

## 城陽市の障がい福祉に関する市民アンケート（案） （身体障害者手帳をお持ちの方）

令和 4 年 1 2 月

市民各位

城陽市福祉保健部福祉課

平素は、市政にご協力いただきましてありがとうございます。

さて、本市ではこの度、平成 30 年 3 月に策定しました「城陽市障がい者計画」の計画年度が平成 30 年度から令和 5 年度となっていることから見直しを行うことにしました。

そのため、現在、本市にお住まいの障害者手帳を持つ方や通院医療費助成を受けている方を対象に、障がい福祉に関するご意見をおうかがいし、「城陽市障がい者計画」の見直しに際しての基礎資料として活用してまいりたいと考えております。

皆様方におかれましては、大変ご多用のこととは存じますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

なお、ご記入いただきました内容につきましては、すべて統計的に処理し、数値的な統計資料を得る目的以外には使用しませんので、率直なお答えとご意見をお聞かせください。

### 記入上のご注意

1. このアンケートの対象となられる方は、令和 4 年 1 1 月 1 日現在、市内にお住いで障害者手帳を持つ方や通院医療助成を受けている方の中から 2,000 人を無作為に抽出し、選ばせていただきました。
2. お答えは、質問にしがたって当てはまる番号に○をつけてください。質問によっては、お答えいただく質問が次質問以降となる場合があります。この場合は説明にしがたって質問にお進みください。特に説明のない場合は、次の質問にお進みください。
3. 質問の内容によってはお答えいただける範囲でご記入ください。
4. ご記入いただいた調査票は、同封の返信用封筒に入れ、無記名のまま、令和 4 年 1 2 月 〇 日（〇）までにご投函くださいますようお願いいたします。
5. この調査についてのお問い合わせは、下記までご連絡ください。

城陽市役所 福祉保健部 福祉課 電話 0774-56-4033（直通）

# 身体障害者手帳をお持ちの方のアンケート用紙

○あなた自身のことについておたずねします。

問 1 このアンケートにお答えいただいている方はどなたですか。

1. 本人
2. 家族や知人
3. 施設等の職員
4. 学校などの教員
5. その他（ ）

(問2以降については、手帳を所持されているご本人についてお答えください)

問 2 あなたの性別は。※ご自身が認識されている性別または状態をお書きください。

1. 男性
2. 女性
3. ( )

※1. 2に当てはまらない場合、自由にお書きください

問 3 あなたは何歳ですか(令和4年11月1日の年齢をお答えください)。

- |            |            |
|------------|------------|
| 1. 0歳～17歳  | 2. 18歳～29歳 |
| 3. 30歳代    | 4. 40歳代    |
| 5. 50歳代    | 6. 60歳～64歳 |
| 7. 65歳～69歳 | 8. 70歳代    |
| 9. 80歳以上   |            |

問 4 あなたのお住まいの小校区は次のうちどれですか。

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1. 久津川小校区 | 2. 古川小校区  |
| 3. 久世小校区  | 4. 深谷小校区  |
| 5. 寺田小校区  | 6. 寺田南小校区 |
| 7. 寺田西小校区 | 8. 今池小校区  |
| 9. 富野小校区  | 10. 青谷小校区 |
| 11. わからない |           |

問 5 あなたの身体障害者手帳の等級は何級ですか。

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

問 6 手帳に示されているあなたの障がいの部位はどれですか。当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

- |             |              |
|-------------|--------------|
| 1. 視覚       | 2. 聴覚・言語     |
| 3. 聴覚・平衡    | 4. 音声・言語そしゃく |
| 5. 片上肢      | 6. 両上肢       |
| 7. 片下肢      | 8. 両下肢       |
| 9. 免疫機能     | 10. 片上下肢     |
| 11. 四肢(上下肢) | 12. 体幹       |
| 13. 心臓      | 14. じん臓      |
| 15. 呼吸器     | 16. ぼうこう・直腸  |
| 17. 小腸      | 18. 肝臓       |

