

障がい者の福祉ニーズ(現状と要望)

障がい者
(家族・介助者)

に関するアンケート【18歳以上】

(同居の家族・介助者用)

◎回答期限：令和5年3月31日までに、同封の返信用封筒にてご郵送ください。切手は不要です。

佐賀市では、障がい者施策の基本的方向を定める障がい者プラン(2024年度～)を作成するにあたり、基礎的なデータや皆様のお考えなどをプランに反映させるために、無作為抽出によるアンケート調査を実施することとしました。

障がいのある方及びそのご家族の近況や日ごろお考えになっていること、また行政に対するご意見・ご要望などを、この調査票によりお答えください。

なお、ご記入いただいた内容については、堅く秘密を守り、調査の目的以外には使用しませんので、ありのままにお答えください。

(記入の仕方)

- (1) この「家族・介助者用アンケート票」は、障がいのある方と同居されているご家族又は介助者がいらっしゃる場合にのみご記入ください。障がい者が単身でお住まいの場合は、このアンケート票の回答は不要です。
- (2) 質問の中で「あなた」とは、このアンケートを記入する障がい者のご家族もしくは主な介助者の方のことであり、「ご本人」とは障がいのあるご本人です。
- (3) このアンケート票は、令和5年2月1日現在の状況でお答えください。
- (4) 答えにくい質問に関しては、空欄のままで構いません。
- (5) その他、ご不明な点がございましたら下の問い合わせ先へおたずねください。

(お問い合わせ先)

佐賀市 保健福祉部 障がい福祉課
電話：0952-40-7251 FAX：0952-40-7379

1 ご家族・介助者の方ご自身のことについて

問1 あなたの年齢は？ (1つに☑を)

| | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 20歳未満 | <input type="checkbox"/> 20歳代 | <input type="checkbox"/> 30歳代 | <input type="checkbox"/> 40歳代 |
| <input type="checkbox"/> 50歳代 | <input type="checkbox"/> 60歳代 | <input type="checkbox"/> 70歳以上 | |

問2 あなたの性別は？ (1つに☑を)

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 男性 | <input type="checkbox"/> 女性 | <input type="checkbox"/> 無回答 |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|

問3 ご本人との関係はあなたから見てどれにあたりますか？ (1つに☑を)

| | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 配偶者（夫・妻） | <input type="checkbox"/> 父親・母親 |
| <input type="checkbox"/> 子（その配偶者を含む） | <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹（その配偶者を含む） |
| <input type="checkbox"/> 祖父母 | <input type="checkbox"/> 孫（その配偶者を含む） |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

問4 あなたの健康状態はいかがですか？ (1つに☑を)

| | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 健康である | <input type="checkbox"/> 体力に不安がある | <input type="checkbox"/> 病気がちである |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|

問5 あなたは現在、仕事をしていますか？ (1つに☑を)

| | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 仕事はしていない | <input type="checkbox"/> 正社員（常勤） |
| <input type="checkbox"/> パートタイム | <input type="checkbox"/> 自営業 |
| <input type="checkbox"/> 内職・自営業の手伝い | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

問6 あなたが1日のうち介助をされている時間はどのくらいですか？ (1つに☑を)

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1時間未満 | <input type="checkbox"/> 1時間～3時間未満 | <input type="checkbox"/> 3時間～5時間未満 |
| <input type="checkbox"/> 5時間～8時間未満 | <input type="checkbox"/> 8時間以上 | |

問7 あなたが介助していて困ることがありますか？ (あてはまるものすべてに☑を)

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腰痛など身体が疲れる | <input type="checkbox"/> 睡眠不足になりがち |
| <input type="checkbox"/> 精神的に疲れる | <input type="checkbox"/> 他の家族の世話ができない |
| <input type="checkbox"/> 買い物など外出ができない | <input type="checkbox"/> 仕事に出たいが出られない |
| <input type="checkbox"/> 自分の時間が持てない | <input type="checkbox"/> 経済的な負担がかかる |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> 特にない |

問8 あなたがしている介助のなかで、家族以外のひとに手伝ってもらったり、代わってもらえると助かるものがありますか？ (あてはまるものすべてに☑を)

| | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食事の支度 | <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯 | <input type="checkbox"/> 買い物 |
| <input type="checkbox"/> 留守番 | <input type="checkbox"/> 他の家族の世話 | <input type="checkbox"/> 食事の介助 |
| <input type="checkbox"/> 排せつの介助 | <input type="checkbox"/> 着替えの介助 | <input type="checkbox"/> 入浴の介助 |
| <input type="checkbox"/> 室内移動の介助 | <input type="checkbox"/> 外出の介助 | <input type="checkbox"/> 特にない |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

