



# ① あなたご自身について

問1 この調査票を記入されるのはどなたですか。(1つに○)

1. 本人
2. 家族や介助者(本人に聞きながら代わりに記入)
3. 家族や介助者(本人の意見を聞くことが難しいため、本人の状況から判断して記入)
4. その他( )

問2 あなたの性別はどちらですか。(1つに○)

1. 男性
2. 女性
3. 答えたくない

問3 令和元年10月1日現在の、あなたの年齢はいくつですか。(1つに○)

1. 0歳～就学前
2. 就学後～17歳
3. 18～29歳
4. 30～39歳
5. 40～49歳
6. 50～59歳
7. 60～64歳
8. 65～74歳
9. 75歳以上

問4 あなたの障がいは次のうちどれですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 身体障がい → 問5-1へ
2. 知的障がい → 問5-2へ
3. 精神障がい → 問5-3へ
4. 発達障がい → 問5-4へ
5. 高次脳機能障がい → 問5-5へ

問4で「1. 身体障がい」と答えられた方におたずねします。

問5-1 (1) あなたにはどの障がいがありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 肢体不自由
2. 内部障がい
3. 視覚障がい
4. 聴覚または平衡機能の障がい
5. 音声・言語またはそしゃく機能の障がい

(次のページへお進みください)

問5-1 (2) 「身体障害者手帳」の等級はどれですか。(1つに○)

- |       |       |       |
|-------|-------|-------|
| 1. 1級 | 2. 2級 | 3. 3級 |
| 4. 4級 | 5. 5級 | 6. 6級 |

問4で「2. 知的障がい」と答えられた方におたずねします。

問5-2 「療育手帳」の等級はどれですか。(1つに○)

- |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| 1. A1 | 2. A2 | 3. B1 | 4. B2 |
|-------|-------|-------|-------|

問4で「3. 精神障がい」と答えられた方におたずねします。

問5-3 (1) 「精神障害者保健福祉手帳」の等級はどれですか。(1つに○)

- |       |       |       |              |
|-------|-------|-------|--------------|
| 1. 1級 | 2. 2級 | 3. 3級 | 4. 手帳を持っていない |
|-------|-------|-------|--------------|

問5-3 (2) 「自立支援医療受給者証」をお持ちですか。(1つに○)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問4で「4. 発達障がい」と答えられた方におたずねします。

問5-4 どの手帳をお持ちですか。手帳の等級もあわせてお答えください。  
(あてはまるものすべてに○)

1. 身体障害者手帳

- |    |       |       |       |
|----|-------|-------|-------|
| 等級 | 1. 1級 | 2. 2級 | 3. 3級 |
|    | 4. 4級 | 5. 5級 | 6. 6級 |

2. 療育手帳

- |    |       |       |       |        |
|----|-------|-------|-------|--------|
| 等級 | 7. A1 | 8. A2 | 9. B1 | 10. B2 |
|----|-------|-------|-------|--------|

3. 精神障害者保健福祉手帳

- |    |        |        |        |
|----|--------|--------|--------|
| 等級 | 11. 1級 | 12. 2級 | 13. 3級 |
|----|--------|--------|--------|

14. 手帳を持っていない

(次のページへお進みください)

問4で「5. 高次脳機能障がい」と答えた方におたずねします。

問5-5 どの手帳をお持ちですか。手帳の等級もあわせてお答えください。  
(あてはまるものすべてに○)

1. 身体障害者手帳			
等級	1. 1級	2. 2級	3. 3級
	4. 4級	5. 5級	6. 6級
2. 療育手帳			
等級	7. A1	8. A2	9. B1
			10. B2
3. 精神障害者保健福祉手帳			
等級	11. 1級	12. 2級	13. 3級
14. 手帳を持っていない			

問6 現在、あなたがお住まいの町域を書いてください。

厚木市 \_\_\_\_\_ ※注意 番地は書かないでください。

例 厚木市 妻田北 \_\_\_\_\_

## ② 生活状況について

問7 あなたの日常生活の主な支援者はどなたですか。(あてはまるものすべてに○)

