

だい き か が し しょう しゃけいかく しょう ふくしけいかく
「第7期加賀市 障がい者計画・障がい福祉計画、
だい き か が し しょう じ ふくしけいかく さくてい
第3期加賀市 障がい児福祉計画」策定のための
ちようさ きょうりよく
アンケート調査のご協力について

みな ひごろ しせい すいしん かくべつ りかい きょうりよく あつ
皆さまには、日頃より市政の推進に格別のご理解とご協力をいただき、厚く
れいもう あ
お礼申し上げます。

さて、このたび、市では、れいわ ねん がつ さくてい しょう しゃし さく すいしん
さて、このたび、市では、令和3年4月に策定しました、障がい者施策を推進す
るための「だい き か が し しょう しゃけいかく しょう ふくしけいかく けいかく きかん れいわ
るための「第6期加賀市 障がい者計画・障がい福祉計画」の計画期間が令和5
ねん とまつ まんりよう れいわ ねん とちゆう けいかく ないよう み なお おこな
年度末をもって満了となるため、令和5年度中に計画内容の見直しを行った
うえで、新たな計画「だい き か が し しょう しゃけいかく しょう ふくしけいかく だい き
うえで、新たな計画「第7期加賀市 障がい者計画・障がい福祉計画、第3期
か が し しょう じ ふくしけいかく さくてい
加賀市 障がい児福祉計画」を策定していくこととしております。

つきましては、し ない す しがい す じゅうしょちとくれい かた ぶく
つきましては、市内にお住まい(市外にお住まいの住所地特例の方も含みま
す。)で、しょう しゃてちよう も かた せいしんつういんいりよう じりつしえんいりよう きゅうふしゃ
す。)で、障がい者手帳をお持ちの方及び精神通院医療(自立支援医療)給付者
なか やく ぱーせんと かたがた ちゅうしゅつ ちよう さひよう おく
の中から約15 % の方々を抽出し、この調査票を送らせていただきました。
いそが たいへん てすう か みな あんしん く らせる ぶくし
お忙しいところ、大変お手数をお掛けしますが、皆さまが安心して暮らせる福祉
しゃかい じつげん きそ しりよう かつよう いがい しょう
社会の実現のための基礎資料として活用させていただく所存ですので、ご協
りよく ねが
力をお願いいたします。

なお、こた ないよう ひみつ ほご ばんぜん き
なお、お答えいただきました内容につきましては、秘密の保護に万全を期すと
ともに、けいかく さくてい きそ しりよう かつよう いがい しょう
ともに、計画策定の基礎資料としての活用以外には使用いたしません。

いじょう ちようさ しゅし りかい なにとぞ きょうりよく
以上、この調査の趣旨をご理解いただき、何卒、ご協力くださいますよう、
ねが もう あ
よろしく願い申し上げます。

れいわ ねん がつ
令和5年〇月

【お答えいただく際にご留意いただきたいこと】

《記入について》

- ・記入は、本人にお願いします。
- ・事情により、本人が記入できない場合は、家族の方などが本人の立場に立たれ、記入いただいても結構です。
- ・回答は、当てはまる番号に「○」を付けてください。
- ・「○」は、質問によって、ひとつだけの場合やいくつでもの場合などに分かれていますので、記入の際は、注意してください。
- ・介護福祉課職員が、聴き取りにより調査することも可能です。

《調査票の返信について》

- ・記入いただきました調査票は、同封してある返信用封筒に入れて、令和5年〇月〇日（〇曜日）までに返送願います。
- ・返信用封筒には切手を貼る必要はありません。また、住所や宛名も記入いただかなくて結構です。

