



# ① あなたご自身について

問1 この調査票を記入されるのはどなたですか。（1つに○）

1. 本人
2. 家族や介助者（本人に聞きながら代わりに記入）
3. 家族や介助者（本人の意見を聞くことが難しいため、本人の状況から判断して記入）
4. その他（ ）

問2 あなたの性別はどちらですか。（1つに○）

1. 男性
2. 女性
3. 答えたくない

問3 令和6年1月1日現在の、あなたの年齢はいくつですか。（1つに○）

1. 0歳～就学前
2. 就学後～17歳
3. 18～29歳
4. 30～39歳
5. 40～49歳
6. 50～59歳
7. 60～64歳
8. 65～74歳
9. 75歳以上

問4 あなたの障害は次うちどれですか。（あてはまるものすべてに○）

1. 身体障害 → 問5-1ハ
2. 知的障害 → 問5-2ハ
3. 精神障害 → 問5-3ハ
4. 発達障害 → 問5-4ハ
5. 高次脳機能障害 → 問5-5ハ

問4で「1.身体障害」と答えた方におたずねします。

問5-1 (1) あなたにはどの障害がありますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 肢体不自由
2. 内部障害
3. 視覚障害
4. 聴覚または平衡機能の障害
5. 音声・言語またはそしゃく機能の障害

（次のページにお進みください）

問5-1 (2) 「身体障害者手帳」の等級はどれですか。(1つに○)

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

問4で「2. 知的障害」と答えた方におたずねします。

問5-2 「療育手帳」の等級はどれですか。(1つに○)

- |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| 1. A1 | 2. A2 | 3. B1 | 4. B2 |
|-------|-------|-------|-------|

問4で「3. 精神障害」と答えた方におたずねします。

問5-3 (1) 「精神障害者保健福祉手帳」の等級はどれですか。(1つに○)

- |       |       |       |              |
|-------|-------|-------|--------------|
| 1. 1級 | 2. 2級 | 3. 3級 | 4. 手帳は持っていない |
|-------|-------|-------|--------------|

問5-3 (2) 「自立支援医療受給者証」をお持ちですか。(1つに○)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問4で「4. 発達障害」と答えた方におたずねします。

問5-4 どの手帳をお持ちですか。手帳の等級もあわせてお答えください。

(あてはまるものすべてに○)

1. 身体障害者手帳

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

2. 療育手帳

- |    |       |       |       |        |
|----|-------|-------|-------|--------|
| 等級 | 7. A1 | 8. A2 | 9. B1 | 10. B2 |
|----|-------|-------|-------|--------|

3. 精神障害者保健福祉手帳

- |    |        |        |        |
|----|--------|--------|--------|
| 等級 | 11. 1級 | 12. 2級 | 13. 3級 |
|----|--------|--------|--------|

14. 手帳を持っていない

(次のページにお進みください)

問4で「5.高次脳機能障害」と答えた方におたずねします。

問5-5 どの手帳をお持ちですか。手帳の等級もあわせてお答えください。  
(あてはまるものすべてに○)

1. 身体障害者手帳

等級	1. 1級	2. 2級	3. 3級
	4. 4級	5. 5級	6. 6級

2. 療育手帳

等級	7. A1	8. A2	9. B1	10. B2
----	-------	-------	-------	--------

3. 精神障害者保健福祉手帳

等級	11. 1級	12. 2級	13. 3級
----	--------	--------	--------

14. 手帳を持っていない

問6 現在、あなたがお住まいの町域を書いてください。

秦野市 \_\_\_\_\_ ※注意 番地は書かないでください。

例 秦野市 桜町 \_\_\_\_\_

## ② 生活状況について

問7 あなたの日常生活の主な支援者はどなたですか。(あてはまるものすべてに○)

- |                       |           |          |
|-----------------------|-----------|----------|
| 1. 夫・妻                | 2. 父・母    | 3. 子ども   |
| 4. 兄弟姉妹               | 5. その他の親族 | 6. 友人・知人 |
| 7. 総合支援法や介護保険のサービス事業者 | 8. ボランティア |          |
| 9. その他 ( )            | 10. いない   |          |

(次のページにお進みください)

問8 あなたは、次の相談場所があることを知っていますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 秦野市地域生活支援センター“ぱれっと・はだの”
2. 権利擁護支援センター
3. 相談支援事業所（秦野市内に18か所あります。）
4. 地域高齢者支援センター（秦野市内に7か所あります）

問9 あなたは、困ったときに、誰（どこ）に相談していますか。

（あてはまるものすべてに○）

1. 家族や親せき
2. 友人・知人
3. 職場の上司や同僚
4. ホームヘルパーなどサービス事業所
5. 障害者団体や家族会
6. かかりつけの医師や看護師
7. 病院のケースワーカー
8. 幼稚園、保育所、学校の先生
9. 民生委員・児童委員
10. 秦野市地域生活支援センター  
“ぱれっと・はだの”
11. 市内の相談支援事業所
12. 10・11以外の相談支援事業所
13. 権利擁護支援センター
14. 地域高齢者支援センター
15. 市役所など行政機関の相談窓口
16. 相談する人はいない
17. その他（ ）