- |                       |           |          |
|-----------------------|-----------|----------|
| 1. 夫・妻                | 2. 父・母    | 3. 子ども   |
| 4. 兄弟姉妹               | 5. その他の親族 | 6. 友人・知人 |
| 7. 総合支援法や介護保険のサービス事業者 | 8. ボランティア |          |
| 9. その他 ( )            | 10. いない   |          |

(次のページへお進みください)

問8 あなたは、次の相談場所があることを知っていますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 障害者総合相談室ゆいはあと
2. 権利擁護支援センター
3. 障がい者相談支援センター（厚木市内に6か所あります。下を参照）  
【ハートラインあゆみ、ケアース山藤、ここから、わたしの夢、すぎな、いっぽ】
4. 地域包括支援センター（厚木市内に10か所あります）

問9 あなたは、困ったときに、誰（どこ）に相談していますか。  
(あてはまるものすべてに○)

1. 家族や親せき
2. 友人・知人
3. 職場の上司や同僚
4. ホームヘルパーなどサービス事業所
5. 障害者団体や家族会
6. かかりつけの医師や看護師
7. 病院のケースワーカー
8. 幼稚園、保育所、学校の先生
9. 民生委員・児童委員
10. 障害者総合相談室ゆいはあと
11. 障がい者相談支援センター
12. 10・11以外の相談支援事業所
13. 権利擁護支援センター
14. 地域包括支援センター
15. 市役所など行政機関の相談窓口
16. 相談する人はいない
17. その他（ ）

問10 あなたが外出するときに困っていることはありますか。  
(あてはまるものすべてに○)

1. 公共交通機関が不便である
2. 安心して一休みできる場所が少ない
3. 階段などの段差が多く移動が難しい
4. 費用がかかり負担となる
5. 家族やヘルパーの付き添いが必要である
6. その他（ ）
7. 特にない

(次のページへお進みください)

問11 あなたは将来どのように暮らしたいと思いますか。(1つに〇)

1. 一人で暮らしたい (持ち家や賃貸住宅)
2. 家族 (親戚) と一緒に暮らしたい (持ち家や賃貸住宅)
3. グループホームで暮らしたい
4. 福祉施設 (障害者支援施設、高齢者支援施設) に入所したい
5. その他 ( )

問12 あなたは、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いますか。  
(あてはまるものすべてに〇)

1. 通勤手段の確保
2. 勤務場所におけるバリアフリーなどの配慮
3. 短時間勤務や勤務日数などの配慮
4. 在宅勤務の拡充
5. 職場の障がい者理解
6. 就労後のフォローなど、職場と支援機関の連携
7. 仕事についての職場外での相談対応、支援
8. その他 ( )

問13 障がいがあることで差別や嫌な思いをしたことがありますか。(1つに〇)

1. ある
2. 少しある
3. ない

問13で「1. ある」「2. 少しある」と答えた方におたずねします。

問14 どのようなところ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. 保育所・学校・職場
2. 銀行などの公共的な場
3. 電車・バス・タクシー
4. お店などの商業施設
5. 病院などの医療機関
6. 住んでいる地域
7. その他 ( )

(次のページへお進みください)

問15 地域の方は障がい者に対する理解があると思いますか。(1つに○)

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. 理解があると思う   | 2. やや理解があると思う |
| 3. やや理解不足だと思う | 4. 理解不足だと思う   |

問16 あなたは、障がいのある方が困ったときに誰かに手助けを受けるための「ヘルプカード」を持っていますか。(1つに○)

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. 持っている | 2. 持っていない |
|----------|-----------|



ヘルプカード

問16で「1. 持っている」と答えた方におたずねします。

問17 ヘルプカードを見せて、誰かに手助けを受けたことがありますか。(1つに○)

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

問18 地域の人とつながりを持てる場や、交流する機会がありますか。(1つに○)

