

ふくし かん ちょうさ 福祉に関するアンケート調査（案）

みな ひ ふくしぎょうせい きょうりょく
皆さまには日ごろから福祉行政にご協力をいただき、ありがとうございます。

このアンケートは、みな せいかつ ふくし りょうじょうきょう いけん
皆さまの生活や福祉サービスの利用状況とご意見をおうかがいし、
かいてい よてい しょう ふくしけいかく しょう じ ふくしけいかく しりょう こんご
改定を予定している「障がい福祉計画・障がい児福祉計画」などの資料とするほか、今後
の広陵町の福祉施策を進める際の参考とさせていただくために行うものです。

よりよい広陵町をつくるため、より多くの方のご意見をいただきたいと考えています。

ご回答いただいた内容は、調査の目的にのみ使用し、個人が特定されることはありません。
プライバシーには十分注意いたしますので、可能な範囲でご回答いただきますよう、
ご協力の程よろしくお願いいたします。

れいわ ねん がつ こうりょうちょう
令和8年9月 広陵町

かいとう しかた ねが <回答の仕方とお願い>

1. このアンケートには、お名前を記入する必要はありません。
2. 回答はできるだけあて名のご本人が記入してください。ただし、障がいの状況や年齢などによって、ご本人が記入できない場合には、ご家族や介助者の方が、ご本人の意見を聞きながら、もしくはご本人の気持ちを考えながら記入してください。
3. 回答は特に指定のない限り、あてはまる番号に○を付けてください。また、記入欄には、具体的にその内容を記入してください。
4. 記入していただきました調査票は、令和8年9月30日（水曜日）までに、同封の返信用封筒に入れて、切手を貼らずにポストに入れてください。
5. この調査票は、パソコンやスマートフォンなどでも回答できます。パソコンで回答する場合は次のアドレス（https://●●）、スマートフォンやタブレットで回答する場合は下の二次元コードよりアクセスしてください。（パソコンやスマートフォンで回答した場合、この調査票の返信は不要です）
6. この調査は、身体障がい者手帳・療育手帳・精神障がい者保健福祉手帳をお持ちの方、自立支援医療を受給中の方、障がい福祉サービス等をご利用の方から抽出の上、お送りしています。

▶ 二次元コード
はこちらです。

◎このアンケートについてわからないことがありましたら、下の連絡先にご連絡ください。

こうりょうちょうやくば ふくし ぶ しゃかいふくし かん
広陵町役場 けんこう福祉部 社会福祉課
でん わ
電話：0745-55-6771
ファックス：0745-54-5324

このアンケートに記入される方はどなたですか。(1つに○印)

- ご本人(代筆などの支援により、ご本人の意見を記入する場合を含む)
- ご家族がご本人に代わって回答
- その他()

★設問は問43 までです。特に指定がなければ、記入日時点での状況でお答えください。

① あなた自身(アンケートのあて名になっている方)の ことについて

問1 あなたの年齢はおいくつですか。(令和8年9月1日現在)

() 歳

問2 あなたの住まいの地域はどこですか。(1つに○印)

- 南郷・古寺・百済・広瀬
- 大塚・安部・平尾・疋相・三吉・笠
- 馬見南・みささぎ台
- 馬見北・馬見中
- 沢・大野・萱野・南・弁財天・的場・大場・寺戸・中

問3 あなたは、次の手帳を持っていますか。持っている場合はそ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○印)	(1つに○印)	
1. 身体障がい者 手帳	1. 1級 2. 2級 3. 3級 4. 4級 5. 5級 6. 6級	1. 視覚障がい 2. 聴覚・平衡機能障がい 3. 音声・言語・そしゃく機能障がい 4. 肢体不自由 5. 心臓機能障がい 6. 腎臓機能障がい 7. 呼吸器機能障がい 8. 直腸・小腸・ぼうこう機能障がい 9. 免疫機能障がい
2. 療育手帳	1. A1 2. A2 3. A 4. B1 5. B2 6. B	
3. 精神障がい者 保健福祉手帳	1. 1級 2. 2級 3. 3級	
4. 持っていない		
5. わからない		