問 7 あなたは、以下の診断や認定を受けたことがありますか。当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

- |                       |
|-----------------------|
| 1. 発達障がい              |
| 2. 高次脳機能障がい           |
| 3. 難病（特定疾患・小児慢性特定疾患等） |

## ○医療や介護保険についておたずねします

問 8 あなたが現在受けている医療的ケアをご回答ください。当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

- |                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| 1. 気管切開部の衛生管理                   | 2. 人工呼吸器（レスピレーター）  |
| 3. 吸入                           | 4. 吸引              |
| 5. 胃ろう・腸ろう                      | 6. 鼻腔経管栄養          |
| 7. 中心静脈栄養                       | 8. 透析              |
| 9. カテーテル留置                      | 10. ストマ（人工肛門・人工膀胱） |
| 11. 服薬管理                        | 12. 受けていない         |
| 13. その他（                      ） |                    |

問 9 あなたは、障がいに起因する医療に関して困っていることがありますか。当てはまる番号 3つに○をつけてください。

- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1. 医療機関に関する情報が少ない      | 2. 専門的な医療を受けられる機関が近くにない         |
| 3. 緊急時に対応してくれる医療機関がない  | 4. 医師に病状を伝えることが難しい              |
| 5. 医師の指示を理解・実行することが難しい | 6. 通院のために付き添ってくれる人がいない          |
| 7. 医療のことを相談できる人がいない    | 8. 医療費の負担が大きい                   |
| 9. 医療費の助成に関する手続きが大変である | 10. 受診や入院に関する手続きが大変である          |
| 11. 特にない               | 12. その他（                      ） |

問 10 あなたは介護保険によるサービスを利用していますか。

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

問 11 に進んでください

問 10-1 あなたは介護認定を受けていますか。該当する要支援及び要介護度に○をつけてください。

- |         |         |         |         |
|---------|---------|---------|---------|
| 1. 要支援1 | 2. 要支援2 | 3. 要介護1 | 4. 要介護2 |
| 5. 要介護3 | 6. 要介護4 | 7. 要介護5 |         |

## ○生活の状況についておたずねします

問 11 あなたの世帯の主な収入源は何ですか。当てはまる番号に1つだけ○をつけてください。

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. 自分が働いた給料 | 2. 自分の年金    |
| 3. 自分の貯金    | 4. 家族の給料や年金 |
| 5. 生活保護     | 6. その他 ( )  |

問 12 あなたの家族構成で当てはまる番号に1つだけ○をつけてください。

- |                    |               |
|--------------------|---------------|
| 1. 一人暮らし           | 2. 夫婦二人暮らし    |
| 3. 自分と親            | 4. 自分たち夫婦と子ども |
| 5. 三世代以上が同居している    | 6. 自分と親と兄弟など  |
| 7. 共同住宅などで仲間と住んでいる | 8. 自分と子ども     |
| 9. その他 ( )         |               |

問 13 あなたの主な介助者は次のうち誰ですか。当てはまる番号に1つだけ○をつけてください。

- |            |                  |
|------------|------------------|
| 1. 親       | 2. 配偶者           |
| 3. 子ども     | 4. 兄弟・姉妹         |
| 5. 祖父母     | 6. その他の親族        |
| 7. 知人      | 8. ホームヘルパーや施設の職員 |
| 9. その他 ( ) | 10. 介助者はいない      |

問 14 あなたの家庭やあなた以外の家族のことで困っていることはありますか。当てはまる番号にいくつでも○をつけて下さい。

- |                                  |                            |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1. 生活が困窮している                     | 2. 高齢者や障がい者だけの世帯である        |
| 3. 家族だけの介護では足りないが介護等のサービスも不足している | 4. 認知症、要介護者等援助や介護が必要な家族がいる |
| 5. 介護や子育てで疲れている家族がいる             | 6. 日中他の家族が留守になり、困ることがある    |
| 7. 閉じこもりがちな家族がいる                 | 8. 家族の会話があまりない             |
| 9. 家族同士の仲が悪い・ほとんど顔を合わせない         | 10. 家庭内で虐待や暴力行為が起こる        |
| 11. 家の中が不潔・ごみ捨てなどをしない            | 12. その他 ( )                |
| 13. 特にない                         |                            |

