

健康福祉審議会	2020/5	資料5-3
第2回 障害部会		

れ い わ ね ん ど ね ん ど

令和2年度(2020年度)

しょうがいふくし いこうちょうさ

障害福祉サービス意向調査

しせつにゆうしょしゃ

《施設入所者》

ちょう さ ひょう

調 査 票

ちょうさ きにゅう ねが
【調査のご記入にあたってのお願い】

1. この調査は、できる限りあて名の方ご本人がお答えください。ご本人が答えることが難しい場合は、ご本人が答える支援をお願いします。ご本人が答えられない場合には、ご家族や介護されている方がご本人の意向を尊重してご記入ください。
2. このアンケートは匿名です。名前・住所を書いていただく必要はありません。
3. ご記入は、必ず黒又は青のボールペン又は鉛筆でお願いします。
4. 質問番号に沿って、できるかぎり全部の質問にお答えください。
5. お答えは、あてはまる回答の番号に○印をつけてください。
6. 「その他(具体的に)」に○印をつけられた方は、お手数ですが具体的にご記入ください。
7. ご記入いただきました調査票は、

れ い わ ね ん が つ に ち き ん よ う び
令和2年5月29日(金曜日)までに

み お う え どうふう へんしんようふうとう きってふよう い ゆうそう
三つ折りにした上で、同封した返信用封筒(切手不要)に入れて郵送してください。

8. 調査報告書は、10月末から、図書館、すこやか福祉センター、区ホームページなどでご覧になれます。
9. 調査の内容や記入方法などについて、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。

な か の く け ん こ う ふ く し ぶ し ょ う が い ふ く し か し ょ う が い し ゃ し さ く す い し ん が か り
中野区健康福祉部障害福祉課障害者施策推進係

でんわ
電話 03-3228-8832 FAX 03-3228-5660

E-mail shogaihukusi@city.tokyo-nakano.lg.jp

質問の上に(全員の^{ぜんいん}方に^{かた})と記載のあるものは全員の^{ぜんいん}方が、(～の^{かた}方に^{かた})とその他の^た記載があるものはその条件^{じょうけん}に合う方^あのみお答えください。

(全員の^{ぜんいん}方に^{かた})

問1 このアンケートにお答え^{こた}いただく方^{かた}はどなたですか。(○は1つ)

1. あなた(あて名^なの方^{かた}ご本人^{ほんにん})が自分で回答^{かいとう}(聞き取り^{ききとり}などによる代筆^{だいひつ}を含む^{ふく})
2. ご家族^{かぞく}
3. その他^たの人^{ひと}(具体的に^{ぐたいてき}):)

(全員の^{ぜんいん}方に^{かた})

問2 あなた(あて名^なの方^{かた}ご本人^{ほんにん})の性別^{せいべつ}と令和2年4月1日現在の年齢^{ねんれい}をお答えください。(○は1つ、右^{みぎ}づめで数字^{すうじ}を記入^{きにゅう})

<性別> 1. 男性^{だんせい} 2. 女性^{じょせい} 3. その他^{ほか} <年齢> 歳^{さい}

(全員の^{ぜんいん}方に^{かた})

問3 あなた(あて名^なの方^{かた}ご本人^{ほんにん})の身体障害者手帳^{しんたいしょうがいしやてちょう}・愛の手帳^{あい てちょう}(療育手帳^{りょういくてちょう})の等級^{とうきゅう}をお答えください。両方^{りょうほう}の手帳^{てちょう}をお持ち^もの方は、それぞれについてお答え^{こた}ください。

(1)身体障害者手帳^{しんたいしょうがいしやてちょう}(○は1つ)

- | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. 1級 ^{きゅう} | 2. 2級 ^{きゅう} | 3. 3級 ^{きゅう} |
| 4. 4級 ^{きゅう} | 5. 5級 ^{きゅう} | 6. 6級 ^{きゅう} |

(2)愛の手帳^{あい てちょう}(○は1つ)

- | | | | |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1. 1度 ^ど | 2. 2度 ^ど | 3. 3度 ^ど | 4. 4度 ^ど |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|