問4 あなたは、^{くに}国が^{さだ}定める^{なんびょう}難病の^{しんだん}診断を受けていますか。^う(1つに○印)^{じるし}

- | | | |
|-----------------------|------------------------|----------|
| 1. ^う 受けている | 2. ^う 受けていない | 3. わからない |
|-----------------------|------------------------|----------|

問5 あなたは、^{はったつしょう}発達障がい※（^{うたが}疑いを含む）として^{しんだん}診断されたことがありますか。^う
(1つに○印)^{じるし}

- | | | |
|-------|-------|----------|
| 1. ある | 2. ない | 3. わからない |
|-------|-------|----------|

※^{はったつしょう}発達障がいには、^{じへいしょう}自閉症スペクトラム（^{じへいしょう}自閉症、^{しょうこうぐん}アスペルガー症候群、^{こうはんせい}広汎性^{はったつしょう}発達障がい等）、^{がくしゅうしょう}学習障がい（LD）、^{ちゅういけっかんだうせいしょう}注意欠陥多動性障がい（AD/HD）等があります。

問6 あなたは、^{こうじのうきのうしょう}高次脳機能障がい※として^{しんだん}診断されたことがありますか。^う(1つに○印)^{じるし}

- | | | |
|-------|-------|----------|
| 1. ある | 2. ない | 3. わからない |
|-------|-------|----------|

※^{こうじのうきのうしょう}高次脳機能障がいとは、^{のうそうちゅう}脳卒中や^{こうつうじこ}交通事故、^{びょうき}病気などによる^{のう}脳の^{そんしょう}損傷によって、^{おも}重い^{いしきしょう}意識障がいになり、^{ちりょうご}治療後に^{がいけんじょう}外見上は^{かいふく}回復したように見えるのに、^{きおくりよく}記憶力や^{ちゅういりよく}注意力、^{はんだんりよく}判断力、^{コミュニ}コミュニケーション等に^{など}障がいが生^{しょう}じる^{しょう}状態です。^{ぐたいてき}具体的には「^{かいわ}会話が^あうまく^あかみ合わない」等の^{しょうじょう}症状があります。

問7 あなたは、^{しょう}障がい児^じ通所^{じつしよじゆきゅうしゃしょう}受給者証※^もをお持ちですか。^う(1つに○印)^{じるし}

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

※^{しょう}障がい児^じ通所^{じつしよじゆきゅうしゃしょう}受給者証は、^{しょう}障がい児^じ通所^{じつしよ}支援等の^{りよう}サービスを利用するために、^すお住まいの^し市区町村から^{こうふ}交付される^{しょうめいしょ}証明書のことです。問3でおたずねした手帳とは異なります。

問8 現在、40歳以上の方におたずねします。あなたは、^{かいごほけんほう}介護保険法の^{ようかいごにんていとう}要介護認定等を受^うけていますか。^う(1つに○印)^{じるし}

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ^{ようしえん} 要支援1 | 2. ^{ようしえん} 要支援2 | 3. ^{ようかいご} 要介護1 | 4. ^{ようかいご} 要介護2 |
| 5. ^{ようかいご} 要介護3 | 6. ^{ようかいご} 要介護4 | 7. ^{ようかいご} 要介護5 | 8. ^う 受けていない |

② 現在の生活について

問9 あなたは、普段どなたと一緒に暮らしていますか。(あてはまるものすべてに○印)

- | | |
|--------------|-------------------------|
| 1. 配偶者 | 2. 父親 |
| 3. 母親 | 4. 子ども |
| 5. 子の配偶者 | 6. 兄弟・姉妹 |
| 7. 祖父母 | 8. 孫 |
| 9. 一人で暮らしている | 10. 施設やグループホームなどで暮らしている |
| 11. その他 () | |

問10 あなたの主な収入はどれですか。(主なもの1つに○印)