問 15 あなたは平日の昼間、主にどのように過ごしていますか。当てはまる番号に1つだけ○をつけてください。

- |                          |
|--------------------------|
| 1. 仕事や通学をしている            |
| 2. 家族と過ごしている             |
| 3. 一人で過ごしている             |
| 4. デイサービスなどのため福祉施設に通っている |
| 5. 入所している福祉施設で過ごしている     |
| 6. 友だちと過ごしている            |
| 7. その他 ( )               |

てください。

- 1

けてください。

- 1

にすべてに○をつけてください。

- )

○就労についておたずねします

問 19 現在働いていますか。

2. 働いていない

問 23 に進んでください。

ください。

- 1

1. 就労支援機関や公共職業安定所のあっせん
2. 学校の紹介
3. 知人、縁故関係の紹介
4. 職業訓練校の紹介
5. 直接自分で探した
6. その他（ ）

|                     |                           |
|---------------------|---------------------------|
| 1. 安定した収入           | 2. 障がいの程度にあった仕事内容         |
| 3. バリアフリーの充実        | 4. 障がいに対する理解              |
| 5. 通勤に対する支援         | 6. 希望する仕事内容               |
| 7. 職場の障がい者への理解、意識改革 | 8. ジョブコーチ、手話通訳者、要約筆記者等の配置 |
| 9. 教習、訓練等の充実        | 10. 短時間勤務や勤務日数・休暇等の配慮     |
| 11. 在宅勤務の拡充         | 12. 仕事の悩みについての総合的な相談支援    |
| 13. 現在の職場環境に満足している  | 14. その他（ ）                |

1. 障がいが重度のため
2. 病気のため
3. 高齢のため
4. 自分の障がいの状態にあった仕事がないため
5. 家事手伝いをしているため
6. 近くに仕事ができる福祉的就労施設（就労継続支援事業所・就労移行支援事業所）がないため
7. 雇用してくれないため
8. 働きたい場所で設備や作業環境が整備されていないため
9. 一時的に休職中（もしくは就職活動中）のため
10. 働きたくないため
11. その他（ ）

1. 仕事をしたい  
2. 仕事をしたくない → 問 26 に進んでください  
3. 仕事ができない

問 25 あなたは今後どのように働きたいですか。当てはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。

1. 事業所・企業・団体の正職員として働きたい
2. 事業所・企業・団体の非常勤職員（嘱託・パート・アルバイト）として働きたい
3. 福祉的就労施設（就労継続支援事業所・就労移行支援事業所）などで仕事をしたい
4. 自分の家の家業（商店など）で仕事をしたい
5. 自分が経営者として自営業をしたい
6. 対人関係、勤務日数・時間等の面で障がいにあった形で働きたい  
（雇用形態や賃金よりこのことを優先したい）
7. その他（ ）
8. 特にない

○外出についておたずねします

問 26 あなたが外出する際のおもな手段は何ですか。特に当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

1. 徒歩や自転車
2. 公共交通機関
3. 自分が運転する自動車やバイク
4. 家族が運転する自動車
5. 介助者が付き添う外出支援等のサービス
6. タクシー
7. その他（

問 27 あなたが外出する時、困ることは何ですか。当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

1. 段差のある床や駐車場、トイレなど施設が利用しづらい
2. 道路や駅、列車、バスなどの案内表示が十分でない
3. 歩道がないなど道路が危険である
4. 施設や店舗の従業員の対応が障がいを理解していない
5. 駅や公共の場に介助者がいない
6. バリアフリー対応かどうか等、交通手段や外出先の情報が不足している
7. まわりの人がジロジロ見たり、不親切
8. 付き添って出かけてくれる人がいない
9. その他（
10. 困ることは特にない