問10 あなたが外出するときに困っていることはありますか。

（あてはまるものすべてに○）

1. 公共交通機関が不便である
2. 安心して一休みできる場所が少ない
3. 階段などの段差が多く移動が難しい
4. 費用がかかり負担となる
5. 家族やヘルパーの付き添いが必要である
6. その他（ ）
7. 特にない

（次のページにお進みください）

問11 あなたは将来どのように暮らしたいと思いますか。(1つに○)

1. 一人で暮らしたい(持ち家や賃貸住宅)
2. 家族(親戚)と一緒に暮らしたい(持ち家や賃貸住宅)
3. グループホームで暮らしたい
4. 福祉施設(障害者支援施設、高齢者支援施設)に入所したい
5. その他( )

問12 あなたは、障害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。

(あてはまるものすべてに○)

1. 通勤手段の確保
2. 勤務場所におけるバリアフリーなどの配慮
3. 短時間勤務や勤務日数などの配慮
4. 在宅勤務の拡充
5. 職場の障害者理解
6. 就労後のフォローなど、職場と支援機関の連携
7. 仕事についての職場外での相談対応、支援
8. その他( )

問13 障害があることで差別や嫌な思いをしたことがありますか。(1つに○)

1. ある
2. 少しある
3. ない

問13で「1. ある」「2. 少しある」と答えた方におたずねします。

問14 どのようなところで差別や嫌な思いをしましたか。(あてはまるものすべてに○)

1. 保育所・学校・職場
2. 銀行などの公共的な場
3. 電車・バス・タクシー
4. お店などの商業施設
5. 病院などの医療機関
6. 住んでいる地域
7. その他( )

(次のページにお進みください)

問15 地域の方は障害者に対する理解があると思いますか。(1つに○)

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. 理解があると思う   | 2. やや理解があると思う |
| 3. やや理解不足だと思う | 4. 理解不足だと思う   |

問16 あなたは、障害のある方が困ったときに、誰かに手助けを受けるための「ヘルプマーク」を持っていますか。(1つに○)

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. 持っている | 2. 持っていない |
|----------|-----------|



ヘルプマーク

問16で「1. 持っている」と答えた方におたずねします。

問17 マークを見せて、誰かに手助けを受けたことがありますか。(1つに○)

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

問18 地域の人とつながりを持てる場や、交流する機会がありますか(1つに○)

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

問18で「1. ある」「2. 少しある」と答えた方におたずねします。

問19 どんなつながりや機会がありますか。(あてはまるものすべてに○)

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. 運動会などの地域の行事 | 2. 清掃などの自治会活動   |
| 3. 近隣住民とのおしゃべり | 4. 地域サロンやコミュニティ |
| 5. 趣味やサークル     | 6. 学校、団体、地域の役員  |
| 7. あいさつする程度    | 8. その他 ( )      |

(次のページにお進みください)

とい 問20 あなたがお住まいの地域で、住民同士の助け合いがありますか。

(1つに○)

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1. あると思う         | 2. どちらかというところがあると思う |
| 3. どちらかというところがない | 4. あるところがない         |

とい 問21 あなたがお住まいの地域に、あってほしい住民同士の助け合いはありますか。

(3つまで○)

- |                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| 1. 洗濯や食事の準備などの日常的な家事支援    |                     |
| 2. ごみ出しや電球の交換などのちょっとした力仕事 |                     |
| 3. 通院、買い物などの外出のお手伝い       | 4. 食事の配達サービス        |
| 5. 健康管理の支援                | 6. 見守り・安否確認         |
| 7. 悩みごとの相談                | 8. 日常会話の相手          |
| 9. 急病などの緊急時の手助け           | 10. 気軽に行ける自由な居場所づくり |
| 11. その他 ( )               | 12. 特にない            |

とい 問22 あなたは自宅、学校、職場(事業所を含む)以外の居場所が必要ですか。

(1つに○)

- |            |          |
|------------|----------|
| 1. 必要である   | 2. 必要でない |
| 3. その他 ( ) |          |

とい 問22で「1. 必要である」と答えた方におたずねします。

とい 問23 あなたが考える自分の居場所とはどんな場所ですか。(3つまで○)

- |                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| 1. 共通の趣味や話題のある人との交流      | 2. インターネット上での交流   |
| 3. 同じ障害特性を持った人との交流       | 4. 自分の好きなことができる場所 |
| 5. 同年代の人との交流(障害の有無を問わない) |                   |
| 6. 地域の交流スペース             |                   |
| 7. その他 ( )               |                   |

(次のページにお進みください)

### ③ ほうもんけい 訪問系サービスについて

問24 あなたは、次の訪問系サービスを利用したことがありますか。

(あてはまるものすべてに○)

- |                |                |                     |
|----------------|----------------|---------------------|
| 1. 居宅介護 (身体介護) | 2. 居宅介護 (家事援助) | 3. 居宅介護 (通院等介助)     |
| 4. 重度訪問介護      | 5. 同行援護        | 6. 行動援護             |
| 7. 移動支援        | 8. 訪問入浴        | 9. 利用したことがない → 問27へ |

