

調査票

しょうがいしゃ し さく そうごう ちょうさ へいせい ねん ど 障害者施策総合調査 (平成19年度)

せいかつしえん ほけん いりょう かん ちょうさ 「生活支援」、「保健・医療」に関する調査 きょうりょく ねが ご協力をお願いします

この調査は、障害をもつ人が生活の中で障壁（バリア）と感じていることを調べ、その解決に向けた課題を明らかにするためのものです。

今回は、「生活支援」、「保健・医療」に焦点を当てて、調査いたします。

調査で得られた個人的な情報は、調査の集計と検討のためにだけ使われ、公表されることはありません。

この調査は障害者団体や学識経験者からなる調査委員会で計画され、各障害者団体を通じて、全国の障害をもつ人にご協力をお願いしています。

調査の結果については、調査の実施にご協力いただいた障害者団体に報告書をお送りするほか、内閣府のホームページで公表することを予定しています。

きにゅう ちゅういじこう 記入にあたっての注意事項

- この調査は、障害をもつ本人への調査です。あなた自身が感じたこと経験したことに
ついて、ご自身でお書きください。
- 障害が原因で、あなた自身が書けない場合は、あなたの意見や経験について、普段介助
を頼んでいる人に「代筆」あるいは「代わりに記入」をお願いすることができます。
ただし、代わりに書いてもらう場合には、同封した『代筆』『代わりに記入』にあた
ってのお願い」をお読みいただき、十分にご配慮をお願いいたします。
- 調査票は、回答の内容によって、書き入れる場所を選べるようになっています。すべ
ての質問に答える必要はありません。
- 書き終わったら、同封の返信用封筒で2月29日までに送り返してください。

と あ さき お問い合わせ先

本調査に関するお問い合わせは下記受託機関へお願いいたします。

ちょうさ じゅたくき かん
< 調査受託機関 >

かぶしきがいしゃ かんさいけいかくぎじゅつけんきゅうじょ たんとう おうち
株式会社 関西計画技術研究所 (担当: 大内)

電 話 06 - 6942 - 6852

ファックス 06 - 6942 - 6853

< この調査は、内閣府の委託により実施するものです。 >

「代筆」「代わりに記入」にあたってのお願い

障害をもつ本人のニーズや意向を、正確に調査結果に反映するため、調査票の記載を「代筆」される場合には、以下のことを、お願いいたします。

1. 『代筆』とは、調査をお願いしたご本人が、読んで質問の意味がよくわからなかったり、うまく書くことができない場合に、支援者（介助者）に、助けてもらって、書くことを言います。（問13の選択肢2のことです）（注）手話通訳を介して説明を受けたり記入することは、『代筆』としてください。
2. 『代わりに記入』とは、調査をお願いしたご本人が、説明しても意味がよくわからなかったり、自分の言葉で意見を表現できない場合に、本人に日常的に接しており、生活の状況や意向を良く知る支援者（介助者）が、本人に代わって（想像して）、書くことを言います。（問13の選択肢3、4のことです）
3. ご本人が記入できない場合でも、できるだけ『代筆』を基本とし、『代わりに記入』するのは、『代筆』ではどうしてもできない場合のみとしてください。
4. 『代筆』するときは、支援者は、必ず本人のまえて、ひとつずつ設問を読み、その答えを聞きながら、順番に、記入してください。その場合、わからないところをわかりやすいことばで説明してあげることはよいことですが、支援者自身の解釈や意見を言うことは避けてください。また、自由記述項目の記入に際しては、なるべくご本人のいった通りに記入し、要約する場合でも、本人の使ったことばをなるべく使うようにしてください。

問6 あなたの障害が起きたのは何歳頃からですか。回答欄に記入してください。

歳頃

問7 市町村による障害程度区分の認定について、あてはまるものにをつけてください。

- 1. 障害者自立支援法による障害程度区分の認定を受けた 問8へ
- 2. 支援費制度による障害程度区分の認定を受けた 問9へ
- 3. 認定を受けていない 問10へ

問8 障害者自立支援法による市町村の認定結果で、あてはまるものにをつけてください。

- 1. 非該当 2. 区分1 3. 区分2 4. 区分3
- 5. 区分4 6. 区分5 7. 区分6

問9 支援費制度の障害程度区分で、あてはまるものにをつけてください。

- 1. 区分A 2. 区分B 3. 区分C

問10 お住まいの地域はどこですか。(都道府県名)

() 都・道・府・県

(市区町村の規模)

- 1. 大都市(人口概ね100万人以上)
- 2. 中都市(概ね15万人以上~100万人未満)
- 3. 小都市A(概ね5万人以上~15万人未満)
- 4. 小都市B(5万人未満)および町村

*わからない場合は市区町村名をお書きください。()市・区・町・村

問11- あなたはどんな家などで生活していますか、あてはまるものにをつけてください。

- 1. 戸建て(持ち家) 2. 戸建て(借家) 3. 公営住宅
- 4. 分譲マンション(持ち家) 5. 民間のアパートやマンション(賃貸)
- 6. グループホーム 7. ケアホーム 8. 福祉ホーム
- 9. 入所施設(援護寮を含む) 10. 病院 11. その他()

選択肢の1~5を選んだ方は次の問11-へお進みください。選択肢の9、10を選んだ方は、
問11-へお進みください。それ以外の方は問12へお進みください。

問11- 問11- で「1. 戸建て(持ち家)」「2. 戸建て(借家)」「3. 公営住宅」「4. 分譲マンション(持ち家)」「5. 民間のアパートやマンション」に をつけた方におうかがいします。