- | | |
|------------------|---------------|
| 1. 給料など働いて得たお金 | 2. 公的年金など |
| 3. 通所(入所)事業所での工賃 | 4. 家族や親族からの援助 |
| 5. 生活保護 | 6. なし |
| 7. その他 () | |

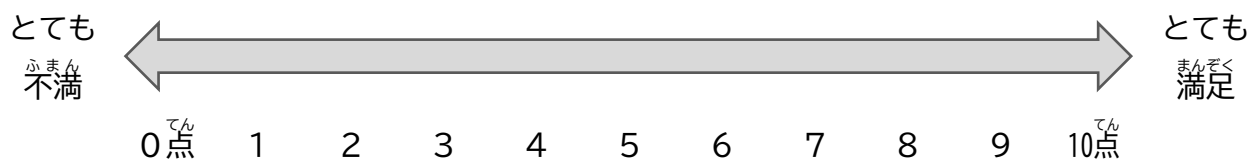
問11 あなたの主な介助者(日常生活の支援をしてくれる方)はどなたですか。
(あてはまるものすべてに○印)

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. 配偶者 | 2. 父親 |
| 3. 母親 | 4. 子ども |
| 5. 子の配偶者 | 6. 祖父母 |
| 7. 兄弟・姉妹・孫・親せき | 8. 友達・知り合い・近所の人 |
| 9. ヘルパーや施設職員 | 10. ボランティア |
| 11. 頼める人がいない | 12. 必要としない |
| 13. その他 () | |

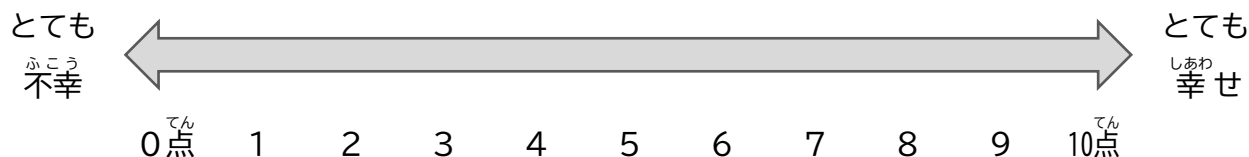
問12 あなたが悩みや困ったことを主に相談するのはどなたですか。(3つまでに○印)

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1. 家族・親せき | 2. 友だち・知り合い |
| 3. 会社の人・学校の先生 | 4. 医師・病院の職員 |
| 5. 福祉施設や作業所の職員 | 6. こども家庭相談センターの職員 |
| 7. 障がい者相談支援事業所の職員 | 8. 役場の職員 |
| 9. 介護保険のケアマネジャーなど | 10. 民生委員・児童委員 |
| 11. 障がい者相談員 | 12. 障がい者児の団体や親の会、家族の会など |
| 13. 社会福祉協議会の職員 | 14. 保健所・福祉事務所・更生相談所の職員 |
| 15. 相談する人はいない | 16. その他 () |

問13 現在のあなたの広陵町における生活の満足度はどのくらいですか。「とても満足」を10点、「とても不満」を0点とすると、何点くらいになるとお思いますか。(0点～10点のうち1つに○)



問14 現在、あなたはどのくらい幸せですか。「とても幸せ」を10点、「とても不幸」を0点とすると、何点くらいになるとお思いますか。(0点～10点のうち1つに○)



③ 外出について

問15 あなたは、どれくらいの頻度で外出しますか。(通勤、通学、通所、通院等の外出を含む)(1つに○印)

- | | | |
|-------------------|------------|------------|
| 1. ほぼ毎日 (週 5 日以上) | 2. 週 1 回以上 | 3. 月 1 回以上 |
| 4. ほとんど外出しない | 5. その他 () | |

問16 あなたは、一人で外出することができますか。「2. 介助者等がいれば外出できる」と回答された方は、誰と一緒に外出できるかもお答えください。

(1つに○印)	(あてはまるものすべてに○印)
1. 一人で外出できる	1. 家族（同居）
2. 介助者等がいれば外出できる	2. 家族（別居）
3. 外出できない	3. 親せき
	4. 近所の人
	5. ホームヘルパーなどサービス事業所の職員
	6. 手話通訳などの意思疎通支援者
	7. その他（ ）

