

## 町田市 暮らしの状況・生活の困り事に関する調査

### ～町田市障がい者計画・町田市障がい福祉事業計画の策定に向けた調査～

#### <ご回答にあたってのお願い>

##### ●回答のしかた

1. この調査票に直接ご記入いただくか、インターネットでご回答ください。どちらか一方でしか回答できません。インターネットで回答される場合は、QRコードを読み取っていただくと便利です。
2. 2019年4月1日現在の状況でお答えください。

別紙「インターネットでの回答について」をご覧ください。

##### ●回答期限

9月24日（火）まで

##### ●回答が終わったら（調査票にご記入いただいた場合）

同封の返信用封筒に入れて郵便ポストにご投函ください。お名前の記入や切手は必要ありません。

封筒には、調査票以外のものを入れないでください。

##### ●回答される方について

1. 宛名のご本人が回答する場合  
ご自身のことについて回答してください。
2. ご家族や支援者が回答する場合（宛名のご本人が回答するのが難しい場合）  
ご本人と相談したり、ご本人の立場に立って回答してください。ご協力をお願いいたします。

##### ●視覚障がいのある方、視覚障がいのある方を支援されている方へ

誠に申し訳ございませんが、点字や録音に対応した調査票をご用意しておりません。ご回答の際は、支援されている方のご協力をいただきますようお願いいたします。また、ご回答が難しい場合は市役所職員が対応いたしますので、下記の問い合わせ先にご連絡ください。

##### ●回答に困ったら

わからないもの、答えたくないものは無理に答えなくてもかまいません。

#### 【調査に関するお問い合わせ先】

町田市地域福祉部障がい福祉課総務係 調査担当

電 話：042-724-2147 FAX：050-3101-1653

メール：mcity4190@city.machida.tokyo.jp

## 回答者についてお聞きします。

問1 本調査の記入方法について回答ください。(あてはまるもの1つに○)

封筒の宛名のご本人以外の方が回答を記入された場合は、記入された方とご本人との関係について、あてはまるものに○をしてください。

1. 本人が自分で記入

2. 家族や支援者が本人の意思を聞き取り記入

3. 家族や支援者が本人の意向をくみ取って記入  
(本人が児童の場合や、ご自身で意思を伝えられない場合など)

【「2」または「3」に回答した方】

1. 家族

2. その他 ( )

## あなた(封筒の宛名のご本人)についてお聞きします。

問2 あなた(本人)の性別をお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. 男性

2. 女性

3. その他

問3 あなた(本人)の年齢(2019年4月1日現在)をお答えください。

( )歳

問4 あなた(本人)は、どなたと一緒に住まいですか。(あてはまるもの1つに○)

1. ひとりで暮らしている

2. 家族と暮らしている(夫婦・親・子・兄弟姉妹・祖父母)

3. その他 ( )

問5 あなた(本人)は障がい者に関する手帳をお持ちですか。(あてはまるもの1つに○)

1. 持っている

2. 持っていない

3. わからない

→【問5で「1. 持っている」と回答した方にお聞きします。】

問5-1 お持ちの手帳の種類と等級をお答えください(あてはまる手帳の等級すべてに○)

1. 身体障害者手帳 → [ 1級 2級 3級 4級 5級 6級 ]

2. 愛の手帳(療育手帳) → [ 1度 2度 3度 4度 ]

3. 精神障害者保健福祉手帳 → [ 1級 2級 3級 ]

**問 6** あなた(本人)の障がいや疾病の内容についてお答えください(あてはまるものすべてに○)

- |                             |             |
|-----------------------------|-------------|
| 1. 視覚障がい                    | 7. 発達障がい    |
| 2. 聴覚・平衡機能障がい               | 8. 高次脳機能障がい |
| 3. 音声・言語・そしゃく機能障がい          | 9. 精神疾患     |
| 4. 肢体不自由・体幹機能障がい            | 10. 難病      |
| 5. 内部障がい(心臓・呼吸器・肝臓・腎臓・直腸など) | 11. その他     |
| 6. 知的障がい                    | ( )         |

↓  
**【問 6 で「10. 難病」と回答した方にお聞きします。】**

**問 6 - 1** 難病の種類をお答えください。(疾病名を記入)

**問 7** あなた(本人)の障がいや疾病に気づいたのはいつ頃ですか。(あてはまるもの1つに○)

- |           |            |          |
|-----------|------------|----------|
| 1. 0歳     | 3. 19歳～64歳 | 5. わからない |
| 2. 1歳～18歳 | 4. 65歳以上   |          |

**問 8** あなた(本人)は、平日の昼間どのように過ごしていますか。(あてはまるものすべてに○)

- |                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| 1. 学校に通っている           | 5. 精神デイケアを利用している |
| 2. 一般就労している           | 6. 主に自宅で過ごしている   |
| 3. 家事労働をしている          | 7. その他           |
| 4. 介護保険のデイサービスを利用している | ( )              |