《この調査のお問い合わせについて》

この調査について、お聞きになりたいことや分からないこと、その他ご希望がある場合は、下記へお問い合わせください。

担当者：介護福祉課 金森・西島

介護福祉課の電話：(0761) 72-7852

介護福祉課のファクス：(0761) 72-1665

介護福祉課のメール：fureai@city.kaga.lg.jp

だい き か が し しょう しゃけいかく しょう ふくしけいかく
「第7期加賀市障がい者計画・障がい福祉計画、
 だい き か が し しょう じ ふくしけいかく さくてい
第3期加賀市障がい児福祉計画」策定のための
 あんけーと ちょうさひょう
アンケート 調査票(案)

とい
問1

こた だれ まる
お答えいただくのは、誰ですか。(○は1つだけ)

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1 本人(この調査票が郵送された宛名の人) | 5 本人の祖父母 |
| 2 本人の父母 | 6 本人の兄弟姉妹 |
| 3 本人の配偶者(夫または妻) | 7 ホームヘルパーや福祉の職員 |
| 4 本人の子ども | 8 その他の人(ボランティアなど) |

→「1」以外に回答された場合、下記について、あてはまるもの1つに○を付けてください。

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 1 本人以外が、本人の意思を「代筆」 | 2 本人以外が、本人の意向を汲み取って記入 |
|--------------------|-----------------------|

※これ以降、この調査票が郵送された宛名の人を「あなた」とお呼びしますので、ご本人(この調査票が郵送された宛名の人)の状況などについて、お答えください。

あてな ひと ねんれい かぞく
あなた(宛名の人)の年齢やご家族などについて

とい
問2

あてな ひと ねんれい れいわ ねん がつ にちげんざい こた
あなた(宛名の人)の年齢(令和5年4月1日現在)をお答えください。

まん 満 さい 歳

とい
問3

あてな ひと す ちく まる
あなた(宛名の人)がお住まいの地区はどこですか。(○は1つだけ)

- | | | | | |
|-------|-------|-------|---------|-------|
| 1 大聖寺 | 6 別所 | 11 動橋 | 16 南郷 | 21 東谷 |
| 2 山代 | 7 片山津 | 12 分校 | 17 塩屋 | 22 市外 |
| 3 庄 | 8 作見 | 13 橋立 | 18 山中温泉 | |
| 4 勅使 | 9 金明 | 14 三木 | 19 河南 | |
| 5 東谷口 | 10 湖北 | 15 三谷 | 20 西谷 | |

とい
問4

現在、あなた(宛名の人)と一緒に暮らしている人は、誰ですか。

(あてはまるものすべてに○)

(グループホーム、福祉施設などを利用している人は、7を選択してください。)

1 父母	5 兄弟姉妹
2 配偶者(夫または妻)	6 その他()
3 子ども	7 いない(一人で暮らしている)
4 祖父母	

とい
問5

あなた(宛名の人)は日常生活で食事、トイレなどに誰かの介助が必要ですか。

(○は1つだけ)

1 全部自分でできる	2 一部介助が必要	3 全部介助が必要
------------	-----------	-----------

とい
問6

(問5で、2又は3を選択した人のみお答えください。)

あなた(宛名の人)を介助してくれる人は主に誰ですか。(あてはまるものすべてに○)

1 父母	6 ホームヘルパーや福祉の職員
2 配偶者(夫または妻)	7 その他の人(ボランティアなど)
3 子ども	
4 祖父母	
5 兄弟姉妹	

とい
問7

(問6で1~5を選択した人のみお答えください。)

あなた(宛名の人)を介助してくれるご家族の中で、1番頼りにしている人の年齢と、その人の健康状態をお答えください。

① 年齢(令和5年4月1日現在)

満 歳

② 身体的な健康状態(○は1つだけ)

1 よい	2 ふつう	3 あまりよくない	4 よくない
------	-------	-----------	--------

③ 精神的な健康状態 (○は1つだけ)

1 よい	2 ふつう	3 あまりよくない	4 よくない
------	-------	-----------	--------

あなた(宛名の人)の障がいの状況について

問8

あなた(宛名の人)は身体障害者手帳をお持ちですか。(○は1つだけ)