問17 あなたは、どのような目的で外出することが多いですか。
(あてはまるものすべてに○印)

1. 通勤・通学・通所	2. 訓練やリハビリに行く
3. 病院・歯医者に行く	4. 整体・マッサージに行く
5. 買い物に行く	6. 友だち・知り合いに会う
7. 別居の家族・親せきに会う	8. 趣味やスポーツをする
9. グループ活動に参加する	10. 散歩に行く
11. 外出しない・できない	12. その他（ ）

問18 あなたが外出する際に困ることは何ですか。(あてはまるものすべてに○印)

1. 付き添ってくれる人がいない	2. 他人との会話が難しい
3. 他人の視線が気になる	4. 歩道が狭い、道路に段差が多い
5. 誘導ブロックがない	6. 音響式信号機がない
7. 障がい者用のトイレが少ない	8. 電車やバスなどの交通機関が利用しにくい
9. 必要な時に、まわりの人の手助け・配慮が足りない	
10. 道路に放置自転車などの障害物が多く、歩きにくい	
11. 建物などにスロープやエレベーターがなく、利用しにくい	
12. 障がい者用の駐車スペースがない、利用しにくい	
13. 気軽に利用できる移送手段が少ない（福祉車両、福祉タクシー等）	
14. 特にない	
15. その他（ ）	

問19 あなたはどのような支援があれば、より外出しやすくなりますか。
(3つまでに○印)

1. ガイドヘルパー・ボランティアなどによる外出支援サービス
2. 福祉タクシーなどの気軽に利用できる移送手段
3. コミュニティバスなどの既存の公共交通の充実（増便、バス停の新設など）
4. 交通施設、病院、商業・娯楽施設におけるバリアフリー化など設備の改善
(エレベーター・スロープ、障がい者用の駐車スペース、音声・文字案内など)
5. 乗り心地のよい電動車いすなど移動支援器具の購入補助
6. 自分が運転するための自動車改造費の助成
7. 訪問先の営業時間やイベントなどの情報がわかりやすい仕組みづくり
8. 交通運賃の割引などの経済的な支援
9. 特になし
10. その他（ ）

④ 仕事について

(18歳以上の方におたずねします。18歳未満の方は⑤へ)

問20 あなたは、平日の日中をどのように過ごしていますか。(1つに○印)

1. 常勤で仕事をしている（自営業を含む）
2. パートタイムやアルバイト（内職を含む）の仕事をしている
3. 就労支援施設（※）で訓練や仕事をしている ➡ 7ページの問20（1）へ
4. 就労支援施設以外の施設に通っている
5. 介護保険の通所サービスに通っている
6. 病院等のデイケアに通っている
7. 家庭内で過ごしている
8. 学校等に通っている
9. その他（ ）

➡ 「4」～「9」のいずれかを回答された方は、7ページの問20（2）へ

※就労移行支援、就労継続支援A型・B型事業所

問20 (1) 問20 で「3. 就労支援施設で訓練や仕事をしている」と回答された方にお
たずねします。あなたは、企業での就労や自営業、内職などの一般就労を
したいと思いますか。(1つに○印)

- | | | |
|-------|---------|----------|
| 1. 思う | 2. 思わない | 3. わからない |
|-------|---------|----------|

問20 (2) 問20 で「4」～「9」のいずれかを回答された方におたずねします。あなた
が仕事をしていないのはどのような理由によりますか。
(あてはまるものすべてに○印)

- | |
|---------------------------|
| 1. 求職中または職業訓練中である |
| 2. 働きたいが、どこに相談すればよいかわからない |
| 3. 働きたいが、自分に合った仕事が見つからない |
| 4. 働く自信がない |
| 5. 家事・育児・介護等との両立が困難 |
| 6. 仕事をする必要がない |
| 7. 障がいを知られたくない |
| 8. 年齢のため(学生・高齢) |
| 9. その他() |

