回）
2. 利用していない ～以下、ア. イ. もお答えください。  
→ア. ①利用していないが、今後利用したい（週 1～2 回、週 3～4 回、週 5 回以上）  
→イ. ②利用の予定はない（利用の資格がない）

## □ 地域生活支援事業によるサービス

～自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、地域の特性や利用者の状況に応じた事業を行います。

### ①コミュニケーション支援

～手話通訳者、要約筆記者等を派遣します。

1. 利用している（週 回）
2. 利用していない ～以下、ア. イ. もお答えください。  
→ア. ①利用していないが、今後利用したい（週 1～2 回、週 3～4 回、週 5 回以上）  
→イ. ②利用の予定はない（利用の資格がない）

### ②日常生活用具の給付

～ストマ装具、紙おむつ、杖、たん吸引器等の給付を行います。

1. 利用している（週 回）
2. 利用していない ～以下、ア. イ. もお答えください。  
→ア. ①利用していないが、今後利用したい（週 1～2 回、週 3～4 回、週 5 回以上）  
→イ. ②利用の予定はない（利用の資格がない）

### ③移動支援

～移動が困難な方に対し、支援が必要な方へ、社会参加等の外出支援を行います。

1. 利用している（週 回）
2. 利用していない ～以下、ア. イ. もお答えください。  
→ア. ①利用していないが、今後利用したい（週1～2回、週3～4回、週5回以上）  
→イ. ②利用の予定はない（利用の資格がない）

### ④訪問入浴サービス

～在宅の重度の身体障がいの方で自立又は家族等の介助での入浴が困難な方に対し、訪問入浴を行います。

1. 利用している（週 回）
2. 利用していない ～以下、ア. イ. もお答えください。  
→ア. ①利用していないが、今後利用したい（週1～2回、週3～4回、週5回以上）  
→イ. ②利用の予定はない（利用の資格がない）

### ⑤日中一時支援

～在宅における介護が一時的に困難になった場合に日中活動の場を提供します。

1. 利用している（週 回）
2. 利用していない ～以下、ア. イ. もお答えください。  
→ア. ①利用していないが、今後利用したい（週1～2回、週3～4回、週5回以上）  
→イ. ②利用の予定はない（利用の資格がない）

### ⑥地域活動支援センター

～創作的活動又は生産活動の機会の提供や社会との交流の促進の便宜を提供します。

1. 利用している（週 回）
2. 利用していない ～以下、ア. イ. もお答えください。  
→ア. ①利用していないが、今後利用したい（週1～2回、週3～4回、週5回以上）  
→イ. ②利用の予定はない（利用の資格がない）

## 7 災害等についてお聞きします。

※災害時要援護者とは、～ひとり暮らし高齢者や障がい者など地震等災害が発生した場合に、自力での移動や情報の収受が難しく避難するために何らかの手助けが必要となる方

問20 大磯町では、災害時要援護者（ひとり暮らし高齢者、障がい者）支援マニュアルに基づき、「災害時要援護者登録申請」の受付を行っています。あなたはこの制度を知っていますか。（1つに○印）

1. 知っている → 問21へ
2. 知らない → 問22へ

問21 問20で「1. 知っている」と答えられた方にお聞きします。あなたは、「災害時要援護者」に登録されていますか。（1つに○印）

1. 登録している
2. 登録していない、わからない → 問22へ

問 22 問 20 で「2. 知らない」、問 21 で「2. 登録していない、わからない」と答えた方におききします。今後、「災害時要援護者」に登録したいと思いませんか。(1 つに○印)

1. 登録したい → 問 24 へ
2. 登録したくない → 問 23 へ

問 23 問 22 で「2. 登録したくない」と答えた方にお聞きします。その理由は次のどれですか。(あてはまるものすべてに○印)

1. 登録しても支援が期待できない
2. 家族の支援を受けている
3. 個人情報了他に知られたくない
4. 依頼(信頼)できる支援者がいない
5. 自治会(町内会)や自主防災組織等の取り組みが期待できなく不安である
6. この制度がよく理解できない
7. その他( )

問 24 あなたは、面倒をみてくれる方がいなくなった場合、どう対処されますか。(2 つ以内に○印)

1. 親族に相談
2. 近所の人に協力
3. 福祉施設等の通所先
4. 病院
5. 役所(場)に相談
6. その他( )

## 8 障がいのある方の権利擁護についてお聞きします。

平成 28 年 4 月 1 日に「障害者差別解消法」が施行されました。

問 25 あなたは、「障害者差別解消法」をご存知ですか。(1 つに○印)

1. 知っている
2. 聞いたことがある
3. 知らない

問 26 「障害者差別解消法」では、国・都道府県・市町村などの役所が、正当な理由なく、障がいを理由とする差別をすることを禁止し、障がいのある人に対して、合理的配慮の提供が義務づけられています。(民間事業者等に関しては合理的配慮の努力義務が課せられています。)障がいのある人が社会の中にある差別や確執を取り除くために何らかの対応を必要とした場合、各市町村障がい福祉担当課に相談することができます。あなたはこのことをご存知ですか。(1 つに○印)