1 1級	5 5級
2 2級	6 6級
3 3級	7 持っていない
4 4級	

問9

身体障害者手帳をお持ちの場合、主たる障がいは何ですか。(○は1つだけ)

1 視覚障がい	5 肢体不自由(上肢)
2 聴覚障がい	6 肢体不自由(下肢)
3 盲ろう(視覚障がいと聴覚障がいの重複)	7 肢体不自由(体幹)
4 音声・言語・そしゃく機能障がい	8 内部障がい(1~7以外)

問10

あなた(宛名の人)は療育手帳をお持ちですか。(○は1つだけ)

1 A	3 知的障がいがあるが手帳を持っていない
2 B	4 持っていない

問11

あなた(宛名の人)は精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。(○は1つだけ)

1 1級	4 精神障がいがあるが手帳を持っていない
2 2級	5 持っていない
3 3級	

問12

【18歳未満さいみまんの人ひとのみお答えこたください】あなたあてな(宛名ひとの人)は重症心身障じゅうしやうしんしんしやうがいがいとうに該当ましますか。(○は1つだけ)

※重症心身障じゅうしやうしんしんしやうがいとは…重度じゅうどの肢体不自由したいふじゆうと重度じゅうどの知的障ちてきしやうがいとが重複ちやうふくした状態じやうたいのこと

1 該当する

2 該当しない

問13

あなたあてな(宛名ひとの人)は難病なんびやう(指定難病していなんびやう)の認定にんていを受けていますか。(○は1つだけ)

※難病なんびやう(指定難病していなんびやう)とは…筋萎縮性側索硬化症きんいしゆくせいそくさくこうかじやう(ALS)やパーキンソン病えーえるえす ぱーきんそんびやうなどの治療法ちりやうほうが確立かくりつしていない疾病しつぺいその他の特殊な疾病た とくしゅ しつぺいのこと

1 受けている

2 受けていない

問14

あなたあてな(宛名ひとの人)は小児慢性特定疾患しやうにまんせいとくていしつかんの認定にんていを受けていますか。(○は1つだけ)

1 受けている

2 受けていない

問15

あなたあてな(宛名ひとの人)は発達障はったつしやうがいの診断しんだんを受けたことがありますか。(○は1つだけ)

※発達障はったつしやうがいとは…自閉症じへいしやう、アスペルガー症候群あすべるがーしやうこうぐんその他の広汎性発達障こうはんせい害はったつしやうがい、注意欠陥多動ちゆういけっかんたどう性障せいしやうがい害などがあります

1 ある

2 ない

問16

あなたあてな(宛名ひとの人)は高次脳機能障こうじのうきのうしやうがい害しんだんの診断しんだんを受けたことがありますか。(○は1つだけ)

※高次脳機能障こうじのうきのうしやうがい害とは…一般いっぱんに、外傷性脳損傷がいしやうせい、脳血管障のうけっかんしやうがい害などにより脳のうに損傷そんしやうを受けその後遺症こういしやうなどとして生じた記憶障しやうがい、注意障きおくしやうがい、社会的行動障ちゆういしやうがい、失語などしゃかいてきこうどうしやうの認知障しんちしやうがいなどを指すものさ

1 ある

2 ない

問17へ

問17 (問16 で1を選択した人のみお答えください。)

高次脳機能障害に関連した障がいをお答えください。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------|----------------|
| 1 視覚障がい | 5 肢体不自由(下肢) |
| 2 聴覚障がい | 6 肢体不自由(体幹) |
| 3 音声・言語・そしゃく機能障がい | 7 内部障がい(1~6以外) |
| 4 肢体不自由(上肢) | |

問18

あなた(宛名の人)は強度行動障害があると言われたことはありますか。(○は1つだけ)

※強度行動障害とは…自傷、他傷、こだわり、もの壊し、睡眠の乱れ、異食、多動など本人や周囲の人のくらしに影響を及ぼす行動が、著しく高い頻度で起こるため、特別に配慮された支援が必要になっている状態のこと。