お答えになった家の持ち主、借主はどなたですか。あてはまるものに をつけてください。

1. 本人	2. 配偶者	3. 親
4. 兄弟	5. 子供	6. その他()

問11- 問11- で「9. 入所施設(援護寮を含む)」又は「10. 病院」に をつけた方におうかがいします。

あなたは、現在の施設や病院を出て、地域で生活したいと思いますか。あてはまるものに をつけてください。

1. 思う	2. 思わない
-------	---------

問12 あなたはひとりで生活していますか、それとも誰かと一緒に生活していますか。あてはまるものに をつけてください。

1. ひとりで住んでいる	2. 配偶者と同居	3. 子と同居
4. 配偶者と親と同居	5. 配偶者・子と同居	6. 親・兄弟・親族と同居
7. グループホーム・ケアホーム・福祉ホームで1人部屋		
8. グループホーム・ケアホーム・福祉ホームで相部屋		
9. 入所施設で1人部屋	10. 入所施設で相部屋	11. 病院で1人部屋
12. 病院で相部屋	13. その他()	

問13 このアンケートを答えている方は誰ですか。あてはまるものに をつけてください。

1. 本人自身で記入	2. 本人の「代筆」で記入
3. 家族が代わりに記入	
4. 介助者(支援者)・施設職員・障害者団体の職員・友人が代わりに記入	

問14 あなたは、いま仕事や作業所などでの活動(ボランティア活動も含まれます)をしていますか。あてはまるものに をつけてください。

1. している	問15 へ
2. していない	問16 へ

問15 問14で「1. している」に をつけた方におうかがいします。
 仕事や活動をしている場合、どのようにしていますか。 あてはまるものに をつけてください。

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. 自宅で働いている | 2. 自宅以外の会社や店舗で働いている |
| 3. 作業所で活動している | 4. 授産施設で活動している |
| 5. 就労移行支援事業で訓練している | 6. 就労継続支援事業で訓練している |
| 7. 地域活動支援センターに通っている | 8. 福祉工場で働いている |
| 9. ボランティア・NPO活動 | 10. その他() |

問16 あなたは主に何で生計を維持していますか。 主なもの一つに をつけてください。

- | | | | |
|------------|---------|------------|---------|
| 1. 年金 | 2. 手当 | 3. 給料による収入 | 4. 作業工賃 |
| 5. 家族からの援助 | 6. 生活保護 | 7. その他() | |

問17 あなたが働いている場合、一ヶ月の賃金(作業工賃を含む)はどれぐらいですか。 回答欄 に記入してください。該当しないときは問18に進んでください。

一ヶ月あたり えん 円

問18 あなたが家族からの援助を受けている場合、一ヶ月当たりの援助の額はどれぐらいですか。 回答欄に記入してください。該当しないときは問19に進んでください。

一ヶ月あたり えん 円

問19 あなたは公的年金を受給していますか。また、その一ヶ月当たりの年金額はいくらですか。 あてはまるものに をつけ、回答欄にその額をお書きください。

- | | |
|------------|----------------------------------|
| 1. 受給している | 一ヶ月あたり <input type="text"/> えん 円 |
| 2. 受給していない | |

問20 あなたは手当等を受給していますか。また、その一ヶ月当たりの手当額はいくらですか。
あてはまるものに をつけ、回答欄にその額をお書きください。

1. 特別障害者手当	2. 特別児童扶養手当	3. 福祉手当	一ヶ月 あたり	えん 円
4. 特別給付金*	5. その他()			

* 特別給付金とは、年金を受給していない障害者に対する給付金です。

問21 あなたの一ヶ月の生活費(支出)はどれくらいですか。回答欄にその額を記入してください。

一ヶ月あたり えん円

問22 あなたが家賃を払っている場合、一ヶ月当たりの家賃の額はどれくらいですか。回答欄にその額を記入してください。

一ヶ月あたり えん円

問23 あなたは障害福祉サービスを利用するのに1か月どれくらい支出していますか。回答欄にその額を記入してください。

一ヶ月あたり えん円

生活支援についておたずねします。

問24 あなたは、過去3か月前から現在までに問25に掲げる障害福祉サービス(介護保険サービスは除きます。)を利用しましたか。あてはまるものに をつけてください。

1. 利用している	問25へ	2. 利用していない	問33へ
-----------	------	------------	------

問25 問24で「1. 利用している」に つけた方におうかがいします。
 あなたが利用したサービスを3つまで選んでその番号を回答欄に記入してください。

- | | |
|--------------------------------|-------------------|
| 1. 居宅介護 (ホームヘルプサービス) | 2. 短期入所 (ショートステイ) |
| 3. 療養介護 | 4. 生活介護 |
| 5. 重度訪問介護 | 6. 重度障害者等包括支援 |
| 7. 行動援助 | 8. 共同生活介護 (ケアホーム) |
| 9. 共同生活援助 (グループホーム) | 10. 児童デイサービス |
| 11. 施設入所支援 | 12. 自立訓練 |
| 13. 就労移行支援 | 14. 就労継続支援 |
| 15. 補装具支給 | 16. 日常生活用具の給付など |
| 17. 相談支援 | 18. 地域活動支援センター |
| 19. 手話通訳や要約筆記の派遣などのコミュニケーション支援 | |
| 20. 福祉ホーム | 21. 移動支援 |
| 22. 難病患者等のホームヘルプサービス | |
| 23. 難病患者等の短期入所 | |
| 24. 難病患者等の日常生活用具の給付 | |
| 25. その他 () | |

