

「第8期大津町障がい福祉計画」・「第4期大津町障がい児福祉計画」 アンケート（障がい者 ご家族・支援者用）

大津町では、「第8期大津町障がい福祉計画・第4期大津町障がい児福祉計画」（計画期間：令和9年度～令和11年度）の策定に向け、障がいのある人やご家族等の生活状況、サービス利用、今後必要な支援について把握するため、アンケート調査を実施します。みなさまのご協力をお願いします。

回答方法（①～③どれか1つの方法でご回答ください）

①紙面による回答

この回答用紙を大津町役場福祉課までご提出ください。（持参又は郵送可）

②回答フォームによる回答

インターネット上の回答フォームにて回答できます。
右のQRコードを読み込ませて回答してください。

回答フォーム QR コード



③メール・FAX による回答

回答用紙を町ホームページからダウンロードして、
問い合わせ先のメールアドレス・FAX へ送信してください。
回答用紙を写真・PDF などで読み込んで送信されても構いません。

町ホームページ QR コード



アンケート回答期限 令和8年9月30日（水）まで

●お問い合わせ

住所：〒869-1292 大津町大字大津1233番地 大津町役場福祉課 障がい福祉係
電話：096-293-3510 FAX：096-292-1234
メールアドレス：fukushi@town.ozu.kumamoto.jp

※回答は無記名で、回答内容は計画策定の目的以外には使用しません。

※該当する項目に ☒ (チェック) を付けてください。

1 回答者と障がい者ご本人との関係について

問 1 支援している回答者はどなたですか。

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 父母 | ☐ 配偶者 | ☐ 子 |
| ☐ 兄弟姉妹 | ☐ 祖父母 | ☐ その他の親族 |
| ☐ 成年後見人等 | ☐ 相談支援専門員 | |
| ☐ その他の支援者 () | | |

問 2 支援している回答者の年齢をお答えください。

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 18～29 歳 | ☐ 30～39 歳 | ☐ 40～49 歳 |
| ☐ 50～59 歳 | ☐ 60～64 歳 | ☐ 65～74 歳 |
| ☐ 75 歳以上 | | |

問 3 ご本人の障がい等の種類をお答えください。(複数回答可)

- | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 身体障がい | ☐ 知的障がい | ☐ 精神障がい |
| ☐ 発達障がい | ☐ 難病 | ☐ 高次脳機能障がい |
| ☐ 医療的ケア (医療的ケアの内容:) | | |
| ☐ その他 () | | |

問4 ご本人の現在の暮らし方をお答えください。

- ☐ 家族と暮らしている ☐ 一人暮らし
- ☐ グループホーム ☐ 障がい者支援施設
- ☐ 病院（入院） ☐ その他（ ）

2 生活とサービス利用

問5 ご本人の生活で特に困っていることは何ですか。(3つまで)

- | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 仕事・就労 | ☐ 収入・生活費 | ☐ 外出・移動 |
| ☐ 食事・入浴 | ☐ トイレ | |
| ☐ 買い物・家事 | ☐ 通院・健康 | ☐ 住まい |
| ☐ 日中の過ごし方 | ☐ 人との交流・孤立 | ☐ 相談先 |
| ☐ 福祉サービス | ☐ 将来の生活 | ☐ 家族・介護者の負担 |
| ☐ 特にない | | |
| ☐ その他（　　　　　　　　　） | | |

問 6 ご本人が現在利用している障がい福祉サービス等をお答えください。（複数回答可）

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| ☐ 居宅介護 | ☐ 重度訪問介護 | ☐ 同行援護 |
| ☐ 行動援護 | ☐ 生活介護 | ☐ 自立訓練(生活訓練・機能訓練) |
| ☐ 就労移行支援 | ☐ 就労継続支援 A 型 | ☐ 就労継続支援 B 型 |
| ☐ 就労定着支援 | ☐ 就労選択支援 | |
| ☐ 共同生活援助（グループホーム） | ☐ 施設入所支援 | |
| ☐ 自立生活援助 | ☐ 短期入所 | ☐ 利用していない |
| ☐ その他（ | | ） |

問 7 必要なサービスを希望どおり利用できていますか。

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ 十分利用できている | ☐ おおむね利用できている |
| ☐ 希望どおり利用できていない | ☐ ほとんど利用できていない |
| ☐ わからない | |

問 8 利用したいのに利用できなかったサービスがありますか。

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| ☐ ある | ☐ ない | ☐ わからない |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|



(問 9 ・ 問 1 0 へ)



(問 1 1 へ)

問 9 【問 8 で「ある」と答えた方】：利用できなかったサービスは何ですか。（複数回答可）

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| ☐ 居宅介護 | ☐ 重度訪問介護 | ☐ 同行援護 |
| ☐ 行動援護 | ☐ 生活介護 | ☐ 自立訓練(生活訓練・機能訓練) |
| ☐ 就労移行支援 | ☐ 就労継続支援 A 型 | ☐ 就労継続支援 B 型 |
| ☐ 就労定着支援 | ☐ 就労選択支援 | |
| ☐ 共同生活援助（グループホーム） | ☐ 施設入所支援 | |
| ☐ 自立生活援助 | ☐ 短期入所 | |
| ☐ その他（ | | ） |