障害福祉サービス等を利用している人で重度障害者支援加算の対象となっている場合や、外出支援で行動援護を利用している場合、医師や療育機関等から指摘されたことがある場合等は「1」としてください。

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

問19

あなた(宛名の人)は現在、医療的ケアを受けていますか。(○は1つだけ)

- | | |
|---------|----------|
| 1 受けている | 2 受けていない |
|---------|----------|

問20 (問19 で1を選択した人のみお答えください。)

あなた(宛名の人)が現在受けている医療的ケアをお答えください。(あてはまるものすべてに○をつけてください。)

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| 1 気管切開 | 9 透析(血液透析・腹膜透析) |
| 2 人工呼吸器(レスピレーター) | 10 導尿(カテーテル留置・間歇) |
| 3 酸素療法 | 11 排便管理(ストマ・摘便・洗腸・浣腸) |
| 4 ネブライザー吸入 | 12 皮下注射(インスリン・麻薬等) |
| 5 吸引 | 13 血糖測定 |
| 6 経管栄養(胃ろう・腸ろうなど) | 14 排便管理 |
| 7 鼻腔経管栄養 | 15 その他() |
| 8 中心静脈栄養(I V H) | |

とい
問21

現在、あなた(宛名の人)が特に困ったり、不安に思っていることは何ですか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| 1 住宅や住む場所のこと | 9 買い物のこと |
| 2 就職や仕事のこと | 10 親や介護者の高齢化のこと |
| 3 収入や生活費のこと | 11 家族との人間関係(親・配偶者・兄弟姉妹) |
| 4 進学や学校生活のこと | 12 友人関係や近所づきあいのこと |
| 5 身体や健康のこと | 13 学習活動や趣味の活動のこと |
| 6 福祉サービスに関すること | 14 災害時や緊急時のこと |
| 7 困ったときの相談相手のこと | 15 その他() |
| 8 外出のこと | 16 特にない |

あなた(宛名の人)の住まいや暮らしについて

とい
問22

あなた(宛名の人)は現在、どのように暮らしていますか。(○は1つだけ)

- | |
|-----------------------------------|
| 1 自宅で一人で暮らしている |
| 2 自宅で家族などと暮らしている |
| 3 グループホームで暮らしている |
| 4 福祉施設(障がい者支援施設)で暮らしている |
| 5 病院に3か月以上の長期入院をしている(一時的な入院を除きます) |
| 6 その他() |

とい
問23

あなた(宛名の人)は将来、どのように暮らしたいですか。(○は1つだけ)

- | |
|--------------------------------|
| 1 一人で暮らしたい |
| 2 家族などと暮らしたい |
| 3 グループホームで暮らしたい |
| 4 福祉施設(障がい者支援施設や高齢者支援施設)で暮らしたい |
| 5 病院に入院していきたい |
| 6 その他() |

とい
問24

自宅やグループホームなどの地域で生活するために必要なことは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- 1 在宅で医療ケアなどが適切に受けられること
- 2 障がい者に適した(暮らしやすい)住居を確保すること
- 3 必要な在宅サービス(ヘルパー)が適切に利用できること
- 4 通所サービス(生活訓練など)の充実
- 5 経済的な負担の軽減
- 6 相談支援体制の充実
- 7 緊急時、災害時の支援体制
- 8 地域で生活するための体験の機会などの充実
- 9 地域の障がいへの理解
- 10 必要な情報の提供
- 11 その他()

あなた(宛名の人)の日中活動や就労について

とい
問25

あなた(宛名の人)は、1週間にどの程度外出しますか。(○は1つだけ)

- | | |
|--------------------|-------------|
| 1 ほとんど毎日外出する(6~7日) | 4 まったく外出しない |
| 2 1週間に数回外出する(3~5日) | |
| 3 あまり外出しない(1~2日) | |