## ○余暇や地域活動についておたずねします

問 28 城陽市では身体障害者手帳をお持ちの方を対象として、創作的活動、社会適応訓練等を行っています。次の中からあなたが参加してみたいと思う番号にいくつでも○をつけてください。

- |            |                                 |
|------------|---------------------------------|
| 1. 折り紙教室   | 2. 編物教室                         |
| 3. コーラス教室  | 4. カラオケ教室                       |
| 5. 社交ダンス教室 | 6. 卓球バレー教室                      |
| 7. 料理教室    | 8. パソコン教室                       |
| 9. 点字教室    | 10. その他（                      ） |

問 29 あなたは地域活動（自治会、子ども会の行事や役員など）へ参加していますか。当てはまる番号に1つだけ○をつけてください。

- |                  |                 |
|------------------|-----------------|
| 1. 十分している        | } 問 30 に進んでください |
| 2. まあまあしているほうだ   |                 |
| 3. あまりしているとはいえない |                 |
| 4. 何もしていない       |                 |

問 29-1 前の問 29 で「3. あまりしているとはいえない」「4. 何もしていない」と答えた方におたずねします。それはなぜですか。特に当てはまる番号に1つだけ○をつけてください。

- |                            |
|----------------------------|
| 1. 障がいに対する理解や配慮がないので参加できない |
| 2. 身近に機会や相手がなく参加できない       |
| 3. 外出支援、手話等のサービスがなくて参加できない |
| 4. 地域の情報が入ってこない（連絡がない）     |
| 5. したいとは思わない               |

## ○サービス利用についておたずねします

ここから問 34 までは、今何らかの福祉サービスを利用している方だけが答えください。利用していない方は問 35 へ進んでください。

問 30 次の表の中で、利用している介護などのサービスに○をつけ、○をつけたサービスの満足度などを表の中の質問にしたがって答えください。

| サービス内容                                       | (1) 利用しているサービスに○をつけてください↓ | (2) 利用しているサービスの満足度を次の 3 つから選んで該当の番号に○を1つだけつけてください。 |        |         | (3) 左で「3 不満がある」を選択した方は、その不満の番号をいくつでも選んで○をつけてください。 |              |            |            |       |
|----------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------|---------|---------------------------------------------------|--------------|------------|------------|-------|
|                                              |                           | 1 満足                                               | 2 ほぼ満足 | 3 不満がある | 1 内容が不満                                           | 2 時間や日数が足りない | 3 職員の対応が不満 | 4 事業所までが遠い | 5 その他 |
| ①あなたの家をヘルパーなどが訪れて介護や家事援助、外出支援をするサービス         |                           | 1                                                  | 2      | 3       | 1                                                 | 2            | 3          | 4          | 5     |
| ②あなたが日中に福祉施設に出かけて創作活動等を行うサービス(デイサービスなど)      |                           | 1                                                  | 2      | 3       | 1                                                 | 2            | 3          | 4          | 5     |
| ③リハビリや社会復帰のための訓練を受けるサービス                     |                           | 1                                                  | 2      | 3       | 1                                                 | 2            | 3          | 4          | 5     |
| ④福祉的就労施設(就労継続支援事業所・就労移行支援事業所)で仕事を通じて職業の訓練を行う |                           | 1                                                  | 2      | 3       | 1                                                 | 2            | 3          | 4          | 5     |
| ⑤(児童に限る)放課後や学校の長期休暇に受ける放課後等デイサービス            |                           | 1                                                  | 2      | 3       | 1                                                 | 2            | 3          | 4          | 5     |
| ⑥(児童に限る)療育やことばの教室                            |                           | 1                                                  | 2      | 3       | 1                                                 | 2            | 3          | 4          | 5     |
| ⑦短期入所(ショートステイ)                               |                           | 1                                                  | 2      | 3       | 1                                                 | 2            | 3          | 4          | 5     |
| ⑧グループホームでの生活や介護サービス                          |                           | 1                                                  | 2      | 3       | 1                                                 | 2            | 3          | 4          | 5     |
| ⑨入所している施設での生活や介護サービス                         |                           | 1                                                  | 2      | 3       | 1                                                 | 2            | 3          | 4          | 5     |
| ⑩補装具の給付                                      |                           | 1                                                  | 2      | 3       | 1                                                 | 2            | 3          | 4          | 5     |