【サービスの説明は、21～23ページに掲載しています】

問26 あなたは、問25で選んだ3つの障害福祉サービスに満足していますか。あてはまるものの番号を回答欄に記入してください。

- | |
|------------------|
| 1. 満足している 問27へ |
| 2. やや満足している 問27へ |
| 3. やや不満である 問28へ |
| 4. 不満である 問28へ |

【回答欄】

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
↓	↓	↓
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
↓	↓	↓

問27 問26で「1. 満足している」又は「2. やや満足している」と答えた方におうかがいします。

サービスに満足している理由は何ですか。次の中からいくつでも選んで、回答欄にその番号を記入してください。

1. 職員や介護者等の接し方がよい
2. 職員や介護者等が専門的である、介護技術が高い
3. 職員や介護者等の人権意識が高い
4. 施設がバリアフリーになっている
5. 施設の防災等の危機管理が徹底している
6. 関係機関との連携がよい
7. 利用の手続きが容易
8. 費用負担に満足している
9. サービスの量に満足している
10. サービスの内容が充実しており満足している
11. 希望のデザイン、色彩等の補装具などが利用できる
12. その他【具体的な内容を回答欄にご記入ください】

Three vertical rectangular boxes are arranged side-by-side. Three arrows point downwards from the top of the page to the top of each box. Three arrows point downwards from the bottom of the page to the bottom of each box.

問26で「3. やや不満である」又は「4. 不満である」と答えたサービスがある方は問28へお進みください。それ以外の方は問29へお進みください。

問28 問26で「3. やや不満である」又は「4. 不満である」と答えた方
におうかがいします。

サービスに満足していないと回答された理由は何ですか。次の中
からいくつでも選んで、回答欄にその番号を記入してください。

1. 職員や介護者等の接し方がよくない
2. 職員や介護者等が専門的でない、介護技術が低い
3. 職員や介護者等の人権意識が低い
4. 施設がバリアフリーになっていない
5. 施設の防災等の危機管理が十分でない
6. 関係機関との連携がよくない
7. 利用の手続きが煩雑
8. 費用負担に満足していない
9. サービスの量に満足していない
10. サービス内容が制限されていて満足していない
11. 希望のデザイン、色彩等の補装具などが利用できない
12. その他【 具体的な内容を回答欄にご記入ください】

--	--	--

問29 問25で選んだ障害福祉サービスは過去3年前のサービスと比較
して良くなったと思いますか。サービスの質・量について、それぞ
れあてはまるものの番号を回答欄に記入してください。

(1) サービスの質について

- | | |
|----------|---------------------|
| 1. 良くなった | 2. 変わらない |
| 3. 悪くなった | 4. 3年前はサービスを利用していない |

--	--	--

(2) サービスの量について

- | | |
|----------|---------------------|
| 1. 良くなった | 2. 変わらない |
| 3. 悪くなった | 4. 3年前はサービスを利用していない |

--	--	--

問30 あなたは、過去3か月前から現在までに、利用した障害福祉サービスのほかに、必要と
した障害福祉サービスがありますか。又はサービスの利用量を増やしたいと思った障害
福祉サービスがありますか。あてはまるものに をつけてください。

- | | |
|------------|------------|
| 1. ある 問31へ | 2. ない 問36へ |
|------------|------------|

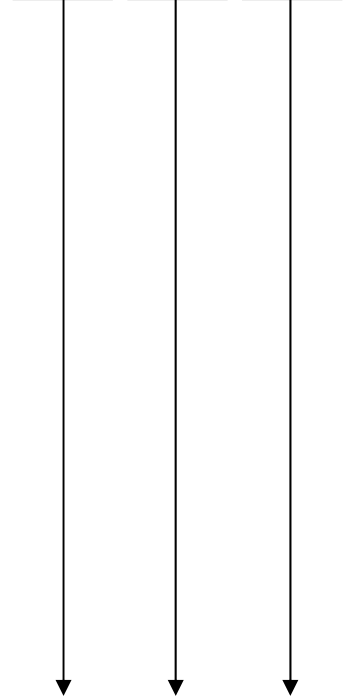
問31 問30で「1.ある」に ^{かた}をつけた方におうかがいします。

あなたの利用したい、又は利用を増やしたいと思っ ^{おも}た障害福祉サービスは何ですか。次の ^な中から3つまで選んでその番号を回答欄に記入してください。

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| 1. 居宅介護（ホームヘルプサービス） | 2. 短期入所（ショートステイ） |
| 3. 療養介護 | 4. 生活介護 |
| 5. 重度訪問介護 | 6. 重度障害者等包括支援 |
| 7. 行動援護 | 8. 共同生活介護（ケアホーム） |
| 9. 共同生活援助（グループホーム） | 10. 児童デイサービス |
| 11. 施設入所支援 | 12. 自立訓練 |
| 13. 就労移行支援 | 14. 就労継続支援 |
| 15. 補装具支給 | 16. 日常生活用具の給付など |
| 17. 相談支援 | 18. 地域活動支援センター |
| 19. 手話通訳や要約筆記の派遣などのコミュニケーション支援 | |
| 20. 福祉ホーム | 21. 移動支援 |
| 22. 難病患者等のホームヘルプサービス | |
| 23. 難病患者等の短期入所 | |
| 24. 難病患者等の日常生活用具の給付 | |
| 25. その他（ ） | |

