

# 障害者保健福祉に関するアンケートご協力をお願い

日頃より、仙台市の市政運営にご理解とご協力を賜り誠にありがとうございます。

本市におきましては、平成23年度に、次期「仙台市障害者保健福祉計画」及び第3期「仙台市障害福祉計画」を策定することとしております。

このアンケート調査は、障害のある方々の現状を把握し、様々なニーズに対応した施策を推進するための基礎資料として活用することを目的に行うものです。

障害者自立支援法が施行されてから4年が経過し、障害のある方を取り巻く環境は大きく変わっております。こうした中で、障害のある方の生活がどのように変わったのか、どのようなご意見等をお持ちなのかをお聞きすることは、大変重要なことと考えております。

つきましては、お忙しい中とは思いますが、ぜひアンケートにご協力をいただきたく、お願い申し上げます。

なお、お送りいただいたアンケートの結果につきましては、本市の障害者施策の基礎資料として活用する以外には使用いたしません。

この調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただけるようお願いいたします。

平成22年12月

仙 台 市

## ◆ご記入に際してのお願い◆

- 1 回答は、あてはまる項目の番号に○をつけてください。
- 2 回答は、質問項目によって「1つだけ」「3つまで」のように、○のつけ方が決まっていますので、ご注意ください。
- 3 回答は、平成22年12月1日現在の状況をご記入ください。
- 4 回答したくない質問には、○をつけなくてもかまいません。
- 5 住所や氏名の記入は必要ありません。
- 6 ご記入いただいたアンケートは、お手数ですが、**12月27日(月)**までに同封の返信用封筒によりご返送ください。(切手は必要ありません)
- 7 この調査についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

【仙台市健康福祉局障害企画課 電 話：022-214-8163

FAX：022-223-3573】

1. この調査票の記入者は誰ですか（1つだけ○）。

1 配偶者	2 子ども	3 親	4 兄弟姉妹
5 その他（			）

2. あなたのお住まいの区はどこですか（1つだけ○）。

1 青葉区	2 宮城野区	3 若林区	4 太白区	5 泉区
-------	--------	-------	-------	------

3. あなたの年齢は何歳ですか（数字を記入）。

歳	（平成22年12月1日現在）
---	----------------

4. あなたの性別は男、女のどちらですか（1つだけ○）。

1 男	2 女
-----	-----

5. 現在、ご本人のお住まいは次のうちどれですか（1つだけ○）。

1 戸建て（自家・賃貸問わず）	
2 マンション・アパート（自家・賃貸問わず）	
3 グループホーム、ケアホーム	4 障害者福祉施設
5 高齢者福祉施設	6 病院
7 その他（	）

6. あなたのご家庭の収入は次のうちどれに該当しますか（あてはまるものすべてに○）。

1 ご本人の就労による収入	2 ご本人の年金による収入
3 あなたの就労による収入	4 あなたの年金による収入
5 あなた以外の家族の就労による収入	6 あなた以外の家族の年金による収入
7 生活保護	8 その他（

7. ご本人は障害者自立支援医療制度を利用していますか（1つだけ○）。

1 はい	2 いいえ	3 制度を知らなかった	4 わからない
------	-------	-------------	---------

8. ご本人は精神障害者保健福祉手帳を持っていますか（1つだけ○）。

1 1級を持っている	2 2級を持っている	3 3級を持っている
4 手帳制度を知らなかった		
5 制度は知っていたが持っていない		
6 これから申請させたい（申請中である）	7 わからない	
8 その他（		）

9. ご本人は身体障害者手帳を持っていますか（1つだけ○）。

1 1級を持っている	2 2級を持っている	3 3級を持っている
4 4級を持っている	5 5級を持っている	6 6級を持っている
7 7級を持っている	8 持っていない	9 わからない

10. ご本人は療育手帳を持っていますか（1つだけ○）。

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1 療育手帳Aを持っている | 2 療育手帳Bを持っている |
| 3 持っていない      | 4 わからない       |

<日常生活>

11. 将来、ご本人にはどのように暮らしてほしいと思いますか（1つだけ○）。

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1 家族・親族と同居                           |
| 2 アパートや公営住宅などでの単身生活                  |
| 3 仲間4～5人で共同生活するグループホーム（世話人付）         |
| 4 高齢者福祉施設（特別養護老人ホーム，老人保健施設，養護老人ホーム等） |
| 5 病院                                 |
| 6 その他（ )                             |
| 7 わからない                              |