(身体障害者手帳^{しんたいしょうがいしやてちょう}をお持ち^もの方に^{かた})

問3-1 あなた(あて名^なの方^{かた}ご本人^{ほんにん})の身体障害者手帳^{しんたいしょうがいしやてちょう}に記載^{きさい}された障害名^{しょうがいめい}をお答え^{こた}ください。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. 上肢機能障害 ^{じょうしきのうしょうがい} | 2. 聴覚障害・平衡機能障害 ^{ちやうかくしょうがい へいこうきのうしょうがい} |
| 3. 下肢機能障害 ^{か しきのうしょうがい} | 4. 音声・言語・そしゃく機能障害 ^{おんせい げんご きのうしょうがい} |
| 5. 体幹機能障害 ^{たいかんきのうしょうがい} | 6. 脳原性まひ ^{のうげんせい} |
| 7. 内部機能障害 ^{ないぶきのうしょうがい} | 8. 視覚障害 ^{しかくしょうがい} |
| 9. その他(具体的に ^{ぐたいてき}):) | |

(愛の手帳をお持ちの方に)

問3-2 差し支えがなければ、あなた(あて名の方ご本人)の診断名をお答えください。(直接記入)

()

(全員のの方に)

問4 あなた(あて名の方ご本人)の、障害支援区分をお答えください。(○は1つ)

- | | | |
|---------------------|--------|--------|
| 1. 障害支援区分の認定を受けていない | 2. 区分1 | 3. 区分2 |
| 4. 区分3 | 5. 区分4 | 6. 区分5 |
| | | 7. 区分6 |

(全員のの方に)

問5 あなた(あて名の方ご本人)が現在入所している施設は、次のどれにあてはまりますか。(○は1つ)

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. 指定障害者支援施設(身体障害者) | 2. 指定障害者支援施設(知的障害者) |
| 3. 療養介護 | |
| 4. その他(具体的に:) | |

(全員のの方に)

問6 現在の施設に入所して何年になりますか。(○は1つ)

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. 1年未満 | 2. 1年以上5年未満 |
| 3. 5年以上10年未満 | 4. 10年以上 |

(全員のの方に)

問7 現在の施設に入所することになった理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | |
|---------------------------------|
| 1. 心身の機能が著しく低下したため |
| 2. 介助者が高齢などの理由で在宅での生活が困難になったため |
| 3. 介助者が病気や転勤のため、介助(介護)できなくなったため |
| 4. 段差が多いなど、住まいに支障があるため |
| 5. 在宅生活を続けるために必要なサービスが不十分なため |
| 6. 専門的な訓練を受けたかったため |
| 7. その他(具体的に:) |

(全員のの方に)

問8 施設のある場所は次のどれにあてはまりますか。(○は1つ)

- | | |
|--------|-----------------------------------|
| 1. 東京都 | 2. 関東各県(茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、神奈川県) |
| 3. その他 | |

(全員のの方に)

問9 今後、どこで生活したいですか。(○は1つ)

1. 施設を出て地域の中で暮らしたい
2. 施設を出て地域のグループホームで暮らしたい
3. 現在のように、入所施設で暮らしたい
4. わからない
5. その他(具体的に:)

→ 問9-1へ

(問9で「1」または「2」に○をつけた方に)

問9-1 仮に施設を退所するとしたら、どのような生活を送りたいですか。
(○は1つ)

1. 家族やヘルパー、支援員などから介助(介護)を受けて生活したい
2. 働いて経済的に自立した生活を送りたい
3. 通所施設などに通いながら生活したい
4. わからない
5. その他(具体的に:)

問9-2 施設を退所したら、どこに住みたいですか。(○は1つ)

1. 中野区内に住みたい
2. 今生活している施設の近く
3. 特に場所はこだわらない
4. その他(具体的に:)
5. わからない

(全員のの方に)

問10 健康福祉行政全体や今回の調査について、ご要望やご意見などありましたら、ご自由にお書きください。

きょうりよく
ご協力ありがとうございました

この調査票は環境に配慮して
再生紙を使用しています。