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

問18で「1. ある」「2. 少しある」と答えた方におたずねします。

問19 どんなつながりや機会がありますか。(あてはまるものすべてに○)

- |                |                |
|----------------|----------------|
| 1. 運動会などの地域の行事 | 2. 清掃などの自治会活動  |
| 3. 近隣住民とのおしゃべり | 4. 地域サロンやミニデイ  |
| 5. 趣味やサークル     | 6. 学校、団体、地域の役員 |
| 7. あいさつする程度    | 8. その他 ( )     |

(次のページへお進みください)

問20 あなたがお住まいの地域で、住民同士の助け合いがありますか。  
(1つに〇)

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1. あると思う         | 2. どちらかというところがあると思う |
| 3. どちらかというところがない | 4. あると思わない          |

問21 あなたがお住まいの地域に、あってほしい住民同士の助け合いはありますか。  
(3つまで〇)

- |                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| 1. 洗濯や食事の準備などの日常的な家事支援    |                     |
| 2. ごみ出しや電球の交換などのちょっとした力仕事 |                     |
| 3. 通院、買い物などの外出のお手伝い       | 4. 食事の配達サービス        |
| 5. 健康管理の支援                | 6. 見守り・安否確認         |
| 7. 悩み事の相談                 | 8. 日常会話の相手          |
| 9. 急病などの緊急時の手助け           | 10. 気軽に行ける自由な居場所づくり |
| 11. その他 ( )               | 12. 特になし            |

問22 あなたは自宅、学校、職場(事業所を含む)以外の居場所が必要ですか。  
(1つに〇)

- |            |           |
|------------|-----------|
| 1. 必要である   | 2. 必要ではない |
| 3. その他 ( ) |           |

問22で「1. 必要である」と答えた方におたずねします。

問23 あなたが考える自分の居場所とはどんな場所ですか。(3つまで〇)

- |                            |                   |
|----------------------------|-------------------|
| 1. 共通の趣味や話題のある人との交流        | 2. インターネット上での交流   |
| 3. 同じ障がい特性を持った人との交流        | 4. 自分の好きなことができる場所 |
| 5. 同年代の人との交流 (障がいの有無を問わない) |                   |
| 6. 地域の交流スペース               |                   |
| 7. その他 ( )                 |                   |

(次のページへお進みください)

### ③ ほうもんけい 訪問系サービスについて

問24 あなたは、次の訪問系サービスを利用したことがありますか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |                |                     |                 |
|----------------|---------------------|-----------------|
| 1. 居宅介護 (身体介護) | 2. 居宅介護 (家事援助)      | 3. 居宅介護 (通院等介助) |
| 4. 重度訪問介護      | 5. 同行援護             | 6. 行動援護         |
| 7. 移動支援        | 8. 利用したことがない → 問27へ |                 |

問25 訪問系サービスで受けるサービス内容に満足していますか。(1つに○)

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1. 満足している  | 2. やや満足している |
| 3. やや不満である | 4. 不満である    |

問26 訪問系サービスについて、あなたが改善してほしい(こうなってほしい)と思うことは何ですか。(3つまで○)

- |                          |
|--------------------------|
| 1. 利用できる回数や時間を増やす        |
| 2. 希望する曜日や時間帯に利用できるようにする |
| 3. 利用できる事業者の数を増やす        |
| 4. サービスの質をよくする           |
| 5. サービス利用料を安くする          |
| 6. サービスについての情報提供を増やす     |
| 7. その他 ( )               |
| 8. 特にない                  |

(次のページへお進みください)

④ **日中活動系サービスについて**

問27 あなたは、次の日中活動系サービスを利用したことがありますか。  
 (あてはまるものすべてに○)

