

千葉市内在住の障害福祉サービス受給者証を取得している方の実態調査

障害当事者（以降ご本人と表記）の方へ

アンケートにご協力をお願いします。

○ ご本人について教えてください。

Q. 1 お持ちの手帳の種類について、該当するものに☑してください。

- 〔療育手帳〕 ☐㊦の1 ☐㊦の2 ☐Aの1 ☐Aの2 ☐Bの1 ☐Bの2
〔身体障害者手帳〕 ☐1級 ☐2級 ☐3級 ☐4級 ☐5級 ☐6級
〔精神障害者保健福祉手帳〕 ☐1級 ☐2級 ☐3級

Q. 2 現在主にどこで生活していますか、該当するものに☑してください。

- ☐在宅 ☐施設入所 ☐グループホーム ☐病院
☐その他（ ）

Q. 3 診断名・障害名について、該当するものに☑してください。（複数選択可）

- ☐知的障害 ☐自閉症スペクトラム（自閉症・アスペルガー障害・広汎性発達障害を含む）
☐ADHD ☐LD ☐てんかん ☐ダウン症 ☐確定診断を受けていない ☐不明
☐その他・精神疾患診断名（ ）

Q. 4 Q3の診断名・障害名を理由に定期的に受診している病院について、該当するものに☑してください。

- ☐定期通院なし
☐定期通院あり ⇨ （ありの場合）下記についてお答えください。
〔通院頻度（例：月に○回）〕
（ ）
〔受診状況〕
☐本人通院同行 ☐代理
〔服薬〕
☐あり ☐なし

Q. 5 障害支援区分について、該当するものに☑してください。

- 〔障害支援区分〕（障害福祉サービス受給者証をご確認ください）
☐区分6 ☐区分5 ☐区分4 ☐区分3 ☐区分2 ☐区分1 ☐区分なし

○ ご本人の使っているサービス等について教えてください。

Q. 6 利用中の福祉サービスについて、該当するものに☑してください。（複数選択可）

- ☐居宅介護（☐身体介護 ☐家事援助） ☐同行援護 ☐行動援護 ☐短期入所
☐生活介護 ☐施設入所支援 ☐共同生活援助（グループホーム）
☐就労継続支援B型 ☐就労定着支援 ☐移動支援 ☐訪問入浴サービス
☐日中一時支援 ☐計画相談支援 ☐地域移行支援 ☐地域定着支援
☐その他（ ）

Q. 7 短期入所の利用状況について、該当するものに☑してください。

- ☐定期的に利用している ☐過去に利用したことがある
☐定期的に利用していない ☐利用したことがない

Q. 8 下記の中からあったらいいなと思うものに☑してください。(複数回答可)

- ☐なんでも気軽に話すことのできる相談先
- ☐自宅での生活や支援に係る専門的な助言を行ってくれる相談先
- ☐自宅を拠点に長く地域生活を行っていくための支援事業
- ☐親亡き後も本人が安心して過ごせる自宅以外の生活の場を提供してくれる支援施設
- ☐関係機関同士の連携をしてくれるコーディネート機関
- ☐通っている施設に専門的な助言を行ってくれるコーディネート機関
- ☐その他、又は具体的に使いたい福祉サービス名があれば、Q. 9 の一覧を参考にして教えてください。()

○ ご本人が地域生活を送る上での障害になっていることについて教えてください。

Q. 9 本人の有する社会生活上で課題となる行動・疾病（以降、課題行動と表記）について、該当するものに☑してください。(複数選択可)

- ☐自傷 ☐他傷 ☐破壊行動 ☐行動停止 ☐大声・奇声 ☐多動
- ☐反復行動 ☐異食 ☐偏食 ☐過食・拒食・反芻 ☐睡眠障害 ☐昼夜逆転
- ☐パニック ☐一つの行動に集中して他が目に入らない ☐自分で作ったルールや手順を崩せない ☐自分でトイレに行けない ☐排泄物を触ってしまう ☐飛び出し等突発的な行為 ☐不法等不適切な行為 ☐てんかん
- ☐その他 ()

Q. 10 Q. 9 でお答えになった本人の有する課題行動の中で、特に配慮が必要と感じているものはどれですか？(複数選択可)

- ☐上記項目でチェックしたもの全て
- ☐自傷 ☐他傷 ☐破壊行動 ☐行動停止 ☐大声・奇声 ☐多動
- ☐反復行動 ☐異食 ☐偏食 ☐過食・拒食・反芻 ☐睡眠障害 ☐昼夜逆転
- ☐パニック ☐一つの行動に集中して他が目に入らない ☐自分で作ったルールや手順を崩せない ☐自分でトイレに行けない ☐排泄物を触ってしまう ☐飛び出し等突発的な行為 ☐不法等不適切な行為 ☐てんかん
- ☐その他 ()

Q. 11 本人の日々の生活や課題行動について、困ったときの相談先（頼れる相手）として、該当するものに☑してください。

- ☐あり ⇒ (ありの場合 どこに相談しているか○をつけてください)
(利用している福祉サービス事業所 ・ 相談支援事業所 ・ 親族 ・ その他)
- ☐必要としない ☐必要としているが、相談先がわからない

Q. 12 現在主に生活している場所が在宅である方にお聞きします。家族に病気やケガが生じて本人の生活がままならなくなった場合の支援先について、該当するものに☑してください。(複数回答可)

- ☐利用可能な施設や短期入所事業所等がある ☐頼ることができる親族や知人がいる
- ☐頼る先がない ☐その他 ()

Q.13 将来的に、どこで、どのような暮らし方を考えていますか。また、それはいつ頃ですか。該当するものに☑してください。

☐ 家族と同居

☐ 家族と離れグループホーム・施設入所 ⇒ (時期について○をつけてください)

(できるだけはやく ・ 2～3年後 ・ 5年後 ・ 10年後)

☐ ホームヘルプサービスなどを利用して一人暮らし ⇒ (時期について○をつけてください)

(できるだけはやく ・ 2～3年後 ・ 5年後 ・ 10年後)

☐ その他 ()

○ 情報の共有にご協力ください

市では、各区に障害者基幹相談支援センターを設置し、障害のある方が住み慣れた地域でその人らしく暮らしていくための相談をお受けするとともに、障害のある方を地域全体で支える地域づくりに取り組んでいます。

各区障害者基幹相談支援センターは、それぞれに連携・協力するために千葉市障害者基幹相談支援ネットワークを作るとともに、専門知識を有する地域生活支援拠点コーディネーターを配置しております。

障害のある方を地域全体で支える地域づくり、また専門知識を有する地域生活支援拠点コーディネーター活用の一環として、本調査対象の方が介護者等の入院等で今までの生活が難しくなるような不測の事態に備えるため、本調査によって得られた当事者のニーズや支援に係る課題だけではなく、個々の方の情報についても千葉市障害者基幹相談支援ネットワークと共有し、必要に応じて支援させていただきたいと考えています。

つきましては、上記理由のために、市から障害者基幹相談支援センターに個人情報を提供してもよい場合は、以下の「同意する」に☑してください。

障害者基幹相談支援センターに個人情報を提供することについて

☐ 同意する

※同意する場合には、以下の情報をご記入ください。

○氏名

○住所

○電話番号