問25 訪問系サービスで受けるサービス内容に満足していますか。(1つに○)

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1. 満足している  | 2. やや満足している |
| 3. やや不満である | 4. 不満である    |

問26 訪問系サービスについて、あなたが改善してほしい(こうなってほしい)と思うことは何ですか。(3つまで○)

- |                          |
|--------------------------|
| 1. 利用できる回数や時間を増やす        |
| 2. 希望する曜日や時間帯に利用できるようにする |
| 3. 利用できる事業者の数を増やす        |
| 4. サービスの質をよくする           |
| 5. サービス利用料を安くする          |
| 6. サービスについての情報提供を増やす     |
| 7. その他 ( )               |
| 8. 特にない                  |

(次のページにお進みください)

④ 日中活動系サービスについて

問27 あなたは、次の日中活動系サービスを利用したことがありますか。

(あてはまるものすべてに○)

- |                |                |            |
|----------------|----------------|------------|
| 1. 短期入所        | 2. 生活介護        | 3. 療養介護    |
| 4. 自立訓練 (機能訓練) | 5. 自立訓練 (生活訓練) | 6. 就労移行支援  |
| 7. 就労継続支援 (A型) | 8. 就労継続支援 (B型) | 9. 就労定着支援  |
| 10. 日中一時支援     | 11. 地域活動支援センター | 12. 児童発達支援 |
| 13. 放課後等デイサービス | 14. 保育所等訪問支援   | 15. その他    |
| 16. 宿泊型自立訓練    | 17. 利用したことがない→ | 問30へ       |

問28 日中活動系サービスで受けるサービス内容に満足していますか。(1つに○)

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1. 満足している  | 2. やや満足している |
| 3. やや不満である | 4. 不満である    |

問29 日中活動系サービスについて、あなたが改善してほしい(こうなってほしい)と思うことは何ですか。(3つまで○)

- |                          |
|--------------------------|
| 1. 利用できる回数や日数を増やす        |
| 2. 希望する曜日や時間帯に利用できるようにする |
| 3. 利用できる事業者の数を増やす        |
| 4. サービスの質をよくする           |
| 5. サービス利用料を安くする          |
| 6. サービスについての情報提供を増やす     |
| 7. その他 ( )               |
| 8. 特になし                  |

(次のページにお進みください)

## ⑤ サービス等利用計画について

問30 あなたは、サービス等利用計画を、相談支援専門員（ケアマネージャー）に作ってもらっていますか？（1つに○）

1. はい
2. いいえ（セルフプラン）
3. 以前は作ってもらっていたが、現在はセルフプランである

問30で「2. いいえ（セルフプラン）」「3. 以前は作ってもらっていたが、現在はセルフプランである」と答えた方におたずねします。

問31 セルフプランの理由を教えてください。（あてはまるものすべてに○）

1. 相談支援専門員を必要と思わないから
2. セルフプランの方が、負担が少ないから
3. 相談支援事業所の数が少なくて契約できないから
4. 相談支援専門員に相談しにくいから
5. セルフプラン以外を知らないから
6. その他（ ）

## ⑥ 成年後見について

問33 あなたは成年後見制度（次のページを見てください。）を知っていますか。

1. 知っている
2. 聞いたことがある
3. 知らない

問34 あなたは今後、自分の判断力に自信が持てなくなった場合、成年後見制度を利用したいと思いますか。

1. 利用したい
2. 利用したくない
3. よくわからない

（次のページにお進みください）

問35 成年後見制度を利用することになった場合、どなたに成年後見人等をお願いしたいと思いますか。

1. 家族、親族
2. 福祉や法律の専門家（社会福祉士、司法書士、弁護士など）
3. 福祉関係の法人

●成年後見制度とは

知的障害・精神障害・認知症などによって、ひとりで決めることに不安や心配のある人へいろいろな契約や手続きをするときにお手伝いする制度です。

●成年後見人などにしてもらえること

- ・福祉サービス・介護の手続きや契約のお手伝い
- ・保険料や税金の支払やお金の出し入れのお手伝い
- ・よくわからずにした契約のとり直し
- ・入院や施設の入所の手続きのお手伝い

⑦ その他

問36 障害者が地域で安心して暮らしていけるようにするためには、行政にどのような取り組みをもとめますか。（3つまで○）

1. 介護保険や障害福祉サービスの充実
2. 訪問看護など、地域医療体制の充実
3. 公共交通等の充実
4. 雇用の場の確保
5. 災害に対する支援体制の構築
6. 生きがいや趣味などの活動機会の提供
7. 地域内交流の促進
8. 買い物やごみ出しなどの生活支援
9. その他（ ）

（次のページにお進みください）

問37 障害福祉について、あなたがお考えになっていましたら、ご自由にお書きください。


ご協力ありがとうございました。

調査票は、同封の「返信用封筒」に入れて、令和6年1月26日（金）までにポストに投函してください。

返信用封筒には、切手を貼る必要はありません。