問21 あなたは、障がいのある人の就労支援として、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○印)

- | |
|----------------------------|
| 1. 通勤手段の確保 |
| 2. 勤務場所におけるバリアフリー等の配慮 |
| 3. 短時間勤務や勤務日数等の配慮 |
| 4. 在宅勤務の拡充 |
| 5. 職場等における障がい者雇用への理解 |
| 6. 職場で介助や援助等が受けられること |
| 7. 職場と支援機関が連携し、就職後も相談できること |
| 8. 企業が求める能力に合った訓練 |
| 9. 家族の理解、協力 |
| 10. その他() |

⑤ 療育・教育について
(18歳未満の方におたずねします。18歳以上の方は⑥へ)

問22 現在、どのような療育・教育サービスを受けていますか（過去に受けたことがありますか）。（あてはまるものすべてに○印）

1. 児童発達支援
2. 医療機関での療育教室など
3. 保育所等訪問支援
4. 放課後等デイサービス
5. 放課後子ども育成教室（学童保育）
6. 受けていない・受けたことがない → 問22（1）へ
7. その他（ ）

問22（1） 問22で「6. 受けていない・受けたことがない」と回答された方におたずねします。受けていない、受けなかった理由は何ですか。（あてはまるものすべてに○印）

1. 施設に空きがなく、利用できない
2. サービスを利用する金銭的な余裕がないから
3. サービスの質（スタッフの数、専門性など）について不安がある
4. 他人の世話になることに抵抗を感じるから
5. サービスを受けなくても、家族で対応できるから
6. 事業の内容やサービス内容などを知らないから
7. その他（ ）

問23 今後、利用したい療育・教育サービスはありますか。（あてはまるものすべてに○印）

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 児童発達支援 3. 保育所等訪問支援 5. 放課後子ども育成教室（学童保育） 7. その他（ ） | <ol style="list-style-type: none"> 2. 医療機関での療育教室など 4. 放課後等デイサービス 6. 特にない |
|--|---|

問24 あなたの^{きゆうか}休暇、^{ほうかごとう}放課後等の主な^{おも}過ごし方^すは次のどれですか。
(あてはまるものすべてに○印)

1. 習いごとや趣味^{しゅみ}を^{おこな}行っている
2. 資格取得^{しかくしゅとく}や職^{しよくぎょうくんれん}業訓練^うを受けている
3. スポーツやレクリエーションに^{さんか}参加している
4. 公園^{こうえん}などで^{あそ}遊んでいる
5. 自宅でテレビ等を^み観て^す過ごしている
6. 放課後等デイサービス^{ほうかごとう}を利用^{りよう}している
7. 移動支援サービス^{いどうしえん}（外出^{がいしゅつ}の時の^{とき}付き添い^{つそ}）を利用^{りよう}している
8. 日中一時支援事業^{にっちゅういちじしえんじぎょう}を利用^{りよう}している
9. 放課後子ども育成教室^{ほうかごこ}（学童保育^{いくせいぎょうしつ}）を利用^{がくどうほいく}している
10. 特^{とく}にない
11. その他^た（)

問25 就学^{しゅうがく}において望ましい^{のぞ}教育^{きょういく}やサポート^{なん}は何^{なん}ですか。(1つに○印)

1. 地域^{ちいき}の学校^{がっこう}において、できるだけ他の児童・生徒^{ほか}と同様の^{じどう}教育^{せいと}やサポート^{どうよう}が受け^{きょういく}られる
2. 地域^{ちいき}の学校^{がっこう}の特別支援学級^{とくべつしえんがっきゅう}において、個人^{こじん}に応じた^{おう}専門的^{せんもんてき}な教育^{きょういく}やサポート^うが受けられる
3. 特別支援学校^{とくべつしえんがっこう}において、専門的^{せんもんてき}な教育^{きょういく}やサポート^うが受けられる
4. その他^た（)

問26 保護者の方におたずねします。療育や教育について、今後どのようなことが必要
だと思えますか。(あてはまるものすべてに○印)