問9 あなたが何らかの理由で介助できなくなった場合はどうしますか？ (あてはまるものすべてに☑を)

| | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 施設に入所させる | <input type="checkbox"/> 通所サービスを利用する |
| <input type="checkbox"/> ヘルパーに援助を依頼する | <input type="checkbox"/> 家族または親戚に協力を依頼する |
| <input type="checkbox"/> 短期入所を利用する | <input type="checkbox"/> 市役所の職員に相談する |
| <input type="checkbox"/> わからない | <input type="checkbox"/> その他 () |

問10 あなたが入院や親類の葬儀などで急に介助できなくなった場合に、ご本人を預かってもらえる所がありますか？ (1つに☑を)

| | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 預かってもらえる所がある | <input type="checkbox"/> 預かってもらえる所はない |
| <input type="checkbox"/> その時になってみないとわからない | |

問11 あなたがご本人の介助のことで困ったときはだれに相談しますか？ (あてはまるものすべてに☑を)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 障がい者総合相談窓口(※)の相談員 | <input type="checkbox"/> 家族、親せき |
| <input type="checkbox"/> 友人、知人 | <input type="checkbox"/> 計画相談の担当の相談支援専門員 |
| <input type="checkbox"/> 医療関係者 | <input type="checkbox"/> 福祉施設の職員 |
| <input type="checkbox"/> 市役所などの行政職員 | <input type="checkbox"/> ホームヘルパー |
| <input type="checkbox"/> 民生委員、自治会長 | <input type="checkbox"/> 身体・知的の障害者相談員 |
| <input type="checkbox"/> 障害者団体の役員・会員、家族会 | <input type="checkbox"/> 佐賀県難病支援センターの相談員 |
| <input type="checkbox"/> だれもない | <input type="checkbox"/> その他 () |

※障がい者総合相談窓口とは

障がい者やご家族からの相談に応じ、必要な情報の提供や助言、権利擁護のために必要な援助を行うために、市が委託している事業所です。現在、佐賀市には3か所あります。

◎長光園障害者支援センター(兵庫南) ◎ぷらっと(兵庫北：ほほえみ館内)

◎さくら(神園三丁目)

問12 あなたは障がい者総合相談窓口にご相談したことがありますか？ (1つに☑を)

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
|-----------------------------|-----------------------------|

2 ほんにん ご本人のことについて

と
問13 ほんにん ねんれい ご本人の年齢は？ (1つに☑を)

0～6歳 7～12歳 13～15歳 16～18歳

と
問14 ほんにん せいべつ ご本人の性別は？ (1つに☑を)

男性 女性 無回答

と
問15 ほんにん おも しょう なん ご本人の主な障がいは何ですか？ (1つに☑を)

身体障がい 知的障がい 精神障がい 小児慢性特定疾患

と
問16 ほんにん しょうがいしやてちょう も ご本人は、障害者手帳をお持ちですか？ (あてはまるものすべてに☑を)

身体障害者手帳

〔等級： 1級 2級 3級 4級 5級 6級〕

〔種別： 肢体不自由（上肢、下肢、体幹、運動機能障がい）
 視覚障がい
 聴覚、平衡機能障がい
 音声、言語、そしゃく機能障がい
 内部障がい（心臓、腎臓、呼吸器、膀胱、直腸、小腸、免疫、肝臓）

療育手帳〔判定： A B〕

精神障害者保健福祉手帳

〔等級： 1級 2級 3級〕

〔種別： 精神疾患 発達障がい 高次脳機能障がい〕

手帳なし〔診断名： 精神疾患 発達障がい 高次脳機能障がい〕

小児慢性特定疾患

と
問17 ほんにん いりょうてき ひつよう ご本人は医療的ケアが必要ですか？ (あてはまるものすべてに☑を)

中心静脈栄養 人工透析 酸素療法（在宅酸素）

人工呼吸器 経管栄養（胃ろう） たん吸引

導尿 インシュリン注射 その他（ ）

ひつよう ふくし しょう しゃふくし いけん ていあん
必要な福祉サービスなど、障がい者福祉についてご意見、ご提案などがありまし
たら、ご自由にお書きください。

A large rectangular area with a solid border and horizontal dashed lines, intended for writing responses.

きょうりよく
ご協力ありがとうございました。