問 31 上記①～⑩で その他 を選択された方について、その他の内容を下記にお書きください。

| サービス内容の番号 | その他の内容 |
|-----------|--------|
|           |        |
|           |        |
|           |        |

問 32 次の表の中で、利用している地域生活支援事業のサービスに○をつけ、○をつけたサービスの満足度などを表の中の質問にしたがってお答えください。

| サービス内容                     | (1)利用しているサービスに○をつけてください↓ | (2)利用しているサービスの満足度を次の3つから選んで該当の番号に○を1つだけつけてください。 |        |         | (3)左で「3 不満がある」を選択した方は、その不満の番号をいくつでも選んで○をつけてください。 |              |            |            |       |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|--------|---------|--------------------------------------------------|--------------|------------|------------|-------|
|                            |                          | 1 満足                                            | 2 ほぼ満足 | 3 不満がある | 1 内容が不満                                          | 2 時間や日数が足りない | 3 職員の対応が不満 | 4 事業所までが遠い | 5 その他 |
| ①サービス事業所などでの相談             |                          | 1                                               | 2      | 3       | 1                                                | 2            | 3          | 4          | 5     |
| ②手話通訳者、要約筆記者の派遣等           |                          | 1                                               | 2      | 3       | 1                                                | 2            | 3          | 4          | 5     |
| ③日常生活用具の給付                 |                          | 1                                               | 2      | 3       | 1                                                | 2            | 3          | 4          | 5     |
| ④送迎や付き添いなど外出の際の移動を支援するサービス |                          | 1                                               | 2      | 3       | 1                                                | 2            | 3          | 4          | 5     |
| ⑤地域活動支援センターでの創作や作業         |                          | 1                                               | 2      | 3       | 1                                                | 2            | 3          | 4          | 5     |
| ⑥日中一時支援事業で昼間の時間を過ごすこと      |                          | 1                                               | 2      | 3       | 1                                                | 2            | 3          | 4          | 5     |
| ⑦訪問入浴サービス                  |                          | 1                                               | 2      | 3       | 1                                                | 2            | 3          | 4          | 5     |

問 33 上の①～⑦で その他 を選択された方について、その他の内容を下記にお書きください。

| サービス内容の番号 | その他の内容 |
|-----------|--------|
|           |        |
|           |        |
|           |        |

問 34 福祉サービス等の利用にあたり、利用する施設やサービス内容について誰が決めてい  
ますか。当てはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。

1. 自分
2. 家族
3. サービス利用提供事業所
4. 相談支援員
5. その他（ ）

問 35 今受けていないサービスで必要と思うサービスはありますか。 当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

1. あなたの家をヘルパーなどが訪れて介護や家事援助、外出支援をするサービス
2. あなたが日中に福祉施設に出かけて創作活動等を行うサービス（デイサービスなど）
3. リハビリや社会復帰のための訓練を受けるサービス
4. 福祉的就労施設（就労継続支援事業所・就労移行支援事業所）で仕事を通じて職業の訓練を行う
5. （児童に限る）放課後や学校の長期休暇に受ける放課後等デイサービス
6. （児童に限る）療育やことばの教室
7. 短期入所（ショートステイ）
8. グループホームでの生活や介護サービス
9. 入所している施設での生活や介護サービス
- 10 補装具の給付
- 11 サービス事業所などでの相談
- 12 手話通訳者、要約筆記者の派遣等
- 13 日常生活用具の給付
- 14 送迎や付き添いなど外出の際の移動を支援するサービス
- 15 日中一時支援で昼間の時間を過ごすこと
- 16 訪問入浴サービス
- 17 その他（ ）
- 18 特になし