とい
問26

(問26から問28までは問25で1~3を選択した人のみお答えください。)

あなた(宛名の人)は、誰と外出しますか。(○は1つだけ)

- | | |
|--------------|-------------------|
| 1 一人で外出する | 5 祖父母 |
| 2 父母 | 6 兄弟姉妹 |
| 3 配偶者(夫または妻) | 7 ホームヘルパーや施設の職員 |
| 4 子ども | 8 その他の人(ボランティアなど) |

とい
問27

あなた(宛名の人)は、どのような目的で外出することが多いですか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|---------------|--------------|
| 1 趣味やスポーツをする | 6 通勤・通学・通所 |
| 2 友人・知人に会う | 7 医療機関への受診 |
| 3 グループ活動に参加する | 8 訓練やリハビリに行く |
| 4 散歩に行く | 9 その他() |
| 5 買い物に行く | |

とい
問28

外出する時に困ることは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | |
|----------------------------------|
| 1 公共交通機関が少ない(ない) |
| 2 列車やバスの乗り降りが困難 |
| 3 道路や駅に階段や段差が多い |
| 4 切符の買い方や乗換えの方法、予約(のりあい号)がわかりにくい |
| 5 トイレやエレベータなど外出先の建物の設備が不便 |
| 6 介助者が確保できない |
| 7 外出にお金がかかる |
| 8 周囲の目が気になる |
| 9 発作など突然の身体の変化が心配 |
| 10 困った時にどうすればいいのか心配 |
| 11 その他() |

とい
問29

あなた(宛名の人)は、平日の日中を主にどのように過ごしていますか。(○は1つだけ)

- 1 会社勤めや自営業、家業などの収入を得る仕事をしている
- 2 ボランティアをしている
- 3 主に家事をしている
- 4 福祉施設、作業所などに通っている(就労継続支援A型事業所を含む)
- 5 病院などのデイケアに通っている
- 6 リハビリテーションを受けている
- 7 自宅で過ごしている
- 8 入所している施設や病院などで過ごしている
- 9 大学、専門学校、職業訓練校などに通っている
- 10 特別支援学校(小中高等部)に通っている
- 11 一般の小学校・中学校・高等学校に通っている
- 12 幼稚園、保育園などに通っている
- 13 障がい児通所施設に通っている
- 14 その他()

→ とい 問29へ

→ とい 問30へ

とい
問30

(問29で1を選択した人のみお答えください。)

どのような勤務形態で働いていますか。(○は1つだけ)

- 1 正職員で他の職員と勤務条件などに違いはない
- 2 正職員で短時間勤務などの障がい者配慮がある
- 3 パート・アルバイトなどの非常勤職員や派遣職員
- 4 自営業など
- 5 その他()

とい
問31

(問29で、2~13を選択した人で、18~64歳の人のみお答えください。)

あなた(宛名の人)は今後、収入を得る仕事をしたいと思えますか。(○は1つだけ)

- | | |
|------------|-----------|
| 1 仕事をしたい | 3 仕事はできない |
| 2 仕事はしたくない | |

とい問32

あなた(宛名の人)は、障がい者の就労支援として、どのようなことが必要だと思ひますか。(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
- 3 短時間勤務や勤務日数などを体調などにあわせて選択できるしくみ
- 4 在宅勤務の拡充
- 5 職場全体の障がい者理解
- 6 職場の上司や同僚に障がいの理解があること
- 7 職場で介助や援助などが受けられること
- 8 就労後のフォローなど職場と就労支援機関の連携
- 9 企業ニーズに合った就労訓練
- 10 仕事についての職場外での相談対応や支援
- 11 その他()

あなた(宛名の人)の障害福祉サービスなどの利用について

とい問33

あなた(宛名の人)は現在、次のサービスを利用していますか。あなたがお持ちの受給者証に記載があるサービスで、サービス事業者と契約し利用しているサービスを選択してください。(あてはまるものすべてに○)