かいとうらん
【回答欄】

--	--	--

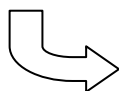


--	--	--

【サービスの説明は、21～23ページに掲載しています】

問32 問31であなたが希望した障害福祉サービスを利用できなかった、
又は利用しなかった理由は何ですか。次の中からいくつでも選んで
回答欄にその番号を記入してください。

- | |
|-----------------------------|
| 1. サービス等が地域にない |
| 2. サービス等を利用する手順がわからない |
| 3. サービスに関する情報が無い |
| 4. 利用にあたって費用負担が高い |
| 5. サービスが自分のニーズに合ったものとなっていない |
| 6. 地域のサービス量（施設数など）が不足している |
| 7. 職員や介護者等の不足を理由に利用申込が断られる |
| 8. 障害者手帳が交付されないため |
| 9. 程度区分の認定により利用できない |
| 10. 支給決定された量では足りない |
| 11. サービス利用を断られた理由がわからない |
| 12. その他【具体的な内容を回答欄にご記入ください】 |



と
問36へお進みください。

問33 問24で「2. 利用していない」に つけた方におうかがいします。
 過去3か月前から現在までに障害福祉サービスを必要としましたか。あてはまるものに
 をつけてください。

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1. 必要とした 問34 へ | 2. 必要としなかった 問36 へ |
|----------------|-------------------|

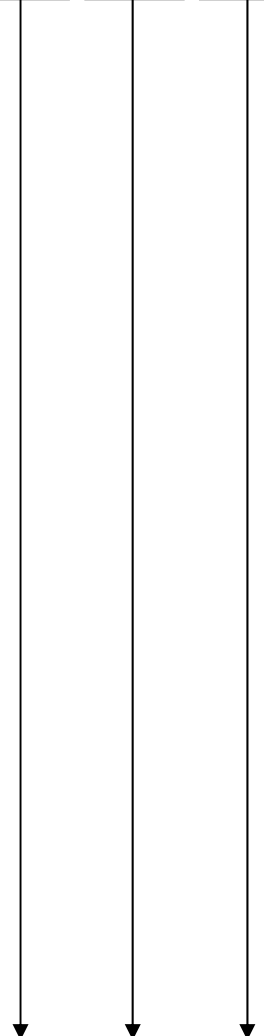
問34 問33で障害福祉サービスを「1. 必要とした」に つけた方におうかがいします。
 あなたの必要としたサービスは何ですか。次の中から3つまで選んで、その番号を回答欄
 に記入してください。

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| 1. 居宅介護（ホームヘルプサービス） | 2. 短期入所（ショートステイ） |
| 3. 療養介護 | 4. 生活介護 |
| 5. 重度訪問介護 | 6. 重度障害者等包括支援 |
| 7. 行動援護 | 8. 共同生活介護（ケアホーム） |
| 9. 共同生活援助（グループホーム） | 10. 児童デイサービス |
| 11. 施設入所支援 | 12. 自立訓練 |
| 13. 就労移行支援 | 14. 就労継続支援 |
| 15. 補装具支給 | 16. 日常生活用具の給付など |
| 17. 相談支援 | 18. 地域活動支援センター |
| 19. 手話通訳や要約筆記の派遣などのコミュニケーション支援 | |
| 20. 福祉ホーム | 21. 移動支援 |
| 22. 難病患者等のホームヘルプサービス | |
| 23. 難病患者等の短期入所 | |
| 24. 難病患者等の日常生活用具の給付 | |
| 25. その他（ ） | |

かいとうらん
【回答欄】

--	--	--

【サービスの説明は、21～23ページに掲載しています】



問35 問34 であなたが必要とした障害福祉サービスを利用しなかった、
 また利用できなかった理由は何ですか、次の中からいくつでも選ん
で、その番号を回答欄に記入してください。

1. サービス等が地域にない
2. サービス等を利用する手続きがわからない
3. サービスに関する情報が無い
4. 利用にあたって費用負担が高い
5. サービスが自分のニーズに合ったものとなっていない
6. 地域のサービス量（施設数など）が不足している
7. 職員や介護者等の不足を理由に利用申込が断られる
8. 障害者手帳が交付されないため
9. 程度区分の認定により利用できない
10. 支給決定された量では足りない
11. 入院しているため
12. サービス利用を断られた理由がわからない
13. その他【具体的な内容を回答欄にご記入ください】

問36 「障害福祉サービス」に関してご意見があれば自由にお書きください。

問37 あなたは、過去3か月前から現在までに介護保険制度のサービスを利用していますか。あ
てはまるものにをつけてください。

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. 利用している 問38 へ | 2. 利用していない 問40 へ |
|-----------------|------------------|

問38 あなたは、介護保険制度の要介護度は次のどれですか。あてはまるものにをつけてくだ
 さい。

- | | | | |
|----------|----------|----------|----------|
| 1. 非該当 | 2. 要支援 1 | 3. 要支援 2 | 4. 要介護 1 |
| 5. 要介護 2 | 6. 要介護 3 | 7. 要介護 4 | 8. 要介護 5 |