- |                |                |            |
|----------------|----------------|------------|
| 1. 短期入所        | 2. 生活介護        | 3. 療養介護    |
| 4. 自立訓練 (機能訓練) | 5. 自立訓練 (生活訓練) | 6. 就労移行支援  |
| 7. 就労継続支援 (A型) | 8. 就労継続支援 (B型) | 9. 就労定着支援  |
| 10. 日中一時支援     | 11. 地域活動支援センター | 12. 児童発達支援 |
| 13. 放課後等デイサービス | 14. 保育所等訪問支援   | 15. その他    |
| 16. 利用したことがない→ | 問30へ           |            |

問28 日中活動系サービスで受けるサービス内容に満足していますか。(1つに○)

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1. 満足している  | 2. やや満足している |
| 3. やや不満である | 4. 不満である    |

問29 日中活動系サービスについて、あなたが改善してほしい(こうなってほしい)と思うことは何ですか。(3つまで○)

- |                          |
|--------------------------|
| 1. 利用できる回数や日数を増やす        |
| 2. 希望する曜日や時間帯に利用できるようにする |
| 3. 利用できる事業者の数を増やす        |
| 4. サービスの質をよくする           |
| 5. サービス利用料を安くする          |
| 6. サービスについての情報提供を増やす     |
| 7. その他 ( )               |
| 8. 特にない                  |

(次のページへお進みください)

とうりようけいかく  
**⑤ サービス等利用計画について**

問30 あなたは、サービス等利用計画を、相談支援専門員（ケアマネージャー）に作ってもらっていますか？（1つに〇）

1. はい
2. いいえ（セルフプラン）
3. 以前は作ってもらっていたが、現在はセルフプランである

問30で「2. いいえ（セルフプラン）」「3. 以前は作ってもらっていたが、現在はセルフプランである」と答えた方におたずねします。

問31 セルフプランの理由を教えてください。（あてはまるものすべてに〇）

1. 相談支援専門員を必要と思わないから
2. セルフプランの方が、負担が少ないから
3. 相談事業所の数が少なくて契約できない
4. 相談支援専門員に相談しにくいから
5. セルフプラン以外を知らないから
6. その他（ ）

**⑥ その他**

問32 障がい者が地域で安心して暮らしていけるようになるためには、行政にどのような取組を求めますか。（3つまで〇）

1. 介護保険や障害福祉サービスの充実
2. 訪問看護など、地域医療体制の充実
3. 公共交通等の充実
4. 雇用の場の確保
5. 災害に対する支援体制の構築
6. 生きがいや趣味などの活動機会の提供
7. 地域内交流の促進
8. 買い物やごみ出しなどの生活支援
9. その他（ ）

（次のページへお進みください）

とい しょうがいふくし かんが じゆう  
問33 障害福祉についてあなたがお考えになっていることがありましたら、ご自由にお書きください。


きょうりよく  
ご協力ありがとうございました。

ちょうさひょう どうふう へんしんようふうとう い  
調査票は、同封の「返信用封筒」に入れて、  
れいわがねん がっ にち きん とうかん  
令和元年12月6日（金）までにポストに投函してください。

へんしんようふうとう きって は ひつよう  
返信用封筒には、切手を貼る必要はありません。





## ① 事業所の運営状況について

令和元年10月1日現在の貴事業所についてご記入ください。

問1 貴事業所の運営主体は、次のうちどれですか。(1つに○)

- |                |                      |
|----------------|----------------------|
| 1. 国・地方公共団体の直営 | 2. 医療法人              |
| 3. 社会福祉法人      | 4. 営利法人(株式会社、有限会社など) |
| 5. NPO法人       | 6. その他の法人(財団法人など)    |

問2 現在の事業所の年間収支状況は、次のうちどれですか。(1つに○)

- |          |              |          |
|----------|--------------|----------|
| 1. 黒字である | 2. おおむね均衡である | 3. 赤字である |
|----------|--------------|----------|

問3 事業支出における人件費の割合は、次のうちどれですか。(1つに○)

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. 30%未満      | 2. 30%以上40%未満 |
| 3. 40%以上50%未満 | 4. 50%以上60%未満 |
| 5. 60%以上70%未満 | 6. 70%以上      |