問 36 今回のところ城陽市では実施はされていませんが、次のサービスや支援で必要と感ずるものはありますか。当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

1. 入院時のホームヘルプサービス
2. ヘルパーによる院内介助
3. サービスによる通勤・通学等の支援
4. 施設への通所の際の送迎
5. 往診などの訪問看護
6. その他（ ）
7. 特にない

○情報についておたずねします

問 37 あなたは生活に必要な情報を主に何から得ていますか。特に当てはまる番号に3つまで○をつけてください。

1. テレビ
2. 新聞
3. パソコンのインターネット
4. スマホなどで見るサービス
5. SNS
6. 市役所
7. 市以外の行政機関
8. 相談支援事業所
9. 利用施設の職員
10. 家族、親族
11. 友人、地域の人、ボランティア
12. その他（

問 38 市の情報発信方法として、もっとも力を入れてほしいことは何ですか。当てはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. 市の広報
2. 声の広報・点字の広報
3. パソコンのインターネットでの情報提供
4. SNS やスマホアプリを活用した情報提供
5. 福祉関係の講演会や座談会
6. 相談支援事業所の支援員による情報提供
7. その他（

○地域での暮らしや悩み・相談についておたずねします

問 39 あなたは、隣近所の人とどの程度お付き合いをしていますか。当てはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. ふだんから親しい付き合いがある
2. 世間話や立ち話をする程度
3. 顔を合わせればあいさつする程度
4. 付き合いをしていない

問 40 あなたは、あなたの地域の自治会長や民生・児童委員を知っていますか。当てはまる番号にそれぞれ1つずつ○をつけてください。

①自治会長

1. 知っている  
2. 知らない  
3. 自治会に加入していない・自治会がない

②民生・児童委員

1. 知っている      2. 知らない

問 41 あなたの今現在の悩みや相談事などは、どんなことですか。当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

1. 自分の健康や治療のこと
2. 生活費などの経済的なこと
3. 介助や介護のこと
4. 生活全般（炊事・洗濯・掃除等）のこと
5. 災害時や緊急時のこと
6. 仕事や就職のこと
7. 就学や学校のこと
8. 社会参加（人との交流など）や人間関係のこと
9. 新型コロナウイルス感染症のこと
10. その他（
11. 特にない）

問 42 日常的に連絡がとれ、困ったことや不安なことを相談できる相手はどのような方ですか。  
当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

- |                  |                   |
|------------------|-------------------|
| 1. 家族・親類         | 2. 地域の人           |
| 3. 知人・友人         | 4. 民生・児童委員        |
| 5. かかりつけの医師      | 6. 市役所の相談窓口       |
| 7. サービス事業所の人     | 8. 障がい者団体や家族会     |
| 9. 相談支援事業所等の相談窓口 | 10. 市以外の行政機関の相談窓口 |
| 11. 相談する相手はいない   | 12. その他（ ）        |

問 43 現在の困った時の相談体制について、どのように感じていますか。当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

1. 満足している
2. 気軽に相談できる場や人がない
3. 専門的な相談員や窓口が不足している
4. 近所に相談の場や人がいない
5. 夜間や休日に相談できる場や人がない
6. スマホやインターネットで相談できる先がない
7. どこに相談したらよいのかわからない
8. その他（

○災害時の避難等についておたずねします

問44 あなたは、火事や地震等の災害時に一人で避難できますか。

1. できる      2. できない      3. わからない

問45 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。

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

問 45 で避難を手助けしてくれる人が「いる」に○をつけた方にお聞きます。

問 45-1 避難を手助けしてくれる人はどなたですか。当てはまる番号にいくつでも○をつけて

ください。

- |              |            |
|--------------|------------|
| 1. 家族        | 2. 近くに住む親族 |
| 3. 施設の職員     | 4. 隣近所の住民  |
| 5. 自主防災組織の人  | 6. 自治会の人   |
| 7. 民生委員・児童委員 | 8. その他（ ）  |