1. 今の保育所(園)や幼稚園、学校に満足している
2. 障がいのあるなしにかかわらず、一緒にふれあう機会をふやしてほしい
3. もっと周囲の児童・生徒、またはその保護者に理解してほしい
4. 通学や通園、通所に利用できる福祉サービスがほしい
5. 進路指導をしっかりしてほしい(自立して働けるような力をつけさせてほしい)
6. 障がいのある人が利用できる設備をふやしてほしい
7. 障がい特性に応じた配慮をしてほしい
8. 障がいのことがわかる保育や授業をしてほしい(ふやしてほしい)
9. 休日などに活動できる仲間や施設がほしい
10. 放課後や長期休暇中に利用できる福祉サービスをふやしてほしい
11. 保育や教育について相談できる人や場所をふやしてほしい
12. 特にない
13. その他()

★⑥～⑩はすべての方がお答えください。

⑥ 障がい福祉サービス等について

問27 あなたは、障がい支援区分の認定を受けていますか。(1つに○印)

- | | | | |
|--------|--------|-----------|----------|
| 1. 区分1 | 2. 区分2 | 3. 区分3 | 4. 区分4 |
| 5. 区分5 | 6. 区分6 | 7. 受けていない | 8. わからない |

問28 あなたは、現在、広陵町が実施する障がい福祉サービスを利用していますか。
(1つに○印)

- | | |
|------------|--------------------|
| 1. 利用している | ➡ 11 ページの問28 (1) へ |
| 2. 利用していない | ➡ 11 ページの問28 (2) へ |

問28 (1) 問28で「1. 利用している」と回答された方におたずねします。あなたが、以下の障がい福祉サービス等について、①現在利用しているサービスは何ですか。また、②今後利用したい（利用を継続したい）サービスは何ですか。それぞれあてはまるすべての番号を下の欄にご記入ください。

1. 居宅介護（ホームヘルプ）	2. 重度訪問介護
3. 同行援護	4. 行動援護
5. 重度障がい者等包括支援	6. 生活介護
7. 自立訓練（生活訓練、機能訓練）	8. 就労選択支援
9. 就労移行支援	10. 就労継続支援A型
11. 就労継続支援B型	12. 就労定着支援
13. 療養介護	14. 短期入所（ショートステイ）
15. 共同生活援助（グループホーム）	16. 地域移行支援
17. 地域定着支援	18. 自立生活援助
19. 施設入所支援	20. 移動支援
21. 補装具・日常生活用具の給付	22. 日中一時支援
23. 地域活動支援センター	24. 意思疎通支援
25. 訪問入浴サービス	26. その他（ ）

①と②、それぞれにあてはまる番号を記入

① 現在利用している	
② 今後利用したい（利用を継続したい）	

問28 (2) 問28で「2. 利用していない」と回答された方におたずねします。現在福祉サービスを利用していない理由は何ですか。（あてはまるものすべてに○印）

1. 家族などで十分な介護ができるから
2. 困っていることを解消する福祉サービスがないから
3. 福祉サービスを利用する金銭的な余裕がないから
4. 他人の世話になることに抵抗を感じるから
5. 利用したい福祉サービスを提供している事業所の定員に空きがないから
6. どんな福祉サービスが使えるのかわからないから
7. その他（ ）

問29 障がい福祉サービス等の利用計画を、相談支援事業所にお願いでせず、やむを得ず自分や家族で作成したことはありますか。(1つに○印)

1. ある → 問29 (1) へ 2. ない 3. わからない

問29 (1) 問29 で「1. ある」と回答された方におたずねします。
主な理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○印)

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. 相談支援事業所の不足 | 2. 障がい特性への対応が難しかった |
| 3. 定員がいっぱいで利用できなかった | 4. 相談支援専門員の不足 |
| 5. 制度内容がよくわからない | 6. 相談支援事業についての情報が少ない |
| 7. 手続きや調整に時間がかかる | 8. わからない |
| 9. その他 () | |