問4 令和元年10月1日現在の、雇用形態別の職員数をご記入ください。

正社員・正職員		人
パート(常勤)		人
パート(非常勤)		人
合計		人

問5 令和元年10月1日現在の、経験年数別の職員数をご記入ください。

6か月未満		人
6か月～1年未満		人
1年～3年未満		人
3年～5年未満		人
5年～10年未満		人
10年以上		人

問6 平成30年度(平成30年4月～平成31年3月末)の退職者数をご記入ください。

定年退職		人
定年退職以外		人
合計		人

問7 現在の職員の過不足は、次のうちどれですか。(1つに○)

- |             |           |
|-------------|-----------|
| 1. 大変不足している | 2. 不足している |
| 3. やや不足している | 4. 適当である  |
| 5. 過剰である    |           |

問8 職員定着のために行っている取組は何ですか。(当てはまるもの全てに○)

- |                          |
|--------------------------|
| 1. 資格取得のための金銭的な支援        |
| 2. 資格取得のための休暇取得の支援       |
| 3. 外部の研修への金銭的な参加支援       |
| 4. 外部の研修への休暇取得の支援        |
| 5. 勤務条件(夜勤回数、勤務時間帯など)の改善 |
| 6. 給与面での改善               |
| 7. キャリアアップのための人事制度の導入    |
| 8. 福利厚生面(育休、介護休暇など)での改善  |
| 9. 事業所内での研修機会の確保         |
| 10. その他( )               |
| 11. 特に取組はしていない           |

問9 次に掲げるサービスそれぞれについて、現在、貴事業所が提供している場合は、①提供の有無に○を付けて、②実利用者数(平成31年4月～令和元年9月の6ヶ月間)と③うち厚木市援護者数を記入し、④新規利用者の受入が可能であったかどうか当てはまるものに○を付けてください。

サービスの種類	①提供の有無	②実利用者数(6ヶ月間)		④新規利用者の受入 1・可能 2・状況によって可能 3・不可能
			③厚木市	
1 居宅介護(ホームヘルプ)		人	人	1・2・3
2 重度訪問介護		人	人	1・2・3
3 同行援護		人	人	1・2・3
4 行動援護		人	人	1・2・3
5 療養介護		人	人	1・2・3
6 生活介護		人	人	1・2・3
7 短期入所(ショートステイ)		人	人	1・2・3
8 施設入所支援		人	人	1・2・3
9 自立訓練(機能訓練)		人	人	1・2・3
10 自立訓練(生活訓練)		人	人	1・2・3
11 就労移行支援		人	人	1・2・3



問 12 利用者の意見・苦情をどのような方法で受け付けていますか。  
(当てはまるもの全てに○)

1. 書面で受け付けている（郵送で受け付ける、ご意見箱を設置するなど）
2. 電話で受け付けている
3. メールで受け付けている
4. 苦情対応責任者・苦情受付担当者を配置して受け付けている
5. 第三者委員を配置して受け付けている
6. その他（ )
7. 特に利用者の意見・苦情を受け付けるしくみは設けていない

問 13 貴事業所が提供するサービスの質の向上のため、どのようなことに取り組んでいますか。（当てはまるもの全てに○）

1. 地域における障害者支援ネットワークの構築に努める
2. 利用者個々の状況に応じたサービス提供ができるような工夫をする
3. 事業所独自の方法で、定期的に自らのサービスの質の評価を行っている
4. 利用者からサービスの質に関する評価を受けている
5. 第三者機関によるサービスの質に関する評価を受けている
6. その他（ )
7. 特に取り組んでいることはない

問 14 貴事業所が事業を展開する上での問題点・課題はありますか。  
(当てはまるもの全てに○)