※一般就労……… 雇用契約に基づく一般企業での就労。(在宅勤務や特例子会社での就労を含む)

**問 9** あなた(本人)は障がいや疾病があることで、支援が必要と感じる困りごことがありますか。  
(あてはまるもの1つに○)

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. 困っていることがある | 2. 困っていることはない |
|---------------|---------------|

## 福祉サービスの利用についてお聞きします。

**問 10** あなた(本人)は、介護保険のサービスを利用していますか。(あてはまるもの1つに○)

- |             |              |
|-------------|--------------|
| 1. はい ⇒問14へ | 2. いいえ ⇒問11へ |
|-------------|--------------|



## 生活上の困りごとについてお聞きします。

**問14** あなた（本人）は、生活している中でどのようなことに困っていますか。関心のある項目に記載ください。

**【暮らすこと】**

（住まい、家族、お金、災害など、暮らしに関する困りごと）

※記載例：年金や障害手当、給料などが少ないため、生活していけるのかが不安。

**【日中の活動や外出に関すること】**

（外出、仕事・学校・施設への通所、文化芸術・スポーツ活動など日中の時間帯の活動についての困りごと）

※記載例：障がいがある人が参加できる余暇活動が少ない。

**【生活に必要な支援に関すること】**

（相談、保健・医療、結婚・出産・子育て、行政サービス、情報の取得・保障など生活に必要な支援に関する困りごと）

※記載例：窓口などで手話通訳や要約筆記などの情報保障がない。

**【障がい理解に関すること】**

（障がいについての理解や障がい者差別に関する困りごと）

※記載例：障がいについての周囲の理解が不十分。

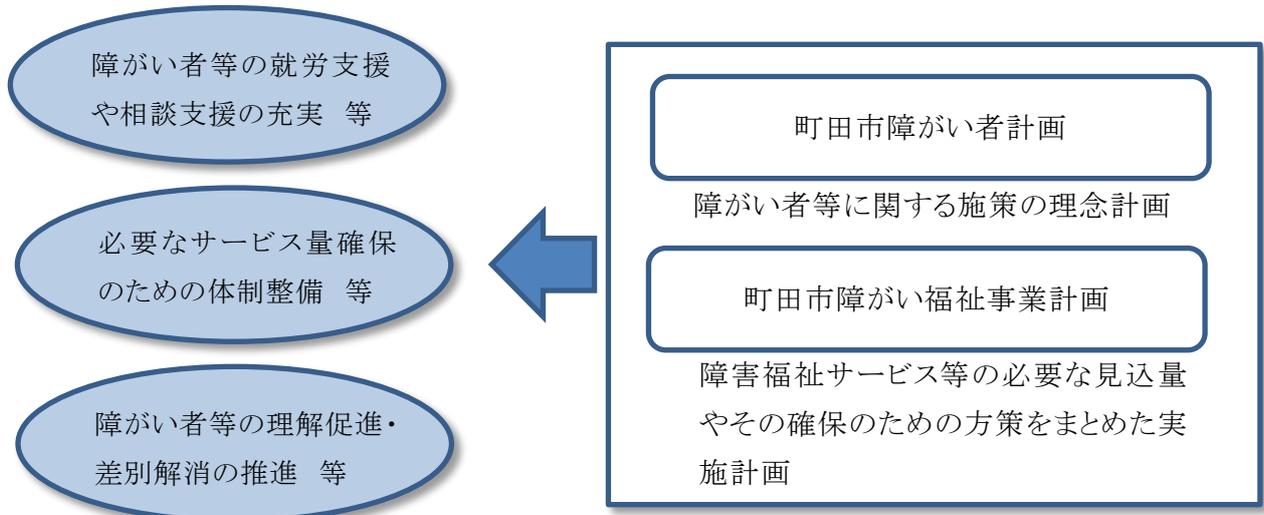
**問15** あなた（本人）は、将来どのような生活をしたいと考えていますか。ご自由にご記載ください。

※記載例：必要な福祉サービスを利用して、住み慣れた地域で暮らし続けたい。

調査は以上です。ご回答いただきまして、ありがとうございました。

返信用封筒に入れ、**9月24日（火）までに** 郵便ポストに入れてください。

## 町田市障がい者計画・町田市障がい福祉事業計画について



計画は、町田市のホームページでご覧いただけます。

トップページ > 医療・福祉 > 障がい者のための福祉 > 町田市障がい者計画・町田市障がい福祉事業計画

[https://www.city.machida.tokyo.jp/iryo/syougai\\_hukushi/keikaku.html](https://www.city.machida.tokyo.jp/iryo/syougai_hukushi/keikaku.html)

町田市 障がい 計画

検索

計画の冊子は、町田市庁舎1階 市政情報課窓口にて販売しています。また、市内の図書館でもご覧いただけます。