問30 あなたは、障がいのことや福祉サービスなどに関する情報を、どこから得ることが多いですか。(あてはまるものすべてに○印)

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. 家族・親せき | 2. 友だち・知り合い |
| 3. 会社・学校・幼稚園・保育所など | 4. 医師・病院 |
| 5. 福祉施設や作業所など | 6. こども家庭相談センター |
| 7. 障がい者相談支援事業所 | 8. 役場 |
| 9. 介護保険のケアマネジャーなど | 10. 町の広報紙やガイドブック、ホームページ |
| 11. 民生委員・児童委員 | 12. 障がい者相談員 |
| 13. 障がい者児の団体や親の会、家族の会など | 14. 社会福祉協議会 |
| 15. 保健所・福祉事務所・更生相談所 | 16. インターネット・SNS |
| 17. どこからも得ることはない | 18. その他 () |

⑦ 通院医療について

問31 あなたは現在、通院していますか。それはどれくらいの頻度ですか。(1つに○印)

- | | | | |
|------------|------------------|----------------|------------------------|
| 1. 週 2 回以上 | 2. 週 1 回程度 | 3. 月 2 回程度 | → 13 ページの
問31 (1) へ |
| 4. 月 1 回程度 | 5. 2～3 か月に 1 回程度 | 6. 年に数回程度 | |
| 7. 入院中 | 8. ほとんど通院していない | → 13 ページの問32 へ | |

問31 (1) 問31で「1」～「6」のいずれかに回答された方におたずねします。あなたが通院していて困っていることは何ですか。(あてはまるものすべてに○印)

1. 体調が悪くて通院できないことがある
2. 通院する時に手助けしてくれる人がいない
3. 待ち時間が長い
4. 気軽に診てくれる医師がいない
5. 医療費や交通費の負担が大きい
6. 通院時の交通手段の確保が難しい
7. 専門的なリハビリができる施設が身近にない
8. 病気やけがの時に受け入れてくれる病院がない
9. 専門的な治療を行える病院が身近にない
10. 障がいが理由で治療が受けにくい
11. 緊急の時に受け入れてくれる医療機関が近くにない
12. 特にない
13. その他 ()

問32 あなたが現在受けている医療的ケア※を教えてください。(あてはまるものすべてに○印)

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

※医療的ケアとは、たんの吸引、導尿、人工呼吸器管理など、基本的に医療職や家族等にしか認められていない医療的な生活援助行為のことです。

⑧ 災害時の安全・安心について

問33 あなたが地震など災害の時に困ることは何ですか。(あてはまるものすべてに○印)

1. 避難場所を知らない
2. 避難場所まで行けない(坂や階段がある、避難場所が遠いなど)
3. 緊急時の介助者がいない
4. 近所に頼れる人がいない
5. 緊急時に情報を得る手段がない
6. 避難場所で医療的ケア(投薬・治療)などが受けられるか不安
7. 避難場所の設備(トイレ等)や生活環境が不安
8. 補装具や日常生活用具の使用が困難になる(入手が困難になるなども含む)
9. 周囲とコミュニケーションがとりづらい
10. 特にない
11. その他()

⑨ 障がいのある人への差別・偏見等について

問34 あなたと隣近所との関係はどれに近いですか。(1つに○印)

1. 仲がよく、お互いの家を行き来する
2. 会えば立ち話をする
3. 顔を合わせればあいさつをする
4. 顔は知っているが声をかけることはない
5. つきあいはしていない
6. その他()

問35 あなたは日常生活において、障がいがあるために差別や偏見を感じることはありませんか。(1つに○印)

- | | | |
|-------------|-------------|----------------------------|
| 1. よく感じる | 2. 時々感じる | ➡ 15 ページの問35 (1)、問35 (2) へ |
| 3. ほとんど感じない | 4. まったく感じない | ➡ 15 ページの問36 へ |

問35 (1) 問35 で「1」または「2」と回答された方 におたずねします。あなたはどのような時にそれを感じましたか。(あてはまるものすべてに○印)

