

# 福祉に関するアンケート調査

## 調査へのご協力をお願い

日頃より村上市の福祉行政にご理解・ご協力をいただき、ありがとうございます。

村上市では現在、令和6年度からの障がい福祉計画の策定に向けた取り組みを進めています。そのため、住民の皆さまの福祉サービスの利用実態や福祉に関する意識、意向などを把握し、計画策定や施策推進に役立てるためのアンケート調査を実施することになりました。

調査の対象者は、市内在住で身体障害者手帳または療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方の中から、無作為に選ばせていただいた方です。

この調査は、無記名でご回答いただきますので、回答された方が特定されたり、個人の回答内容が明らかにされたりすることはありません。

また、ご回答いただいた内容は、統計的な処理を行い、計画策定および施策推進のための基礎資料としてのみ使用し、その他の目的で使われることは一切ありません。

調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

令和5年9月  
村上市

## ＜記入要領＞

- 宛名のご本人が直接回答いただくことが難しい場合には、家族や介護者の方などが、ご本人の意向を尊重して記入してください。
- 質問への回答方法はそれぞれ質問文に記載していますので、質問文をよく読んでお答えください。
- 記入が終わりましたら、**9月29日（金曜日）まで**に同封の返信用封筒を使ってご返送ください。
- 調査票は村上市個人情報保護条例にしたがい、適切な管理をいたします。
- このアンケート調査へのご質問などは、下記までお問い合わせください。



### 【問い合わせ先】

村上市 福祉課 福祉政策室

電話：0254-53-2111（内線2321、2322）

FAX：0254-53-3840

E-mail：fukushi-s@city.murakami.lg.jp



問1 お答えいただくのは、どなたですか。(〇は1つだけ)

1. ご本人(この調査票が郵送された宛名の方) 3. ご家族以外の介助者  
2. ご本人の家族

※これ以降、この調査票が郵送された宛名の方を「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方)の状況などについて、お答えください。

あなたの性別・年齢・ご家族などについて

問2 あなたの年齢をお答えください。(令和5年4月1日現在)

満( )歳

問3 あなたの性別をお答えください。(〇は1つだけ)

1. 男性 2. 女性 3. その他、答えたくない

問4 あなたがお住まいの地区はどこですか。(〇は1つだけ)

1. 村上地区 4. 朝日地区  
2. 荒川地区 5. 山北地区  
3. 神林地区

問5 現在、あなたが一緒に暮らしている人は、どなたですか。(あてはまるものすべてに〇)

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

※グループホーム、福祉施設などを利用されている方は「5.」としてください。

問6 日常生活で、次のことをどのようにしていますか。①から⑩のそれぞれにお答えください。  
(①から⑩それぞれに〇を1つ)

| 項目             | 一人でできる | 一部介助が必要 | 全部介助が必要 |
|----------------|--------|---------|---------|
| ① 食事           | 1      | 2       | 3       |
| ② トイレ          | 1      | 2       | 3       |
| ③ 入浴           | 1      | 2       | 3       |
| ④ 衣服の着脱        | 1      | 2       | 3       |
| ⑤ 身だしなみ        | 1      | 2       | 3       |
| ⑥ 家の中の移動       | 1      | 2       | 3       |
| ⑦ 外出           | 1      | 2       | 3       |
| ⑧ 家族以外の人との意思疎通 | 1      | 2       | 3       |
| ⑨ お金の管理        | 1      | 2       | 3       |
| ⑩ 薬の管理         | 1      | 2       | 3       |

→ 問7へ

【問7は、問6で「一部介助が必要」または「全部介助が必要」を選択した場合にお答えください。】

問7 あなたを介助してくれる方は主にどなたですか。(あてはまるものすべてに○)

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

【問8は、問7で「1.」～「3.」を選択した場合にお答えください。】

問8 あなたを介助してくれる家族で、特に中心となっている方の年齢、性別、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 性別(○は1つだけ)

1. 男性 2. 女性

③ 健康状態(○は1つだけ)

1. よい 2. ぶつう 3. よくない

## あなたの障がいの状況について

問9 あなたは身体障害者手帳をお持ちですか。(○は1つだけ)

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

問10 身体障害者手帳をお持ちの場合、主たる障がいをお答えください。(○は1つだけ)

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 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11 あなたは療育手帳をお持ちですか。(○は1つだけ)