問46 火事や地震等の災害時に困ることは何ですか。当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. 投薬や治療が受けられない                |
| 2. 補装具の使用が困難になる（入手が困難になるなども含む） |
| 3. 救助を求めることができない               |
| 4. 安全なところまで、迅速に避難することができない     |
| 5. 被害状況、避難場所などの情報が入手できない       |
| 6. 周囲とコミュニケーションがとれない           |
| 7. 避難場所の設備（トイレ等）や生活環境が不安       |
| 8. 新型コロナウイルス等の感染               |
| 9. どのように対応すべきか自分で判断できない        |
| 10. その他（ ）                     |
| 11. 特になし                       |

## ○権利擁護等についておたずねします

問 47 一人で決めることに不安や心配のある人が、さまざまな契約や手続きを行う際に支援してもらえる成年後見制度について、ご存じですか。

- |                      |
|----------------------|
| 1. よく知っている           |
| 2. 多少は知っている          |
| 3. 聞いたことはあるが、内容は知らない |
| 4. 全く知らない、聞いたこともない   |

問 48 成年後見制度を利用したことはありますか。

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

問 49 成年後見制度について、相談するとすれば誰ですか。当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

- |                               |
|-------------------------------|
| 1. 家族や親せき                     |
| 2. 職場の上司                      |
| 3. 病院などの医療関係者                 |
| 4. 福祉施設等の職員やホームヘルパーなど         |
| 5. 相談支援事業所                    |
| 6. 市役所の相談窓口（福祉課）              |
| 7. 家庭裁判所                      |
| 8. 民生児童委員・障がい者相談員・障がい者団体など    |
| 9. 同様に障がいのある周囲の人、学校や職場などの仲間など |
| 10. どこに相談したらよいかわからない          |
| 11. その他（ ）                    |

問 50 成年後見制度に関して、どのような情報が提供されればよいと思いますか。当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

1. 制度を利用した際のだいたいの費用
2. 成年後見制度を利用する場合の手続き方法
3. どんな場合に利用されているかなどの具体的な事例
4. 申立費用の助成制度などの支援内容
5. 成年後見制度に関する相談窓口
6. 後見人になってくれる人にどんな人がいるかの具体的情報
7. 制度の概要
8. その他 ( )
9. わからない

問 51 日常生活において、障がいがあるために差別や偏見、疎外感を感じることがありますか。  
当てはまる番号に1つだけ○をつけてください。

- |                                                                                                                           |   |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------|
| { <ol style="list-style-type: none"> <li>1. よく感じる</li> <li>2. ときどき感じる</li> <li>3. あまり感じない</li> <li>4. まったく感じない</li> </ol> | } | 問 52 に進んでください |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------|

問 51-1 前の問 51 で、「1. よく感じる」「2. ときどき感じる」を選択した方におたずねします。どんな場合・場面でそれを感じますか。特に当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

1. 社会の制度
2. 障がい福祉施設
3. 市役所
4. 就職・仕事
5. 教育の場
6. 結婚
7. スポーツ・趣味の活動
8. 家族関係
9. 外出時（街角での人の視線）
10. 外出時（街角での人の対応）
11. 店などでの対応・態度
12. 交通機関
13. マスメディア
14. その他 ( )

問 52 あなたは虐待されたことがありますか。

2. ない

問 53 に進んでください

問 52-1 前の問 52 で「1. ある」を選択した方におたずねします。どこでされましたか。当  
てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

1. 会社、学校や保育園
2. 登下校や通園の途中
3. 通勤途中
4. 入所施設
5. 休みの日に行く遊び場等
6. 医療機関
7. 自宅
8. 家の近所
9. その他（

問 52-2 前の問 52 で「1. ある」を選択した方におたずねします。誰にされましたか。当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

1. 学校や園の教職員
2. スクールバスなどの運転手や添乗員
3. 近所の人
4. 福祉施設や介護施設の職員
5. ヘルパーや、お手伝いさん
6. 勤め先の会社の人
7. 家族
8. その他（