1. 利用者を安定して確保することが難しい
2. 職員の確保が難しい
3. 職員の雇用条件・福祉厚生が不十分
4. 人件費を支出することが難しい
5. 事務など間接経費が高い
6. 経理・国保連請求事務など事務作業が多い
7. 報酬が低く、採算が合わない
8. 運営・運転資金の確保が困難
9. 事業所（営業拠点）の確保・維持が困難
10. サービス提供地域内に同種の事業者が多すぎて競争が激しい
11. その他（ )
12. 特にない



問17 障がい者が地域で安心して暮らすために必要なことは何だと思いませんか。  
(当てはまるもの全てに○)

1. 緊急時に24時間365日相談できる体制の整備
2. 緊急時対応体制（受入施設の空床確保等）の整備
3. 緊急時対応体制（居宅訪問や受入施設への付き添い）の整備
4. 緊急時対応体制（ヘルパーの派遣）の整備
5. 体験の機会や場（グループホーム、日中活動）の整備
6. 体験の機会や場（一人暮らし）の整備
7. 医療的ケアに対応できる事業所の確保
8. 強度行動障害のある方に対応できる職員の確保
9. 金銭管理の支援（成年後見人を含む）
10. 地域の障がい者理解を促進するための活動
11. その他（ )
12. 特に必要なことはない

問18 問17の回答項目の中で、貴事業所が協力できることはありますか。  
(当てはまるもの全てに○)

また、「1. 協力できる」「2. 問題点が解決できれば協力できる」を選択の場合は、  
問17の回答項目から番号を選んでご記入ください。

1. 協力できる（問17回答項目の番号を記入： )
  2. 問題点が解決できれば協力できる（問17回答項目の番号を記入： )
  3. 協力できることはない
- ※ご意見があれば、ご自由にご記入ください。

[ ]

【問18で「2. 問題点が解決できれば協力できる」と回答した事業所にお聞きします。】

問19 具体的な問題点は何ですか。(当てはまるもの全てに○)

1. 専門職を募集しても応募がない
2. 専門職の person 費を支出することが難しい
3. 職員が不足している
4. 事業物件の確保が難しい
5. 初期投資の資金を確保するのが難しい
6. 報酬が低く、採算が合わない
7. 支援に見合った報酬がない
8. 利用者を安定して確保することが難しい
9. その他（ )

## ④ その他

問 20 現在、貴事業所が提供しているサービスも含め、今後のサービス提供予定についてお答えください。（1つの事業につき、1つに○）

また、貴事業所が市内に不足と感じているサービスについて、お答えください。

（○は5つまで）

サービスの種類	新規 予定	継続 予定	廃止 予定	予定 なし	不足と感 じている
1 居宅介護（ホームヘルプ）	1	2	3	4	
2 重度訪問介護	1	2	3	4	
3 同行援護	1	2	3	4	
4 行動援護	1	2	3	4	
5 療養介護	1	2	3	4	
6 生活介護	1	2	3	4	
7 短期入所（ショートステイ）	1	2	3	4	
8 重度障害者等包括支援	1	2	3	4	
9 施設入所支援	1	2	3	4	
10 自立訓練（機能訓練）	1	2	3	4	
11 自立訓練（生活訓練）	1	2	3	4	
12 就労移行支援	1	2	3	4	
13 就労継続支援（A型）	1	2	3	4	
14 就労継続支援（B型）	1	2	3	4	
15 就労定着支援	1	2	3	4	
16 自立生活援助	1	2	3	4	
17 共同生活援助（グループホーム）	1	2	3	4	
18 地域活動支援センター	1	2	3	4	
19 日中一時支援	1	2	3	4	
20 移動支援	1	2	3	4	
21 計画相談支援	1	2	3	4	
22 地域相談支援（地域移行支援）	1	2	3	4	
23 地域相談支援（地域定着支援）	1	2	3	4	
24 障害児相談支援	1	2	3	4	
25 児童発達支援	1	2	3	4	



調査票は、令和2年1月24日（金）までに  
ファックス（046-224-0229）又はメール（2100@city.atsugi.kanagawa.jp）  
にて送付してください。