- |      |      |           |
|------|------|-----------|
| 1. A | 2. B | 3. 持っていない |
|------|------|-----------|

問12 あなた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 | 2. 2級 | 3. 3級 | 4. 持っていない |
|-------|-------|-------|-----------|

問13 あなたは難病(指定難病の医療費助成)の認定を受けていますか。(○は1つだけ)

※難病(指定難病)とは、筋萎縮性側索硬化症(ALS)やパーキンソン病などの治療法が確立していない疾病その他の特殊な疾病をいいます。

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

問14 あなたは発達障がいとして診断されたことがありますか。(〇は1つだけ)

※発達障がいは、自閉スペクトラム症(ASD)、学習障害(LD)、注意欠如・多動症(ADHD)などをいいます。

1. ある

2. ない

問15 あなたは高次脳機能障がいとして診断されたことがありますか。(〇は1つだけ)

※高次脳機能障がいとは、一般に、外傷性脳損傷、脳血管障がいなどにより脳に損傷を受け、その後遺症などとして生じた記憶障がい、注意障がい、社会的行動障がいなどの認知障がいなどを指すものとされており、具体的には「会話がうまくみ合わない」などの症状があります。

1. ある

2. ない

【問16は、問15で「ある」を選択した場合にお答えください。】

問16 その関連障がいをお答えください。(あてはまるものすべてに〇)

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17 これまで強度行動障がいがあるといわれたことはありますか。(〇は1つだけ)

※強度行動障がいとは、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をいいます。障がい福祉サービス等を利用している方で、重度障がい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は「1. はい」としてください。

1. はい

2. いいえ

問18 あなたは医療的ケアを受けていますか。(〇は1つだけ)

1. 受けている

2. 受けていない

【問19は、問18で「受けている」を選択した場合にお答えください。】

問19 あなた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〇)

1. 気管切開

7. 中心静脈栄養(IVH)

2. 人工呼吸器(レスピレーター)

8. 透析

3. 吸入

9. カテーテル留置

4. 吸引

10. ストマ(人工肛門・人工膀胱)

5. 胃ろう・腸ろう

11. 服薬管理(処方に基づいた服薬の指導)

6. 鼻腔経管栄養

12. その他( )

## 住まいや暮らしについて

問20 あなたは現在どのように暮らしていますか。(〇は1つだけ)

1. 一人で暮らしている
2. 家族と暮らしている
3. グループホームで暮らしている
4. 福祉施設（障害者支援施設、高齢者支援施設）で暮らしている
5. 病院に入院している
6. その他（ ）

問21 あなたは、現在の生活に満足していますか。(〇は1つだけ)

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. 満足している     | 2. まあまあ満足している |
| 3. あまり満足していない | 4. 満足していない    |

【問22は、問21で、「3.」～「4.」を選択した場合にお答えください。】

問22 日常生活の中で不安に思うことや改善したいことがありますか。  
(あてはまるものすべてに〇)

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| 1. 周囲の人との関係のこと  | 9. 緊急時のこと（急病・けがなど） |
| 2. 自分の成長や発達のこと  | 10. 介助・介護のこと       |
| 3. 自分の行動上の課題のこと | 11. リハビリ・訓練のこと     |
| 4. 学校・教育のこと     | 12. 災害時のこと         |
| 5. 将来のこと        | 13. 住まいのこと         |
| 6. 治療費のこと       | 14. その他（ ）         |
| 7. 外出のこと        | 15. 特にない           |
| 8. 医療・健康のこと     |                    |

問23 あなたは将来、現在の地域でどのように生活したいと思いますか。(〇は1つだけ)

- |                    |                                |
|--------------------|--------------------------------|
| 1. 一人で暮らしたい        | 4. 福祉施設（障害者支援施設、高齢者支援施設）を利用したい |
| 2. 家族と暮らしたい        | 5. その他（ ）                      |
| 3. グループホームなどを利用したい |                                |

問24 地域で生活するためには、どのような支援があればよいと思いますか。  
(あてはまるものすべてに〇)

- |                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| 1. 在宅で医療的ケアなどが適切に得られること | 6. 相談対応などの充実        |
| 2. 障がい者に適した住居の確保        | 7. 地域住民などの理解        |
| 3. 必要な在宅サービスが適切に利用できること | 8. コミュニケーションについての支援 |
| 4. 生活訓練などの充実            | 9. その他（ ）           |
| 5. 経済的な負担の軽減            |                     |