問39 あなたは、過去3か月前から現在までに介護保険制度で利用しているサービスをいくつかも選んで、その番号にをつけてください。

- | | |
|-------------------|----------------|
| 1. 介護予防サービス | 2. 介護予防支援 |
| 3. 地域密着型介護予防サービス | 4. 介護給付の居宅サービス |
| 5. 介護給付の居宅介護支援 | 6. 介護給付の施設サービス |
| 7. 介護給付の地域密着型サービス | 8. 地域支援事業のサービス |
| 9. 住宅改修 | 10. 福祉用具の購入 |
| 11. その他() | |

問40 あなたは、スポーツ・文化芸術活動に参加していますか。あてはまるものにをつけてください。

- | |
|-----------------|
| 1. 参加している 問41へ |
| 2. 参加していない 問43へ |

問41 問40で「1.参加している」にをつけた方におうかがいします。
あなたは、具体的にどのようなスポーツ・文化芸術活動に参加していますか。あてはまるものをいくつかも選んで、その番号にをつけてください。

- | | | |
|----------------|------------|-----------|
| 1. 陸上競技 | 2. 水泳 | 3. 車いすテニス |
| 4. 車椅子バスケットボール | 5. アーチERY | 6. 卓球 |
| 7. 車いすフェンシング | 8. ゲートボール | 9. 野球 |
| 10. 柔道 | 11. 音楽 | 12. 絵画 |
| 13. 書道 | 14. 陶芸 | 15. 演劇 |
| 16. パントマイム | 17. 踊り | 18. 太鼓 |
| 19. 漫才 | 20. 囲碁・将棋 | 21. オセロ |
| 22. 俳句・短歌 | 23. その他() | |

問42 問40で「1.参加している」にをつけた方におうかがいします。
あなたは、スポーツ・文化芸術活動にどれぐらいの頻度で参加していますか。あてはまるものにをつけてください。

- | | | | |
|-------|-----------|---------|---------|
| 1. 毎週 | 2. 月に2回程度 | 3. 毎月1回 | 4. 年に数回 |
|-------|-----------|---------|---------|

問43 問40で「2. 参加していない」に をつけた方におうかがいします。

あなたは、今後スポーツ・文化芸術活動に参加したいと思いませんか。あてはまるものに
__をつけ、その理由を下の回答欄に記入してください。

1. 参加したい 問44へ

参加したい理由(自由記述)

2. 参加したくない 問46へ

参加したくない理由(自由記述)

問44 問43で「1. 参加したい」に をつけた方におうかがいします。

あなたが今後参加したいと思うスポーツ・文化芸術活動をいくつでも選んで、その番号に
__をつけてください。

1. 陸上競技

2. 水泳

3. 車いすテニス

4. 車椅子バスケットボール

5. アーチェリー

6. 卓球

7. 車いすフェンシング

8. ゲートボール

9. 野球

10. 柔道

11. 音楽

12. 絵画

13. 書道

14. 陶芸

15. 演劇

16. パントマイム

17. 踊り

18. 太鼓

19. 漫才

20. 囲碁・将棋

21. オセロ

22. 俳句・短歌

23. その他()

問45 問43で「1. 参加したい」に をつけた方におうかがいします。

スポーツ・文化芸術活動に参加したいけれど参加しない、現在参加できない理由は何で
すか。あてはまるものすべてに __をつけてください。

1. 地域に希望するスポーツ・芸術活動がない

2. スポーツ・芸術活動の情報がない

3. 適当な施設、設備がない

4. 指導者等の人材が不足している

5. 参加費用が高い

6. 時間がないため参加できない

7. その他()

問46 「スポーツ・文化芸術活動」に関してご意見があれば自由にお書きください。

保健・医療サービスについて、おたずねします。

問47 あなたは、過去3か月前から現在までに問48に掲げる障害児・者に関する保健・医療サービス（以下単に「保健・医療サービス」と言います。）を利用しましたか。あてはまるものに をつけてください。

- | |
|-----------------|
| 1. 利用した 問48へ |
| 2. 利用していない 問56へ |

問48 問47で「1. 利用した」に つけた方におうかがいします。
あなたが利用したサービスを3つまで選んで、その番号を回答欄に記入してください。

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1. 自立支援医療（更生医療） | 2. 自立支援医療（育成医療） |
| 3. 自立支援医療（精神通院医療） | 4. 重度障害者医療助成制度 |
| 5. 小児慢性特定疾患治療研究事業 | 6. 療育の給付 |
| 7. 特定疾患治療研究事業 | 8. 養育医療 |
| 9. 精神科デイ・ケア | 10. 精神科デイ・ナイト・ケア |
| 11. 精神科ナイト・ケア | 12. 訪問看護 |
| 13. 精神保健福祉センターの精神保健相談 | 14. 往診 |
| 15. 入院治療 | 16. 人工透析 |
| | 17. その他（ ） |

【回答欄】

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
↓	↓	↓
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
↓	↓	↓
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

【サービスの説明は、24～25ページに掲載しています】

問49 あなたは、問48で選んだ3つの保健・医療サービスに満足していますか。あてはまるものの番号を回答欄に記入してください。

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. 満足している 問50へ | 2. やや満足している 問50へ |
| 3. やや不満である 問51へ | 4. 不満である 問51へ |

問50 問49で「1. 満足している」又は「2. やや満足している」と答えた方におうかがいします。
満足していると回答された理由は何ですか。次の中からいくつでも選んで、その番号を回答欄に記入してください。

