

# 知的障害児者と関係者における新型コロナウイルス 感染の問題への対応についてのアンケートのお願い

一般社団法人全国手をつなぐ育成会連合会

一般社団法人日本自閉症協会

公益財団法人日本ダウン症協会

新型コロナウイルス対策において、知的障害のある方や、日常的にその方の養護に関わっている人が感染したらどうなるのか、という不安は当事者にとって大きな問題になっています。今後、国や自治体になんらかの要望を伝えていく上でも、まずはどのような状況が生じているのかを把握するための事例収集が必要であると考えます。ご協力いただけますようお願いいたします。

期間 2 月末日 **別紙回答用紙にてご回答ください**

アンケート記入者についてお答えください

1. 知的障害のある方、その養護に関わっている方で、新型コロナウイルスに感染した事がある方、感染が疑われた方 → **設問 1**にお進みください。
2. 当事者ではないが①の事例をご存じの方 → **設問 1**にお進みください。
3. 上記以外の方 ⇒ **設問 12**にお進みください。

**設問 1-1 事例があった都道府県**

**設問 1-2 事例の概略についてお知らせください**

1. 障害のある本人の感染または疑い → **設問 2**、その後**設問 4**へ進んでください
2. 保護者や同居者等の感染または疑い → **設問 3**へ進んでください
3. 支援者・同一施設利用者等の感染または疑い → **設問 3**へ進んでください
4. 上記以外の方は、内容を簡単にその他へ記入の後、**設問 3**へ進んでください
5. その他:

**設問 2-1 障害のあるご本人の状況について 障害名をお知らせください**

**設問 2-2 その方の意思疎通の状況について**

1. 自分で体調や症状を説明できる
2. 体調や症状の説明について意思決定支援者が必要
3. 意思決定支援者がいても体調や症状の説明が困難
4. その他:

**設問 2-3 その方の入院・療養への耐性について**

1. 入院・療養施設側の人員で入院・療養生活が送れる
2. 養育者等がいないと入院・療養生活に支障が出る可能性がある
3. 入院・療養生活は困難
4. その他:

**設問 2-4 その方の感染症についての理解**

1. 感染リスクについて理解できて対処の方法にも従える
2. リスクの理解は困難かもしれないが、マスクその他の必要な対応については従える

3. リスクの理解が困難で、対応にも従えない
4. その他:

### 設問3 どなたの事例ですか？

1. 同居する父親
2. 同居する母親
3. 同居する兄弟姉妹
4. 同居する祖父母
5. その他の同居人
6. 同居ではない身内
7. 福祉サービス事業者の支援員
8. 同一事業所等の利用者
9. その他:

### 設問4 感染（または感染が疑われた）経路について

1. 陽性判明者の濃厚接触者として →設問5へ進んでください
2. クラスタ発生箇所の利用者として →設問5へ進んでください
3. 人の症状出現により →設問6へ進んでください
4. 上記以外の方は、その他に簡単に状況を記入の後、設問6へ
5. その他:

### 設問5 陽性判明者またはクラスタ関連者と本人の生活状況について

1. 共同での飲食・調理
2. 共同の風呂
3. 共同のトイレ
4. 共同の寝室
5. 共同の居室または生活空間
6. 共同の交通機関
7. 共同の仕事・作業
8. 共同の仕事以外の活動（定期 習い事など）
9. 共同の仕事以外の活動（単発 レクリエーションなど）
10. その他:

### 設問6 感染が疑われた時点での症状について

1. 発熱
2. 倦怠感
3. 味覚異常
4. 嗅覚異常
5. 咳
6. 無症状だった
7. その他:

### 設問7 抗原検査の結果

1. 陽性
2. 陰性
3. 受けていない
4. その他:

## 設問 8 PCR検査の結果

1. 陽性
2. 陰性
3. 受けていない
4. その他:

設問 9 検査受診時に生じた困難についてお知らせください。

設問 10 検査結果判明までの過ごし方とその際に生じた困難についてお知らせください

設問 11-1 検査結果が陽性であった場合にのみお答えください。どのような症状の推移があり、どのような医療対応がなされましたか。

設問 11-2 検査結果が陽性であった場合にのみお答えください。本人ならびに家族等の方たちが感じた物理面（生活上）の困難にはどんなものがありましたか。

設問 11-3 検査結果が陽性であった場合にのみお答えください。本人ならびに家族等の方たちが感じた心理面の不安・困難にはどんなものがありましたか。

設問 11-4 検査結果が陽性であった場合にのみお答えください。陽性が判明した時点でどこで過ごされましたか。

1. 病院
2. 自宅療養
3. ホテル(付き添い無し)
4. ホテル(付き添いあり)
5. その他:

設問 12-1 ワクチン接種について

1. 積極的に受けたい
2. 受けない、積極的に受けたくない
3. その他:

設問 12-2 ワクチン接種について、疑問や心配なことがありましたらお書きください。

設問 13 障害児者とその家族等にとって、感染症対策で必要と考えられるサポートは何ですか。

設問 14 あなたの地域の良い取り組みや 良い情報があればお書きください。

ご記入者の氏名(任意)

Eメール(任意)

電話番号(任意)

個人情報について

今回、ご提供いただきました個人情報は、別途回答者の許可を得た場合を除き、アンケート回答内容の確認等以外での目的では使用いたしません。個人情報は厳重に管理し、第三者に開示することはありません。お預かりした個人情報の変更、削除等のお申し出、その他のお問い合わせにつきましては、下記までご連絡ください。

日本ダウン症協会事務局（アンケートとりまとめ先）

Tel 03-6907-1824 / E-mail: [info@jdss.or.jp](mailto:info@jdss.or.jp)

アンケート送信先

Fax 03-6907-1825