にっちゅうかつどう しゅうろう  
日中活動や就労について

問25 あなたは、1週間にどの程度外出しますか。(〇は1つだけ)

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1. 毎日外出する     | 3. めったに外出しない |
| 2. 1週間に数回外出する | 4. まったく外出しない |

【問26から問28は、問25で、「1.」～「3.」を選択した場合にお答えください。】

問26 あなたが外出する際の主な同伴者はどなたですか。(〇は1つだけ)

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

問27 あなたは、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〇)

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

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〇)

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

問29 あなたは、平日の日中を主にどのように過ごしていますか。(〇は1つだけ)

1. 会社勤めや、自営業、家業などで収入を得る仕事をしている

2. ボランティアなど、収入を得ない仕事をしている

3. 専業主婦(主夫)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型も含む)

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. 一般の高校、小中学校に通っている

12. 幼稚園、保育所、障害児通園施設などに通っている

13. その他( )

【問30は、問29で、「1.」を選択した場合にお答えください。】

問30 どのような勤務形態で働いていますか。(〇は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、派遣職員

4. 自営業、農林水産業など

5. その他( )

【問31は、問29で、「2.」～「13.」を選択した18～64歳の方にお聞きします。】

問31 あなたは今後、収入を得る仕事をしたいと思いますか。(〇は1つだけ)

1. 仕事をしたい

2. 仕事はしたくない

3. 仕事はできない

【問32は、問31で、「1. 仕事をしたい」を選択した方にお聞きします。】

問32 収入を得る仕事をするために、職業訓練などを受けたいと思いますか。(〇は1つだけ)

1. すでに職業訓練を受けている

3. 職業訓練を受けたくない

2. 職業訓練を受けたい

4. 職業訓練を受ける必要はない



問33 あなたは、障がい者への就労支援として、どのようなことが必要だと思いますか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| 1. 通勤手段の確保                | 8. 職場で介助や援助などが受けられること      |
| 2. 勤務場所におけるバリアフリーなどの配慮    | 9. 具合が悪くなった時に気軽に通院できること    |
| 3. 短時間勤務や勤務日数などの配慮        | 10. 就労後のフォローなど、職場と支援機関との連携 |
| 4. 勤務時間や日数が体調に合わせて変更できること | 11. 企業ニーズに合った就労訓練          |
| 5. 在宅勤務の拡充                | 12. 仕事についての職場外での相談対応、支援    |
| 6. 職場（会社など）の障がい者理解        | 13. その他（ ）                 |
| 7. 職場の上司や同僚の障がいに対する理解     |                            |

相談相手について

問34 あなたは、悩みや困ったことをどなたに相談しますか。(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や介護保険のケアマネジャー |
| 2. 友人・知人              | 10. 民生委員・児童委員              |
| 3. 近所の人               | 11. 通園施設や保育園、幼稚園、学校の先生     |
| 4. 職場の上司や同僚           | 12. 相談支援事業所などの民間の相談窓口      |
| 5. 施設の指導員など           | 13. 行政機関の相談窓口              |
| 6. ホームヘルパーなどサービス事業所の人 | 14. その他（ ）                 |
| 7. 障がい者団体や家族会         |                            |
| 8. かかりつけの医師や看護師       |                            |

問35 あなたは障がいのこと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 |
| 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. サービス事業所の人や施設職員          |
| 6. 障がい者団体や家族会（団体の機関誌など）    |
| 7. かかりつけの医師や看護師            |
| 8. 病院のケースワーカーや介護保険のケアマネジャー |
| 9. 民生委員・児童委員               |
| 10. 学校の先生                  |
| 11. 相談支援事業所などの民間の相談窓口      |
| 12. 行政機関の相談窓口              |
| 13. その他（ ）                 |

## しょう がい ふくし サービスなどの利用について

問36 あなたは障害支援区分の認定を受けていますか。(〇は1つだけ)

|        |        |           |        |
|--------|--------|-----------|--------|
| 1. 区分1 | 2. 区分2 | 3. 区分3    | 4. 区分4 |
| 5. 区分5 | 6. 区分6 | 7. 受けていない |        |