- 1. 職員等の接し方がよい
- 2. 職員等が専門的である、技術が高い
- 3. 職員等の人権意識が高い
- 4. 施設がバリアフリーになっている
- 5. 施設の防災等の危機管理が徹底している
- 6. 関係機関との連携がよい
- 7. 利用の手続きが容易
- 8. 費用負担に満足している
- 9. サービスの量に満足している
- 10. サービスの内容が充実しており満足している
- 11. 巡回での相談が便利で利用しやすい
- 12. 早期に治療やリハビリが受けられる体制にある
- 13. その他【 具体的な内容を回答欄にご記入ください】

問49で「3. やや不満である」又は「4. 不満である」と答えたサービスがある方は問51 へお進みください。それ以外の方は問52 へお進みください。

問51 問49で「3. やや不満である」又は「4. 不満である」と答えた方におうかがいします。
満足していない理由は何ですか。次の中からいくつでも選んで、その番号を回答欄に記入してください。

- 1. 職員等の接し方がよくない
- 2. 職員等が専門的でない、技術が低い
- 3. 職員等の人権意識が低い
- 4. 施設がバリアフリーになっていない
- 5. 施設の防災等の危機管理が十分でない
- 6. 関係機関との連携がよくない
- 7. 利用の手続きが煩雑
- 8. 費用負担に満足していない
- 9. サービスの量に満足していない
- 10. サービス内容が制限されていて満足していない
- 11. 巡回での相談が十分でなく利用しにくい
- 12. 早期に治療やリハビリが受けられる体制にない
- 13. その他【 具体的な内容を回答欄にご記入ください】

問52 問48 で選んだ保健・医療サービスは、過去3年前のサービスと比較して良くなっていると思いますか。あてはまるものの番号を回答欄に記入してください。

(1) サービスの質について

- | | |
|----------|---------------------|
| 1. 良くなった | 2. 変わらない |
| 3. 悪くなった | 4. 3年前はサービスを利用していない |

(2) サービスの量について

- | | |
|----------|---------------------|
| 1. 良くなった | 2. 変わらない |
| 3. 悪くなった | 4. 3年前はサービスを利用していない |

問53 あなたは、過去3か月前から現在までに、利用した保健・医療サービスのほかに、必要とした保健・医療サービスがありますか。又はサービスの利用量を増やしたいと思った保健・医療サービスがありますか。あてはまるものに をつけてください。

- | | |
|-------------|-------------|
| 1. ある 問54 へ | 2. ない 問59 へ |
|-------------|-------------|

問54 問53 で「1. ある」に をつけた方におうかがいします。

あなたの利用したい、又は利用を増やしたいと思った保健・医療サービスは何ですか、次の中から3つまで選んで、その番号を回答欄に記入してください。

- | | |
|-----------------------|------------------|
| 1. 自立支援医療（更生医療） | 2. 自立支援医療（育成医療） |
| 3. 自立支援医療（精神通院医療） | 4. 重度障害者医療助成制度 |
| 5. 小児慢性特定疾患治療研究事業 | 6. 療育の給付 |
| 7. 特定疾患治療研究事業 | 8. 養育医療 |
| 9. 精神科デイ・ケア | 10. 精神科デイ・ナイト・ケア |
| 11. 精神科ナイト・ケア | 12. 訪問看護 |
| 13. 精神保健福祉センターの精神保健相談 | 14. 往診 |
| 15. 入院治療 | 16. 人工透析 |
| | 17. その他（ ） |

かいとうらん
【回答欄】

【サービスの説明は、24～25 ページに掲載しています】

問55 問54 であなたが希望した保健・医療サービスを利用できなかった、
 また利用しなかった理由は何ですか。次の中からいくつでも選んで、
その番号を回答欄に記入してください。

↓ ↓ ↓

--	--	--

1. サービス等が地域にない
2. サービスの対象となっていないため
3. サービス等を利用する手続きがわからない
4. サービスに関する情報がない
5. 利用にあたって費用負担が高い
6. サービスが自分のニーズに合ったものとなっていない
7. 地域のサービス量（施設数など）が不足している
8. 職員不足を理由に利用申込が断られる
9. 障害者手帳が交付されないため
10. 断られた理由がわからない
11. その他【 具体的な内容を回答欄にご記入ください】

↩ 問59 へお進みください。

問56 問47 で「2. 利用していない」に をつけた方におうかがいします。
 過去3か月前から現在までに保健・医療サービスを必要としましたか。 あてはまるものに
をつけてください。

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1. 必要とした 問57 へ | 2. 必要としなかった 問59 へ |
|----------------|-------------------|

問57 問56 で「1. 必要とした」に をつけた方におうかがいします。
 あなたの必要としたサービスは何ですか、次の中から3つまで選んで、その番号を回答欄
 に記入してください。

- | | |
|-----------------------|------------------|
| 1. 自立支援医療（更生医療） | 2. 自立支援医療（育成医療） |
| 3. 自立支援医療（精神通院医療） | 4. 重度障害者医療助成制度 |
| 5. 小児慢性特定疾患治療研究事業 | 6. 療育の給付 |
| 7. 特定疾患治療研究事業 | 8. 養育医療 |
| 9. 精神科デイ・ケア | 10. 精神科デイ・ナイト・ケア |
| 11. 精神科ナイト・ケア | 12. 訪問看護 |
| 13. 精神保健福祉センターの精神保健相談 | 14. 往診 |
| 15. 入院治療 | 16. 人工透析 |
| | 17. その他（ ） |