問 52-3 前の問 52 で「1. ある」を選択した方におたずねします。どんなことをされましたか。当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

1. 身体的虐待（暴行を受けた等）
2. 放棄・放任（長時間放置された等）
3. 心理的虐待（著しい暴言を受けた等）
4. 性的虐待（わいせつな行為を受けた等）
5. 経済的虐待（財産を不当に処分された等）
6. その他（ ）

## ○城陽市の福祉の環境についておたずねします

問 53 城陽市で、障がい者が生活を送る上で重要と思われることは何ですか。特に当てはまる番号に3つまで○をつけてください。

1. 福祉を支える専門職や住民リーダーなど、人を育てること
2. 障がい者とごく当たり前に一緒に暮らす地域をつくること
3. 地域で暮らせるようグループホームを充実させること
4. 緊急時に利用できるショートステイを充実させること
5. 入所できる施設などを充実させること
6. 困った時に気軽に相談できる窓口を充実させること
7. ホームヘルプサービス（訪問介護）など在宅福祉サービスを充実させること
8. 職業紹介のしくみや働くための訓練を充実させること
9. 近所同士や親同士の地域のつながりを大切にする
10. 市民が困っている人を見守り、支え合うこと
11. 企業が障がい者をもっと雇用すること
12. 建物、道路などを障がい者が利用しやすいよう改善（バリアフリー化）すること
13. 災害時を想定した日頃からの見守り活動や防災訓練を行うこと
14. 学校等で福祉教育をすすめること
15. 市民の障がい者や福祉活動への理解を深める講座や広報を充実させること
16. 地域の相談支援の拠点として総合的な相談業務等を実施する基幹相談支援センターについて、その整備を進めること
17. 成年後見制度の周知、申し立て手続き等を担う中核機関の整備を進めること
18. その他（ ）

## ○問 54 から問 58 はご本人ではなく、主な介助者の方におたずねします。

（施設職員の方や介助者がいない方は答えていただかなくて結構です）

問 54 主な介助者の性別は。※ご自身が認識されている性別または状態をお書きください。

- |       |       |        |
|-------|-------|--------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. （ ） |
|-------|-------|--------|

※1. 2に当てはまらない場合、自由にお書きください

問 55 主な介助者の方の年齢はいくつですか。

- |              |              |
|--------------|--------------|
| 1. 10 歳代     | 2. 20 歳代     |
| 3. 30 歳代     | 4. 40 歳代     |
| 5. 50 歳代     | 6. 60 歳～64 歳 |
| 7. 65 歳～69 歳 | 8. 70 歳代     |
| 9. 80 歳以上    |              |

問 56 障がい児の保護者の方におたずねします。お子さんの療育及び保育で困っている事は何か。当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

1. 障がい児通所支援（児童発達支援、放課後等デイサービス等）に空きがなく通えない
2. 小学生以上でも通える療育施設がない
3. 子どもに合う放課後や夏休みの学童保育施設がない
4. 子どもの発達や障がいについて気軽に相談できる窓口がない
5. その他（ ）

問 58 主な介助者の方におたずねします。介助者にとってどのような支援が必要だと思いますか。当てはまる番号にいくつでも○をつけてください。

1. 在宅サービスの充実
2. 本人の状態や病状が悪化した時の支援・緊急の支援
3. 介助者が介助できなくなった場合の支援
4. 事業所などの充実
5. 入所できる施設の充実
6. 適切な介助方法の伝達や講習
7. 支援サービスに関する情報
8. 気軽に相談できる窓口の充実
9. 家族の相談にのる専門家の訪問
10. 介助者の疲れや健康に関するサービスの充実
11. 障がい者の家族同士が交流できる機会
12. 家族会等への助成
13. 多くの市民が障がいに対する理解を得るための学習の機会
14. その他（

問 59 障がい者が暮らしやすいまちづくりのため、ご本人もご家族の方も、ご意見をご自由にお書きください。

\_\_\_\_\_

18