問37 あなたは現在利用していないサービスで、今後3年以内に、新たに利用したいサービスはありますか。(〇は1つだけ)

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

▶【問38は、問37で、「1. ある」を選択した方にお聞きします。】

問38 現在利用していないサービスで、今後3年以内に、新たに利用したいサービスがあれば教えてください。(利用したいサービスすべての番号に〇)

| 番号 | サービス名と内容  |
|----|---|
| 1  | <b>居宅介護（ホームヘルプ）</b><br>自宅で入浴や排せつ、食事などの介助を行うサービスです。                                    |
| 2  | <b>重度訪問介護</b><br>重度の障がいがあり常に介護が必要な方に、自宅で入浴や排せつ、食事などの介助や外出時の移動の補助を行うサービスです。            |
| 3  | <b>同行援護</b><br>視覚障害により移動が著しく困難な方に、外出に必要な情報の提供や移動の援護などを行うサービスです。                       |
| 4  | <b>行動援護</b><br>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方に、行動するとき必要な介助や外出時の移動の補助などを行うサービスです。         |
| 5  | <b>重度障害者等包括支援</b><br>常に介護が必要な方で、介護の必要の程度が著しく高い方に、居宅介護などのサービスを包括的に提供するサービスです。          |
| 6  | <b>生活介護</b><br>常に介護が必要な方に、施設で入浴や排せつ、食事の介護や創作的活動などの機会を提供するサービスです。                      |
| 7  | <b>自立訓練（機能訓練、生活訓練）</b><br>自立した日常生活や社会生活ができるよう、一定の期間における身体機能や生活能力向上のために必要な訓練を行うサービスです。 |
| 8  | <b>宿泊型自立訓練</b><br>自立訓練（機能訓練、生活訓練）を施設に入所しながら行い、生活能力向上のために必要な訓練を行うサービスです。               |

| 番号 | サービス名と内容   |
|----|--|
| 9  | <b>自立生活援助</b><br>施設やグループホームを利用していた人を対象として定期的な巡回訪問や緊急時の対応によりスムーズに自立できるように相談や助言を行うサービスです。                                |
| 10 | <b>就労選択支援</b><br>通常の事業所で働きたい方に、本人の就労能力や就労意欲を把握して適性を評価する手法（就労アセスメント）を活用して、希望、就労能力、適性等に合った就労先、働き方を選択できるように支援する新たなサービスです。 |
| 11 | <b>就労移行支援</b><br>通常の事業所で働きたい方に、一定の期間、就労に必要な知識および能力の向上のための訓練を行うサービスです。  |
| 12 | <b>就労継続支援（A型、B型）</b><br>通常の事業所で働くことが困難な方に、就労の機会の提供や生産活動その他の活動の機会の提供、知識や能力の向上のための訓練を行うサービスです。                           |
| 13 | <b>就労定着支援</b><br>就労後の生活面のサポートができるよう、事業所・家族と連携して支援を行うサービスです。  |
| 14 | <b>療養介護</b><br>医療が必要な方で、常に介護を必要とする方に、主に昼間に病院などにおいて機能訓練、療養上の管理、看護などを提供するサービスです。   |
| 15 | <b>短期入所（ショートステイ）</b><br>在宅の障がい者（児）を介護する方が病気の場合などに、障がい者が施設に短期間入所し、入浴、排せつ、食事の介護などを行うサービスです。                              |
| 16 | <b>共同生活援助（グループホーム）</b><br>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を行うサービスです。   |
| 17 | <b>施設入所支援</b><br>主として夜間、施設に入所する障がい者（児）に対し入浴や排せつ、食事の介護などの支援を行うサービスです。   |
| 18 | <b>相談支援</b><br>福祉に関する問題や介護者からの相談に応じて、必要な情報の提供や助言などを行うサービスです。   |
| 19 | <b>日中一時支援</b><br>仕事や病気などの理由で保護者、支援者の見守りができないときに日中施設で見守り、活動の場を提供します。  |
| 20 | <b>地域活動支援センター</b><br>創作活動や生産活動、入浴、送迎、食事などのサービスを提供します。  |
| 21 | <b>訪問入浴</b><br>身体障がいのある方への入浴支援です。訪問入浴車で自宅へ出向き、看護師とヘルパーで入浴介護を行います。  |

| 番号 | サービス名と内容   |
|----|--|
| 22 | <b>移動支援</b><br>屋外での移動が困難な方の外出をサポートします。公的機関や医療機関、余暇支援などヘルパーが付き添って支援を行います。なお、ヘルパーが運転する車での移動はできません。 |
| 23 | <b>地域移行支援</b><br>住まいの確保や、地域での生活に移行するための活動に関する相談、各福祉サービス事業所への同行を行うサービスです。                         |
| 24 | <b>地域定着支援</b><br>常に連絡体制を確保し、障がいの特性による緊急事態における相談や、サービス事業所との連絡調整などを支援するサービスです。                     |