- | | | |
|----------------|-------------|----------------|
| 1. 学校・職場 | 2. 冠婚葬祭 | 3. スポーツ・趣味の活動 |
| 4. 地域の行事・集まり | 5. 交通機関の利用 | 6. バリアフリーなどの配慮 |
| 7. 収入 | 8. 人間関係 | 9. 街のなかでの視線 |
| 10. 店などでの対応・態度 | 11. その他 () | |

問35 (2) 問35 で「1」または「2」と回答された方 におたずねします。その時、あなたは誰かに相談しましたか。(あてはまるものすべてに○印)

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 1. 親や家族 | 2. 学校の先生や施設の職員、会社の上司や同僚など |
| 3. 弁護士などの専門家や団体 | 4. 行政などの相談窓口 |
| 5. 相談したかったが、相談先がわからなかった | 6. 相談しようとしなかった |
| 7. その他 () | |

問36 あなたは、障がいのある方への虐待が疑われる場合、役場などへの相談・通報ができることを知っていますか。(1つに○印)

- | | | |
|----------|------------------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知っているが窓口は知らない | 3. 知らない |
|----------|------------------|---------|

問37 障がいのある人について、理解を深めるためには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○印)

- | |
|------------------------------|
| 1. 障がいに関する講演会の開催や情報提供 |
| 2. 障がいのある人に対してのボランティア活動 |
| 3. 学校における障がいのある人についての学習活動の充実 |
| 4. 障がいのある人と地域住民との交流機会の提供 |
| 5. 障がいのある人の入所・通所施設の地域住民への開放 |
| 6. 障がいのある人の団体の活動についての情報提供 |
| 7. わからない |
| 8. その他 () |

⑩ 今後の生活について

問38 あなたは、今後どのように暮らしたいと思いますか。(1つに○印)

1. 一人で暮らしたい
2. 家族と一緒に自宅で暮らしたい
3. 専門の職員がいて共同生活ができる施設（グループホームなど）を利用したい
4. 障がい者支援施設（入所）を利用したい
5. その他（ ）

問39 成年後見制度※の利用についておたずねします。あなたは、この制度の利用についてどのように考えていますか。(1つに○印)

1. 既に利用している
2. 将来的に利用を考えている
3. 必要に応じて利用するかどうか考えていく
4. 利用することはない
5. その他（ ）

※成年後見制度：障がいや認知症などの理由により、判断能力が十分でない方が不利益を被らないように家庭裁判所に申立てを行い、その方を援助してくれる人（成年後見人）を付けてもらう制度です。

⑪ 主な介助者について

(主な介助者の方におたずねします。介助者がいない場合及び介助者がホームヘルパー・施設職員等の場合は⑫へ)

問40 主な介助者の方の年齢はおいくつですか。(令和8年9月1日現在)

() 歳

問41 介助についてどのように感じていますか。(あてはまるものすべてに○印)

1. 身体的疲労が大きい
2. 精神的疲労が大きい
3. 睡眠が不足する
4. 家事や育児への負担がかかる
5. 勤務・仕事に困難が生じる
6. 介助や介護の適切な方法について知る機会が少ない
7. 外出が困難・制限される
8. 経済的負担が大きい
9. 自分の時間が持てない
10. 特にない
11. その他（ ）

問42 介助者の方が、一時的(1週間程度)に介護・援助できなくなった場合、どのようにしたいと思いますか。(2つまでに○印)

- | | |
|-----------------------|-----------------|
| 1. ホームヘルプ・ショートステイ等を頼む | 2. 家族・親せきに頼む |
| 3. 友だち・知り合い・近所の人に頼む | 4. ボランティアに頼む |
| 5. 施設や病院を利用する | 6. 介護・援助は必要としない |
| 7. わからない | 8. その他() |

⑫ 普段感じていることについて

問43 普段、感じていることや困っていることなどがありましたら、必要があれば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。

お手数ですが、同封の返信用封筒に入れて、
切手を貼らずに9月30日(水曜日)までにポストに入れてください。