※利用していない場合は理由もお書きください。

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 居宅介護(ホームヘルプサービス) 2 同行援護 3 行動援護 4 療養介護 5 生活介護 6 短期入所 7 施設入所支援 8 自立訓練(機能訓練・生活訓練) 9 就労移行支援 10 就労継続支援A型 11 就労継続支援B型 | <ol style="list-style-type: none"> 12 自立生活援助 13 共同生活援助 14 児童発達支援 15 放課後等デイサービス 16 保育所等訪問支援 17 移動支援 18 日中一時支援(日中ショート・タイムケア) 19 訪問入浴 20 地域活動支援センター 21 その他() 22 障害福祉サービスは利用していない |
|---|---|

利用していない場合の理由 ()

問34

あなたは(宛名の人)今後、次のサービスのうちどれを利用したいと思いますか。利用したいサービスがあれば、選択してください。(あてはまるものすべてに○)

「23 その他」を選択した場合は、利用したいサービスを具体的にご記入ください。

なお、利用したいサービスがない場合は、いずれも選択する必要はありません。

サービス名	サービス内容
1 居宅介護	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護などを行う
2 重度訪問介護	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行う
3 同行援護	視覚障がい者に、移動に必要な情報の提供、外出先での必要な援助などを行う
4 行動援護	行動上著しい困難を有する知的障がい者又は精神障がい者に、危険回避に必要な支援など移動の支援を行う
5 療養介護	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話をを行う
6 生活介護	常時介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護などのほか、創作的活動又は生産活動の機会を提供する
7 短期入所	家族などの介護者の都合により、短期間、夜間も含め施設で入浴、排せつ、食事の介護を行う
8 重度障害者等包括支援	ホームヘルプサービス、日中活動サービス及び短期入所などを包括的に行う
9 施設入所支援	施設入所者に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護などを行う
10 自立訓練 (機能訓練・生活訓練)	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能(機能訓練)又は生活能力の向上(生活訓練)のために必要な訓練を行う
11 就労移行支援	一般企業などへの就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う
12 就労継続支援 (A型=雇用型・B型=非雇用型)	一般企業などでの就労が困難な人に、働く場を提供するほか、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う
13 就労定着支援	一般就労へ移行した人で、就労に伴う環境変化により生活面の課題が生じている人に対し、相談や連絡調整等、課題解決に向けて必要となる支援を行う
14 自立生活援助	施設入所や共同生活援助を利用していた人が、一人暮らしをする際に、定期的な訪問を行い、生活面での課題等について確認を行い、必要な助言や医療機関等との連絡調整を行う
15 共同生活援助	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助又は入浴、排せつ、食事の介護などを行う
16 児童発達支援	児童の日常生活上の基本的動作の指導、集団生活への適応訓練その他必要な支援を行う
17 放課後等デイサービス	授業終了後又は夏休みなどの休業日に、生活向上に必要な訓練その他必要な支援を行う
18 保育所等訪問支援	保育所等での集団生活に適応するため、本人やスタッフに訓練や支援方法の指導等の支援を行う
19 移動支援	屋外での移動が困難な人に、移動の支援をする
20 日中一時支援 (日中ショート・タイムケア)	日中ショート:日中における活動の場を確保し、入浴、排せつ、食事の介護などを行う タイムケア:学校の余裕教室などにおいて、放課後に活動する場を確保するとともに、日常生活訓練や卒業後の地域生活への円滑な移行を目指す場を提供する
21 訪問入浴	看護師やヘルパーが乗車した入浴車が自宅を訪問し、入浴介護を行う
22 地域活動支援センター	創作的活動又は生産活動の機会を提供し、社会との交流の促進などを行う
23 その他 ※ 上記以外のサービスで、利用したいサービスがあれば具体的にご記入ください。	

