

## 障害者施策総合調査（平成 19 年度）

### 「生活支援」、「保健・医療」に関する調査

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。

#### 記入にあたっての注意事項

1. 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。
2. 障害が原因で、あなた自身を書けない場合は、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。
3. 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。
4. 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。

#### 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。

< 調査受託機関 >      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。

# 障害者施策総合調査

あなた自身についておたずねします。

問1 あなたの性別はなんですか。あてはまるものに          をつけてください。

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問2 あなたは何歳ですか。回答欄に記入してください。

歳

問3 あなたの障害は何ですか。あてはまるものに          をつけてください。重複障害の場合は、主な障害に          をつけ、その他の障害に          をつけてください。

- |                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| 1. 視覚障害（全盲・弱視・その他）              | 2. 聴覚障害（ろう・難聴・中途失聴） |
| 3. 言語障害                         | 4. 盲ろう              |
| 5. 肢体不自由                        | 6. 内部障害             |
| 7. 知的障害                         | 8. 精神障害             |
| 9. 発達障害*                        | 10. 難病              |
| 11. その他（具体的にお書きください：          ） |                     |

\*「発達障害」とは、「発達障害者支援法」にいう発達障害（自閉症、アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であって、その症状が通常低年齢において発現する言語の障害、協調運動の障害、心理的発達の障害並びに行動及び情緒の障害）

問4 障害者手帳等をお持ちですか。お持ちのものにすべてに          をつけ、障害等級も記入してください。

- |                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1. 身体障害者手帳（等級 <u>          </u> ） | 2. 療育手帳（等級 <u>          </u> ） |
| 3. 精神障害者保健福祉手帳（等級          ）      | 4. 特定疾患医療受給者証                  |
| 5. 小児慢性特定疾患医療受診券                  | 6. 療育券                         |
| 7. 養育医療券                          | 8. どれも持っていない                   |

問5 あなたは、過去3か月前から現在までに地域の相談支援\*を受けたことがありますか。あてはまるものに          をつけてください。

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

\* 障害者などからの相談や障害福祉サービスの利用計画の作成などの支援を行うものです。

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(介護寮を含む)            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せんか。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みます)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）はどれくらいですか。 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。

一ヶ月当たり  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くらいですか。 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。

一ヶ月当たり  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  | 一ヶ月当たり | <input type="text"/> | 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 当たり	<input type="text"/>	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)はどれぐらいですか。回答欄にその額を記入してください。

一ヶ月当たり  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ぐらいですか。回答欄にその額を記入してください。

一ヶ月当たり  円

問 23 あなたは障害福祉サービスを利用するのに1か月どれぐ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。

一ヶ月当たり  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
-----------	--------	------------	--------

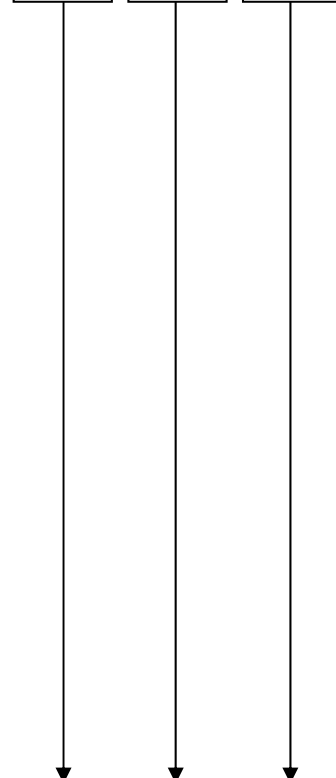
問 25 問 24 で「 1 . 利用している」に つけた方におうかがいします。

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。

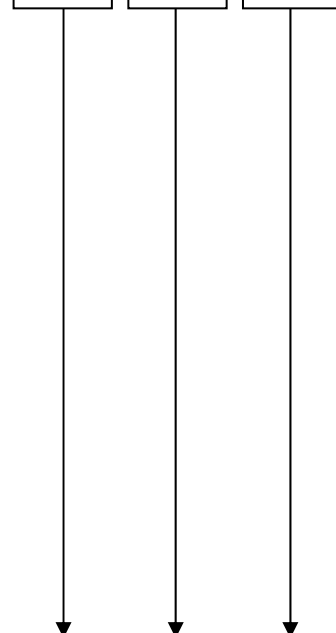
- |                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| 1 . 居宅介護 (ホームヘルプサービス)           | 2 . 短期入所 (ショートステイ) |
| 3 . 療養介護                        | 4 . 生活介護           |
| 5 . 重度訪問介護                      | 6 . 重度障害者等包括支援     |
| 7 . 行動援護                        | 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 ( )                    |                    |

【回答欄】

<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、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 |



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 horizontally. Above each box, a vertical arrow points downwards. Below each box, a vertical arrow points downwards.