## 権利擁護について

問39 あなたは、障がいがあることで差別や嫌な思いをする（した）ことがありますか。（〇は1つだけ）

- |       |         |       |
|-------|---------|-------|
| 1. ある | 2. 少しある | 3. ない |
|-------|---------|-------|

【問40は、問39で、「1.」または「2.」と回答された場合にお答えください。】

問40 どのような場所で差別や嫌な思いをしましたか。（あてはまるものすべてに〇）

- |             |                                |
|-------------|--------------------------------|
| 1. 学校・仕事場   | 5. 病院などの医療機関                   |
| 2. 仕事を探すとき  | 6. 住んでいる地域                     |
| 3. 外出先      | 7. その他（                      ） |
| 4. 余暇を楽しむとき |                                |

問41 成年後見制度についてご存じですか。（〇は1つだけ）

- |                         |               |
|-------------------------|---------------|
| 1. 名前も内容も知っている          | 3. 名前も内容も知らない |
| 2. 名前を聞いたことがあるが、内容は知らない |               |

## 災害時の避難などについて

問42 あなたは、災害時に一人で避難できますか。（〇は1つだけ）

- |        |         |          |
|--------|---------|----------|
| 1. できる | 2. できない | 3. わからない |
|--------|---------|----------|

問43 家族が不在の場合や一人暮らしの場合、近所にあなたを助けてくれる人はいますか。（〇は1つだけ）

- |       |        |          |
|-------|--------|----------|
| 1. いる | 2. いない | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

問44 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            | 6. 被害状況、避難場所などの情報が入手できない  |
| 2. 補装具の使用が困難になる            | 7. 周囲とコミュニケーションがとれない      |
| 3. 補装具や日常生活用具の入手ができなくなる    | 8. 避難場所の設備(トイレなど)や生活環境が不安 |
| 4. 救助を求めることができない           | 9. その他( )                 |
| 5. 安全なところまで、迅速に避難することができない | 10. 特にない                  |

## 新型コロナウイルス感染症について

問45 新型コロナウイルス感染症の流行によって、あなたの生活は影響を受けましたか。(○は1つだけ)

- |           |              |          |
|-----------|--------------|----------|
| 1. 影響を受けた | 2. 影響を受けていない | 3. わからない |
|-----------|--------------|----------|

【問46は、問45で、「1. 影響を受けた」を選択した場合にお答えください。】

問46 どのような影響がありましたか。(あてはまるものすべてに○)

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. 仕事が減った                      | ) |
| 2. 友人、知人などとの交流機会が減った           |   |
| 3. 地域での交流機会が減った                |   |
| 4. 仕事、通院、通所以外の外出の機会が減った        |   |
| 5. リハビリテーション・通所施設・病院等へ通う日数が減った |   |
| 6. その他( )                      |   |

問47 新型コロナウイルス感染症が流行するなか、障がいがあることで特に困ったことはありましたか。(○は1つだけ)

- |       |       |          |
|-------|-------|----------|
| 1. ある | 2. ない | 3. わからない |
|-------|-------|----------|

【問48は、問47で、「1. ある」を選択した場合にお答えください。】

問48 具体的にどのようなことに困りましたか。(あてはまるものすべてに○)

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 1. 介助者(ヘルパー)との感染対策が難しい          | ) |
| 2. 買い物や病院へ行くことができない             |   |
| 3. 介助者(ヘルパー)がみつからない             |   |
| 4. 情報が入手できない                    |   |
| 5. 事業所へ通所できる日数が減った、または通所できなくなった |   |
| 6. その他( )                       |   |



あなたご本人への質問は以上です。最後に、障がい福祉サービスや行政の取り組みについて、何かご意見がありましたら、自由にご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

ご協力ありがとうございました。