あなた(宛名の人)の相談相手について

問35

あなた(宛名の人)は、普段、悩みや困ったことを誰に相談しますか。
(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------|-----------------------|
| 1 家族や親せき | 9 病院のケースワーカー |
| 2 友人・知人 | 10 介護保険のケアマネジャー |
| 3 近所の人 | 11 通園施設や保育園、幼稚園、学校の先生 |
| 4 民生委員・児童委員 | 12 相談支援事業所の相談支援専門員 |
| 5 職場の上司や同僚 | 13 障がい者相談員(ピアサポート) |
| 6 サービス事業所の職員 | 14 行政機関の相談窓口(職員) |
| 7 障がい者団体や家族会 | 15 その他() |
| 8 かかりつけの医師や看護師 | |

問36

あなた(宛名の人)は障がいや福祉サービスなどに関する情報を、どこから知ることが多いですか。(あてはまるものすべてに○)

- 1 本や新聞、雑誌の記事、テレビやラジオのニュースなど
- 2 行政機関の広報誌
- 3 インターネット
- 4 家族や親せき、友人・知人
- 5 民生委員・児童委員
- 6 サービス事業所や施設の職員
- 7 障がい者団体や家族会(団体の機関誌など)
- 8 かかりつけの医師や看護師
- 9 病院のケースワーカー
- 10 介護保険のケアマネジャー
- 11 通園施設や保育園、幼稚園、学校の先生
- 12 相談支援事業所の相談支援専門員
- 13 障がい者相談員
- 14 行政機関の相談窓口(職員)
- 15 その他()

とい問41

かじ じしん さいがいじ こま なん まる
火事や地震などの災害時に困ることは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- 1 投薬や治療が受けられない
- 2 補装具や日常生活用具の使用が困難になる
- 3 補装具や日常生活用具の入手ができなくなる
- 4 救助を求めることができない
- 5 安全なところまで、迅速に避難することができない
- 6 被害状況、避難場所などの情報が入手できない
- 7 周囲とコミュニケーションがとれない
- 8 避難場所の設備(トイレなど)や生活環境が不安
- 9 その他()
- 10 特にない

とい問42

じしん すいがいどう さいがいはっせいじ むけたじゅんぴ とりくんで
地震や水害等の災害発生時に向けた準備に取り組んでいることはありますか。

(あてはまるものすべてに○)

- 1 居住地の災害リスクの確認
- 2 避難する場所の環境の確認
- 3 持ち出し荷物の準備
- 4 支援者(家族、近所の知人、福祉サービス事業者等)との連絡方法の確保
- 5 災害に関する情報源の確保
- 6 避難する場所への避難方法の確保
- 7 医薬品や機材(医療機器の電源等)等の備え・蓄え
- 8 家で避難生活するための飲食料・日用品等の買い置き
- 9 地域防災訓練への参加
- 10 家具の固定
- 11 その他()
- 12 何もしていない

とい問43

か がしちいきみまも ささ あんしん し
加賀市地域見守り支えあいネットワークの「安心カード」を知っていますか。

- 1 知っており登録をしている
- 2 知っているが登録していない
- 3 知らない

0～18歳までのお子様(宛名の人)の保護者の方へ

0～18歳までのお子様(宛名の人)の保護者の方は、以下の問についてもお答えください。

お子様(宛名の人)の保護者の状況について

問1

お子様(宛名の人)の保護者の方の就労状況を教えてください。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-----------------|------------------------|
| 1 父がフルタイム勤務 | 6 母が就労していない |
| 2 父がパート・アルバイト勤務 | 7 両親以外の保護者がフルタイム勤務 |
| 3 父が就労していない | 8 両親以外の保護者がパート・アルバイト勤務 |
| 4 母がフルタイム勤務 | 9 両親以外の保護者が就労していない |
| 5 母がパート・アルバイト勤務 | 10 その他 |

問2

お子様(宛名の人)の保護者の方の1日の平均的な合計睡眠時間はどれくらいですか。(どなたかお一人の方について教えてください)