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せんか。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 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障害福祉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 ( )                    |                    |

【回答欄】

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

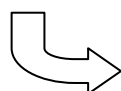
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

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

【サービスの説明は、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ない             |
| 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】 |



問 36 へお進みください。

問 33 問 24 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 をつけた方におうかがいします。

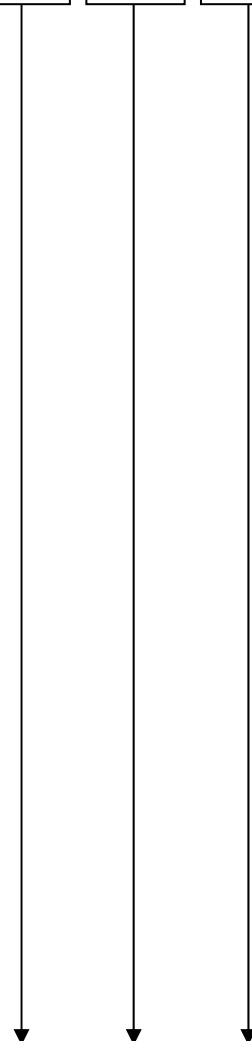
あなたの必要としたサービスは何ですか。次の中から 3 つまで選んで、その番号を回答欄  
に記入してください。

- |                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| 1 . 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 ( )                    |                    |

【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、  
又は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順がわからない
- 3 . サービスに関する情報がない
- 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】

Three vertical rectangular boxes for recording answers, with arrows pointing down from above.

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。

A large empty rectangular box for writing an opinion.

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でも選んで、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 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でも選び、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 42 問 40 で「1. 参加している」に 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すか。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)
<div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>

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】

【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 |

The answer grid for question 48 consists of three empty boxes at the top, each with a downward-pointing arrow leading to another empty box below it. These boxes are intended for the user to write the numbers of the services they selected from the list above.



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がない
- 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（                      ）

【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、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、その番号を回答欄に記入してください。

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1. サービス等が地域にない</li> <li>2. サービスの対象となっていないため</li> <li>3. サービス等を利用する手続きがわからない</li> <li>4. サービスに関する情報がない</li> <li>5. 利用にあたって費用負担が高い</li> <li>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</li> <li>7. 地域のサービス量（施設数など）が不足している</li> <li>8. 職員不足を理由に利用申込が断られる</li> <li>9. 障害者手帳が交付されないため</li> <li>10. 断られた理由がわからない</li> <li>11. その他【 具体的な内容を回答欄にご記入ください】</li> </ul> |  |  |  |
|---|--|--|--|

--	--	--



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（                      ） |

**【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、又は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。

<ol style="list-style-type: none"><li>1．サービス等が地域にない</li><li>2．サービスの対象となっていないため</li><li>3．サービス等を利用する手続きがわからない</li><li>4．サービスに関する情報がない</li><li>5．利用にあたって費用負担が高い</li><li>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</li><li>7．地域のサービス量（施設数など）が不足している</li><li>8．職員不足を理由に利用申込が断られる</li><li>9．障害者手帳が交付されないため</li><li>10．断られた理由がわからない</li><li>11．その他【 具体的な内容を回答欄にご記入ください】</li></ol>			
--	--	--	--

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。

--

御協力ありがとうございました。

## 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・食事などの介助を行います。

### 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・食事の介助を行います。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．行動援護

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（雇成型）」と「B型（非雇成型）」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

身体の発育が未熟なままで生まれ、入院を必要とする方に対して、その治療に必要な医療費を県が負担する制度です。

## 9．精神科デイ・ケア

昼間の時間を仲間やスタッフと過ごす通院治療の一つです。デイ・ケアでは、目標を決め、目標にあった集団での活動を通して、地域で生活することを援助しています。

## 10．精神科デイ・ナイト・ケア

日中から夜にかけて過ごす場所を提供しています。今までは外来通院中に調子を崩すと、すぐ入院となりがちでしたが、入院せずにデイ・ナイト・ケアを利用して生活の立て直しをはかることができます。

## 11．精神科ナイト・ケア

夕方から夜の時間を仲間やスタッフと過ごす通院治療の一つです。仲間と一緒に楽しく、ゆっくり過ごせる場所を提供しています。

## 12．訪問看護

病院や訪問看護ステーションから、病気や障害を持った人が住み慣れた地域やご家庭で、その人らしく療養生活を送れるように、看護師等が生活の場へ訪問し、看護ケアを提供し、自立への援助を促し、療養生活を支援するサービスです。

## 13．精神保健福祉センターの精神保健相談

心の悩みや精神疾患等心の健康について、電話・面接による相談指導、必要に応じてカウンセリング・訪問指導等を行います。

## 14．往診

医者が病人の家に行き診察すること。 宅診。

## 15．精神科病院での入院治療

病気やけがの治療などのために一定の期間病院にはいること。

## 16．人工透析

人工の装置を用いて、患者の血液を透析し、本来腎臓から排出されるべき有毒物質を除去する治療法。