問 10 【問 8 で「ある」と答えた方】：利用できなかった理由は何ですか。（複数回答可）

- | | |
|--|---|
| ☐ 定員・空きがない | ☐ 希望する曜日・時間に利用できない |
| ☐ 近くに事業所がない | ☐ 送迎がない |
| ☐ 職員不足等で受入れできない | ☐ 障がい特性等に対応できない |
| ☐ 医療的ケアに対応できない | ☐ 費用負担 |
| ☐ 情報・手続きがわからない | |
| ☐ その他（ | ） |

3 家族・支援者の負担

問 11 日常的に行っている支援は何ですか。（複数回答可）

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 食事・入浴・排せつ介助 | ☐ 服薬管理 | |
| ☐ 通院同行 | ☐ 外出・移動支援 | ☐ 金銭管理 |
| ☐ 家事 | ☐ 見守り | ☐ 行動面への対応 |
| ☐ 送迎 | ☐ 相談・精神的支援 | |
| ☐ その他（ ） | | |

問 12 支援による負担をどの程度感じますか。

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 非常に負担 | ☐ やや負担 |
| ☐ あまり負担でない | ☐ ほとんど負担でない |
| ☐ わからない | |

問 13 負担の内容は何ですか。（複数回答可）

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 身体的 | ☐ 精神的 | ☐ 時間的 |
| ☐ 経済的 | ☐ 仕事との両立 | ☐ 他の家族との時間 |
| ☐ 自分自身の健康 | ☐ 緊急時対応 | ☐ 将来への不安 |
| ☐ 相談相手がいない | | |
| ☐ その他（ ） | | |

問 14 家族・支援者の休息のために必要な支援は何ですか。

(複数回答可)

- ☐ 短期入所
 ☐ 日中一時支援
 ☐ 訪問サービス
- ☐ 相談支援
 ☐ レスパイト
 ☐ 家族同士の交流・相談
- ☐ 緊急時の受入れ
 ☐ 経済的支援
 ☐ 特にない
- ☐ その他（ ）

4 相談・情報

問 15 困ったとき、主に誰に相談しますか。(複数回答可)

- ☐ 家族・親族 ☐ 相談支援専門員 ☐ サービス事業所
- ☐ 大津町役場（障がい者基幹相談支援センター）
- ☐ 大津町役場（福祉課など） ☐ 医療機関
- ☐ 社会福祉協議会 ☐ 友人・知人 ☐ 障がい者団体
- ☐ インターネット・SNS ☐ 相談しない
- ☐ その他（ ）

問 16 相談しやすさについてどう感じますか。

- ☐ 相談しやすい ☐ まあ相談しやすい
- ☐ やや相談しにくい ☐ 相談しにくい

問 17 障がい福祉の情報について困っていることはありますか。

(複数回答可)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ 必要な情報がどこにあるかわからない | ☐ 制度・サービスが複雑 |
| ☐ 相談先がわからない | ☐ 情報が古い・少ない |
| ☐ 自分に必要な情報を選びにくい | ☐ 特にない |
| ☐ その他 () | |

5 将来・地域生活

問 18 ご本人の将来について不安なことは何ですか。(複数回答可)

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 親亡き後 | ☐ 住まい | ☐ 日中活動 |
| ☐ 就労 | ☐ 生活費 | ☐ 医療・健康 |
| ☐ 福祉サービスの確保 | ☐ 相談相手 | ☐ 成年後見・金銭管理 |
| ☐ 地域とのつながり | ☐ 災害・緊急時 | |
| ☐ 家族の高齢化・介護力低下 | | |
| ☐ その他 () | | |

問 19 ご本人が住み慣れた地域で暮らし続けるために、今後、特に充実してほしい大津町の支援は何ですか。（3つまで）

- ☐ 相談支援 ☐ 日中活動 ☐ 就労支援
- ☐ 訪問系サービス（居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護など）
- ☐ グループホーム等の住まい ☐ 短期入所
- ☐ 外出・移動支援 ☐ 医療・訪問看護 ☐ 余暇活動・社会参加
- ☐ 金銭管理・成年後見 ☐ 地域の見守り ☐ 家族への支援
- ☐ 障がいへの理解促進 ☐ 情報提供
- ☐ その他（ ）

6 災害・権利擁護

問 20 災害時の避難について不安がありますか。

- ☐ 非常に不安 ☐ やや不安
- ☐ あまり不安でない ☐ 不安はない

問 21 災害時に不安なことは何ですか。（複数回答可）

- ☐ 避難が難しい ☐ 避難所での生活 ☐ 情報が届かない
- ☐ 家族だけでは対応困難 ☐ 医療機器・医療的ケア
- ☐ 薬の確保 ☐ 福祉サービスが利用できなくなる
- ☐ 移動・送迎 ☐ 障がいへの理解
- ☐ その他（ ）

問 22 緊急時にご本人を受け入れてくれる場所は確保されていますか。

- ☐ 確保されている ☐ ある程度確保されている
- ☐ 確保されていない ☐ わからない

問 23 ご本人が障がいを理由とする差別や不利益な扱いを受けたと感じたことがありますか。

- ☐ ある ☐ ない ☐ わからない



問 24 **【問 23 で「ある」と答えた方】**：差別や不利益な扱いを受けたと感じたのはどのような時ですか。（複数回答可）

- ☐ 就労（仕事）
 ☐ 教育（学校など）
 ☐ 人間関係
- ☐ 社会生活の中（地域や趣味など）
 ☐ 公共施設やお店
- ☐ 交通機関利用時
- ☐ その他（

7 自由意見

問 25 大津町で安心して暮らし続けるために、町に取り組んでほしいことなど、ご意見・ご提案をご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。