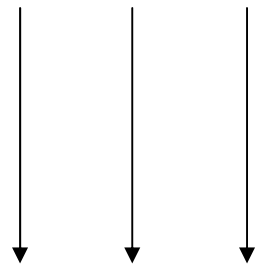
かいとうらん
【回答欄】

--	--	--

↓ ↓ ↓

【サービスの説明は、24～25 ページに掲載しています】

問58 問57 であなたが必要とした保健・医療サービスを利用しなかった、
 また利用できなかった理由は何ですか、次の中からいくつでも選んで、その番号を回答欄に記入してください。



- 1 . サービス等が地域にない
- 2 . サービスの対象となっていないため
- 3 . サービス等を利用する手続きがわからない
- 4 . サービスに関する情報が無い
- 5 . 利用にあたって費用負担が高い
- 6 . サービスが自分のニーズに合ったものとなっていない
- 7 . 地域のサービス量（施設数など）が不足している
- 8 . 職員不足を理由に利用申込が断られる
- 9 . 障害者手帳が交付されないため
- 10 . 断られた理由がわからない
- 11 . その他【 具体的な内容を回答欄にご記入ください】

--	--	--

問59 「保健・医療」に関してご意見があれば、自由にお書きください。

ごきょうりょく
 御協力ありがとうございました。

しょうがいふくし ようごかいせつ とい
障害福祉サービスの用語解説（問25、31、34）

1．居宅介護（ホームヘルプサービス）

ホームヘルプサービスと呼ばれているサービスで、自宅で入浴・排泄・食事などの介護を行います。

2．短期入所（ショートステイ）

在宅で介護を行う人が病気などの場合、短期間施設に入所して介護を受けることができます。

3．療養介護

医療を必要とする障害者で常に介護が必要な場合、昼間に病院や施設で機能訓練、療養上の管理、看護、介護などを行います。

4．生活介護

常に介護が必要な障害者に、昼間に障害者支援施設で入浴・排泄・食事の介護を提供します。また、創作活動や生産活動の機会も提供します。

5．重度訪問介護

重度の肢体不自由者で、常に介護が必要な障害者に、自宅で入浴・排泄・食事の介護を行います。外出時の移動を助け、移動中の介護も行います。

6．重度障害者等包括支援

常に介護が必要な障害者のなかで、介護の必要性が非常に高いと認められた人には、居宅介護などの障害福祉サービスを包括的(例えば、通所サービス、訪問系サービス、ケアホームを利用する)に提供します。

7．共同生活介護（ケアホーム）

障害者が共同生活している住居において、主に夜間の入浴・排泄・食事の介護を行います。一般的に、ケアホームでのサービス提供がこれに当たり、グループホームとは違います。

8．共同生活援助（グループホーム）

地域で共同生活を営む障害者に、住居において共同生活を営むための相談や日常生活上の援助を行います。

9．行動援助

知的障害や精神障害により行動が困難で常に介護が必要な障害者に、行動するときの危険を回避する援助や外出時の移動の補助を行います。

10. 児童デイサービス

障害児が施設に通い、日常生活の基本動作や集団生活への適応訓練を受けます。

11. 施設入所支援

施設に入所している人に、夜間の入浴・排泄・食事などの介護を行います。

12. 自立訓練

自立した日常生活や社会生活ができるように、一定期間において身体機能や生活能力を向上させるための訓練を行います。

13. 就労移行支援

就労を希望する障害者に、一定期間における生産活動やその他の活動の機会を提供します。また、就労に必要な知識や能力の向上を目指した訓練を行います。

14. 就労継続支援

通常の事業所で働くことが困難な障害者に、就労の機会や生産活動の機会を提供します。利用期限は定められていません。この事業には「A型(雇用型)」と「B型(非雇用型)」があります。A型は雇用契約を結んで就労が可能と見込まれる人で、盲・聾養護学校卒業者や一般企業を離職した人が対象になります。B型は就労の機会を通して生産活動の知識や能力の向上が見込まれる人や過去に一般企業に就職していたが年齢や体力面の問題で雇用されることが困難になった人たちが対象になります。

15. 補装具支給

障害者・児の身体機能を補完し、または代替し、かつ、長期間にわたり継続して使用されるもの等で、義肢、装具、車いす、補聴器等が補装具の種目となります。補装具費の支給は、購入費と修理費に対して行うもので、障害者または障害児の保護者の申請に基づき、市町村が支給決定を行います。

16. 日常生活用具の給付など

日常生活用具とは実用性が認められた安全に使用できる用具で、日常生活の困難を改善し、自立支援につながるものとされています。ただし、開発や改良に専門知識を要するもので、一般的に普及していないものと規定されています。

日常生活用具給付事業では、以下に関して給付を行っています。

- ・ 介護・訓練支援用具
- ・ 自立生活支援用具
- ・ 在宅療養等支援用具
- ・ 情報・意思疎通支援用具

- ・ 排泄管理支援用具
- ・ 住宅改修費

17. 相談支援

障害者自立支援法で自立支援給付を受ける障害者が、申請手続きや、サービス利用契約を結ぶ段階で相談業務を行います。相談支援事業者に委託し、障害者の支援を行います。市町村では、支援策の強化を行うために社会福祉士、精神保健福祉士、保健師を配置します。

18. 地域活動支援センター

障害者の創作的活動、生産活動、社会との交流の促進を目指す事業です。地域活動支援センターの機能強化を図るために専門職の配置、地域住民ボランティア育成、生きがい事業などを展開します。