1. 知っている
2. 聞いたことがある
3. 知らない

問 27 あなたは、「成年後見制度」をご存知ですか。(1 つに○印)

※成年後見制度とは、判断能力が十分でない方の財産などの権利を守るため、その方が不利益を被らないよう保護し、支援する制度で、家庭裁判所において、本人の利益を考慮しながら、成年後見人を選任します。

1. 知っている
2. 聞いたことがある
3. 知らない

問 28 あなたは、「成年後見制度」を活用したいと思いませんか。(1 つに○印)

1. すでに活用している
2. 活用したい
3. 活用したいと思わない
4. わからない

## 9 情報・相談等についてお聞きします。

問 29 あなたは、福祉サービス等の情報について、どのように入手していますか。(あてはまるものすべてに○印)

- |                  |             |               |
|------------------|-------------|---------------|
| 1. 広報など          | 2. ホームページ   | 3. 新聞、テレビ等    |
| 4. 当事者団体         | 5. 民生委員児童委員 | 6. 社会福祉協議会    |
| 7. 施設の職員         | 8. 家族・親族    | 9. 友人・知人・職場   |
| 10. 支援センター等の相談窓口 |             | 11. 入手する手段がない |
| 12. その他 ( )      |             |               |

問 30 あなたは、悩みや困ったことをどなたに相談しますか。(あてはまるものすべてに○印)

- |                                       |                           |            |
|---------------------------------------|---------------------------|------------|
| 1. 家族や親戚                              | 2. 近所の人                   | 3. 友人・知人   |
| 4. 職場の人                               | 5. 同じ障がいのある人、家族会や障がい者団体の人 |            |
| 6. ボランティア等                            | 7. 民生委員児童委員               | 8. 民間の相談機関 |
| 9. 町福祉課の職員                            |                           |            |
| 10. 県の相談窓口(保健福祉事務所、総合療育相談センター、児童相談所等) |                           |            |
| 11. 地域包括支援センター職員                      |                           |            |
| 12. 通所施設・入所施設等の職員                     | 13. 病院など医療機関の職員           |            |
| 14. 幼稚園・保育園・学校の先生                     | 15. 社会福祉協議会の職員            |            |
| 16. その他 ( )                           |                           |            |
| 17. 相談する必要がない、特に心配なことはない              |                           |            |

問 31 相談機能を充実するために、どのようなことが必要だと思いますか。(あてはまるものすべてに○印)

1. ひとつの窓口で用件が済むような総合的な窓口を設置する
2. 電話、FAX、メール等によりいつでも相談できるようにする
3. 適切なアドバイスが受けられるよう専門的なスタッフを置く
4. 身近なところで相談ができるようにする
5. 相談からサービス利用まで一貫した支援体制を充実する
6. 個人情報を守られる
7. その他 ( )

## 10 将来についてお聞きします。

問 32 あなたは、将来どのような暮らし方をしたいですか。(1つに○印)

1. 自宅で家族と暮らしたい
2. 一人で自立して暮らしたい
3. グループホーム等で仲間と暮らしたい、または現在の施設で入所を続けたい
4. あらたに施設に入所して暮らしたい
5. その他 ( )

問 33 あなたは、どのような条件を整えば、地域で自立した生活ができると思いますか。(2つ以内に○印)

- |                       |               |           |
|-----------------------|---------------|-----------|
| 1. 働く場                | 2. 住居の保障      | 3. 生活費の保障 |
| 4. 地域住民の理解            | 5. 支援をしてくれる家族 |           |
| 6. 家族以外の支援者(ホームヘルパー等) | 7. 身近な相談相手    |           |
| 8. 社会生活を送るのは難しいと思う    | 9. その他( )     |           |

問 34 今後、障がい福祉施策を充実させるためにどのようなことに力を入れていく必要があると思いますか。(2つ以内に○印)

- |                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| 1. 保育・療育・教育サービスの充実        | 2. 働く場、機会の充実       |
| 3. 保健・医療・在宅福祉サービスの充実      | 4. 障がい者向け住宅等の住まい整備 |
| 5. 相談・情報提供の体制の充実          |                    |
| 6. 町民の福祉に対する理解を深めるための意識啓発 |                    |
| 7. 地域活動に参加しやすくするための支援     |                    |
| 8. 段差の解消等のバリアのない町づくり      |                    |
| 9. 移動手段、交通の整備             | 10. 経済的な援助の充実      |
| 11. 権利擁護、財産管理の援助          | 12. 入所施設の充実        |
| 13. ボランティア等の育成の充実         | 14. 災害時の準備         |
| 15. その他( )                |                    |

問 35 大磯町の障がい福祉サービスについての満足度をお聞きます。(1つに○印)

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. 満足している     | 2. まあまあ満足している |
| 3. あまり満足していない | 4. 満足していない    |

## 11 その他

～障がい者(児)施策全般について、ご意見・ご要望がありましたら、ご自由にご記入ください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

この回答用紙を、返信用封筒(切手不要)に入れ、**3月31日(金)までに**、

お近くの郵便ポストに投函くださるようお願いいたします。