()時間 わからない

問3

お子様(宛名の人)の保護者の方が1日の間に介護やケアから離れられる平均時間を教えてください。(どなたかお一人の方について、睡眠時間を除いた時間を教えてください)

()時間 わからない

お子様(宛名の人)の保護者の相談相手について

問4

現在、お子様(宛名の人)のことで、保護者の方が特に困ったり、不安に思っていることは何ですか。(あてはまるもの上位3つに○)

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| 1 住宅や住む場所のこと | 10 親や介護者の高齢化のこと |
| 2 就職や仕事のこと | 11 家族との人間関係(親・配偶者・兄弟姉妹) |
| 3 収入や生活費のこと | 12 友人関係や近所づきあいのこと |
| 4 進学や学校生活のこと | 13 学習活動や趣味の活動のこと |
| 5 身体や健康のこと(お子様) | 14 災害時や緊急時のこと |
| 6 福祉サービスに関すること | 15 時間や余裕がない |
| 7 医療サービスに関すること | 16 その他() |
| 8 困ったときの相談相手のこと | 17 特にない |
| 9 外出や買い物のこと | |

問5

お子様(宛名の人)のことで、保護者の方は、普段、悩みや困ったことを誰に相談しますか。(あてはまるもの上位3つに○)

- | | |
|----------------|-----------------------|
| 1 家族や親せき | 9 民生委員・児童委員 |
| 2 友人・知人 | 10 通園施設や保育園、幼稚園、学校の先生 |
| 3 近所の人 | 11 相談支援事業所の相談支援専門員 |
| 4 職場の上司や同僚 | 12 障がい者相談員(ピアサポート) |
| 5 サービス事業所の職員 | 13 行政機関の相談窓口(職員) |
| 6 障がい者団体や家族会 | 14 相談しない |
| 7 かかりつけの医師や看護師 | 15 その他() |
| 8 病院のケースワーカー | |

とい問6

保護者の方によるお子様(宛名の人)の対応が困難な場合、同居のご家族以外で対応を頼める相手はどなたですか。また、いない場合は理由もお書きください。

(あてはまるものをすべてに○)

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1 別居の親族 | 7 児童発達支援 |
| 2 友人・知人 | 8 放課後等デイサービス |
| 3 居宅介護(ホームヘルパー) | 9 学童クラブ |
| 4 短期入所(ショートステイ) | 10 いない |
| 5 訪問看護 | 11 その他() |
| 6 生活介護 | |

いない場合の理由 ()

お子様(宛名の人)の医療の状況について

とい問7

お子様(宛名の人)は定期的に医療機関に通院または往診を受けていますか。

- | | | | |
|----------|------------|-----------|----------|
| 1 受診している | 2 複数受診している | 3 受診していない | 4 入院している |
|----------|------------|-----------|----------|

とい問8 (問7で、1, 2を選択した人のみお答えください。)

受診の医療機関はどのような医療機関ですか。

(あてはまるものをすべてに○)

- | |
|---|
| 1 地域のかかりつけ医に受診している |
| 2 専門的な治療をする医療機関に受診している
↳ あてはまるものを○で囲んでください。(市内・県内・県外) |
| 3 地域のかかりつけ医と専門的な治療をする医療機関の両方を受診している
↳ あてはまるものを○で囲んでください。(市内・県内・県外) |

かかりつけ医:なんでも相談できる身近な医師、予防接種や体調の変化の時にサポートしてくれる

お子様の保護者の方への質問は以上です。最後に、障害福祉サービスや市の取組、必要と感じている情報・社会資源、相談体制について、ご意見がありましたら、ご自由に記入ください。

障害福祉サービスや市の取組みについて

必要と感じている情報・社会資源について

必要と感じている相談体制について

その他

ご協力ありがとうございました。同封の返信用封筒に入れて、○月○日(○曜日)までにポストに投函してください。