

れいわ ねんど ねんど

令和4年度(2022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 (案)

【^{ちょうさ}調査^{きにゅう}のご記入^{ねが}にあたってのお願い】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- お答えは、あてはまる回答の番号に○印をつけてください。
- 「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。
- ご記入いただきました調査票は、

れい わ ねん がつ にち か よう び
令和4年10月11日(火曜日)までに

- 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、●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(全員のの方に)と記載のあるものは全員のの方が、(～のの方に)とその他の記載があるものはその条件に合う方のみお答えください。

(全員のの方に)

問1 このアンケートにお答えいただく方はどなたですか。(○は1つ)

1. あなた(あて名の方ご本人)が自分で回答(聞き取りなどによる代筆を含む)
2. ご家族
3. その他の人(具体的に:)

(全員のの方に)

問2 あなた(あて名の方ご本人)の性別と令和4年8月1日現在の年齢をお答えください。(○は1つ、右づめで数字を記入)

<性別> 1. 男性 2. 女性 3. その他 <年齢> 歳

(全員のの方に)

問3 あなた(あて名の方ご本人)の身体障害者手帳・愛の手帳(療育手帳)の等級をお答えください。両方の手帳をお持ちの方は、それぞれについてお答えください。

(1)身体障害者手帳(○は1つ)

- | | | |
|-------|-------|-------|
| 1. 1級 | 2. 2級 | 3. 3級 |
| 4. 4級 | 5. 5級 | 6. 6級 |

(2)愛の手帳(○は1つ)

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

(身体障害者手帳をお持ちの方に)

問3-1 あなた(あて名の方ご本人)の身体障害者手帳に記載された障害名をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1. 上肢機能障害 | 2. 聴覚障害・平衡機能障害 |
| 3. 下肢機能障害 | 4. 音声・言語・そしゃく機能障害 |
| 5. 体幹機能障害 | 6. 脳原性まひ |
| 7. 内部機能障害 | 8. 視覚障害 |
| 9. その他(具体的に:) | |

(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のため |
| 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。(○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。