19. 手話通訳や要約筆記の派遣などのコミュニケーション支援

障害者の社会参加の機会を支援するために、手話通訳派遣、要約筆記派遣、手話通訳設置事業などのコミュニケーションにかかわる支援事業を実施します。

20. 福祉ホーム

住居を求めている障害者につき、低額な料金で、居室その他の設備を利用させるとともに、日常生活に必要な便宜を供与することにより、障害者の地域生活を支援するものです。

21. 移動支援

屋外で移動することに制限を持っている障害者、一人で外出できない障害者を対象に移動にかかわる支援を行います。支援事業には、「個別支援型」「グループ支援型」「車両移送型」があります。

22. 難病患者等のホームヘルプサービス

難病患者等の方(難治性疾患克服研究事業の対象疾患(123疾患)および関節リウマチの患者)が居宅において日常生活を営むことができるよう、難病患者の方の家庭にホームヘルパーを派遣して、日常生活を営むのに必要なサービスを提供します。

23. 難病患者等の短期入所

難病患者等の方の介護を行う方が、疾病や冠婚葬祭等によって介護を行えない場合に、難病患者等を指定医療機関に一時的に保護します。

24. 難病患者等の日常生活用具の給付

難病患者等の方のうち、介護保険や老人福祉制度、障害者福祉制度の対象とならない方に日常生活用具を給付します。

保健・医療サービスの用語解説（問48、54、57）

1．自立支援医療（更生医療）

18歳以上で、障害を軽減して日常生活能力、職業能力を回復・改善することを目的として医療を受ける身体障害者が、障害者自立支援法に基づき、公費によって医療費の補助を受けることができる制度です。

2．自立支援医療（育成医療）

18歳未満で、現在または将来において機能障害をのこすおそれがあり、手術等により機能の回復が見込まれる方が、障害者自立支援法に基づき、公費によって医療費の補助を受けることができる制度です。

3．自立支援医療（精神通院医療）

精神障害を持ち、継続的に入院によらない精神医療（通院医療）を受ける方が、障害者自立支援法に基づき、公費によって医療費の補助を受けることができる制度です。

4．重度障害者医療助成制度

重度障害者等の医療保険適用の医療費の自己負担分の一部と入院時食事療養費標準負担額を助成する制度です。

5．小児慢性特定疾患治療研究事業

児童福祉法の規定に基づき、慢性疾患にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成を図るため、当該疾患の治療方法に関する研究等に資する医療の給付などを行うことを目的とする事業です。

6．療育の給付

骨関節結核その他の結核にかかっている児童に対し、医療並びに学習及び療養生活に必要な物品を支給するもの。

7．特定疾患治療研究事業

特定疾患治療研究事業は、難病患者の医療費の助成制度です。保険診療では治療費の自己負担分は3割相当（サラリーマンは3割）ですが、その自己負担分の一部を国と都道府県が公費負担として助成しています。現在は、45疾患がこの制度の対象です。

8. 養育医療

身体しんたいの発育はついくが未熟みじゆくなままで生まれ、入院にゅういんを必要ひつようとする方かたに対して、その治療ちりょうに必要な医療費ひつよう いりょうひを県けんが負担ふたんする制度せいどです。

9. 精神科デイ・ケア

昼間ひるまの時間じかんを仲間なかまやスタッフすと過ごす通院治療つういんちりょうの一つです。デイ・ケアでは、目標もくひょうを決め、目標もくひょうにあった集団しゆだんでの活動かつどうを通して、地域ちいきで生活せいかつすることを援助えんじよしています。

10. 精神科デイ・ナイト・ケア

日中にちちゆうから夜よるにかけて過ごす場所ばしょを提供ていきようしています。今までは外来通院中いまに調子がいらいつういんちゆうを崩ちようしすと、すぐ入院にゅういんとなりがちでしたが、入院にゅういんせずにデイ・ナイト・ケアりようを利用して生活せいかつの立て直した なおをはかることができます。

11. 精神科ナイト・ケア

夕方ゆうがたから夜よるの時間じかんを仲間なかまやスタッフすと過ごす通院治療つういんちりょうの1つです。仲間なかまと一緒にいっしょ楽しく、ゆっくり過すごせる場所ばしょを提供ていきようしています。

12. 訪問看護

病院びやういんや訪問看護ステーションほうもんかんごから、病気びょうきや障害しょうがいを持った人もが住み慣れた地域ひとやご家庭すで、その人ならしく療養生活ちいきを送れるように、看護師等かていが生活ひとの場へ訪問りようせいかつし、看護ケアあくを提供かんごしとうし、自立せいかつへの援助ばを促ほうもんし、療養生活かんごを支援ていきようするサービスじりつです。

13. 精神保健福祉センターの精神保健相談

心こころの悩みなやみや精神疾患等せいしんしつかんなどなの健康けんこうについて、電話でんわ・面接めんせつによる相談指導そうだんしどう、必要ひつように応じておうセリング・訪問指導等ほうもんしどうなどおこなを行います。

14. 往診

医者いしやが病人びやうにんの家いえに行き診察しんさつすること。 宅診たくしん。

15. 精神科病院での入院治療

病気びょうきやけがちりょうの治療いっていなどのために一定きの期間かん病院びやういんにはいること。

16. 人工透析

人工じんこうの装置そうちを用いて、患者もちの血液かんじやを透析けつえきし、本来腎臓とうせきから排出ほんらいじんぞうされるべき有毒物質はいしゆつを除去ゆうどくぶつしつする治療法じよきよ。