12. ご本人の得ている収入は次のうちどれですか（あてはまるものすべてに○）。

- |                               |
|-------------------------------|
| 1 給与（月給，アルバイト賃金等）             |
| 2 事業収入（自営業等）                  |
| 3 障害年金（障害基礎年金，障害厚生年金，障害共済年金等） |
| 4 障害に起因しない年金（老齢年金，遺族年金等）      |
| 5 生活保護                        |
| 6 仕送り                         |
| 7 その他（ )                      |

<就労状況>

13. ご本人は仕事をしていますか（いましたか）（1つだけ○）。

- |                                 |
|---------------------------------|
| 1 仕事をしています（していた）（14の質問にお答えください） |
| 2 仕事をすることがない（15の質問にお答えください）     |

14. 13において「1 仕事をしています（していた）」を選択した方におたずねします。

(1) どのような仕事に就いていますか（いましたか）（1つだけ○）。

- |                        |             |
|------------------------|-------------|
| 1 会社員，公務員，団体職員などの常勤の就労 | 2 パート，アルバイト |
| 3 自営業（手伝い含む）           |             |
| 4 障害者福祉施設での生産活動        | 5 職親制度による訓練 |
| 6 内職                   | 7 その他（ )    |

(2) どのような内容の仕事をしていますか（いましたか）（1つだけ○）。

- |                  |           |             |         |
|------------------|-----------|-------------|---------|
| 1 事務職            | 2 販売職     | 3 専門的・技術的職業 | 4 サービス業 |
| 5 運輸業            | 6 製造・加工業  | 7 建設・土木業    | 8 農林水産業 |
| 9 障害者福祉施設での作業・活動 | 10 その他（ ) |             |         |

(3) 1日あたりの仕事の時間はどのくらいですか（でしたか）（1つだけ○）。

- |   |       |   |       |   |       |   |       |
|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|
| 1 | 2時間未満 | 2 | 2～4時間 | 3 | 4～6時間 | 4 | 6～8時間 |
| 5 | 8時間以上 | 6 | わからない |   |       |   |       |

(4) 仕事による収入は月額どのくらいですか（でしたか）（1つだけ○）。

- |   |               |   |               |
|---|---------------|---|---------------|
| 1 | 1万円未満         | 2 | 1万円以上～5万円未満   |
| 3 | 5万円以上～10万円未満  | 4 | 10万円以上～15万円未満 |
| 5 | 15万円以上～20万円未満 | 6 | 20万円以上～30万円未満 |
| 7 | 30万円以上        | 8 | わからない         |

15. 13において「2 仕事をしたことがない」を選択した方におたずねします。

理由は何ですか（あてはまるものすべてに○）。

- |    |                     |    |                  |    |          |
|----|---------------------|----|------------------|----|----------|
| 1  | 高齢のため               | 2  | 重度の障害のため         | 3  | 通勤が困難なため |
| 4  | 病気のため               | 5  | 体力的にできないため       |    |          |
| 6  | 障害の程度・特性にあった仕事がないため |    |                  |    |          |
| 7  | 求人が少なく仕事が見つからないため   | 8  | 家事のため            |    |          |
| 9  | 仕事をする必要がないため        | 10 | 通学中・勉強中、職業訓練中のため |    |          |
| 11 | その他（                |    | ）                | 12 | 特にない     |

16. ご本人が仕事を続ける（就職する）ためには何が必要だと思いますか（3つまで○）。

- |    |                                      |    |               |
|----|--------------------------------------|----|---------------|
| 1  | 生活できる十分な賃金                           |    |               |
| 2  | 体調に合わせて勤務日・勤務時間を調整できること（フレックスタイムを含む） |    |               |
| 3  | ジョブコーチ等の支援                           | 4  | 通勤のための支援      |
| 5  | 障害の程度・特性にあった仕事であること                  |    |               |
| 6  | 周囲の方が障害を理解してくれること                    |    |               |
| 7  | 職業訓練（職業リハビリテーション）                    | 8  | 日常生活の支援       |
| 9  | パソコン、インターネットなどの技術習得                  |    |               |
| 10 | 点字による情報支援                            | 11 | 手話通訳や要約筆記サービス |
| 12 | 拡大読書器やキーボード補助具などの就労支援機器              |    |               |
| 13 | 職場のバリアフリー設備                          |    |               |
| 14 | 福利厚生充実                               | 15 | その他（          |
| 16 | 特にない                                 | 17 | わからない         |

<健康・医療>

17. 現在、ご本人がかかっている医療機関は次のうちどれにあたりますか（1つだけ○）。

- |   |                  |   |              |   |               |
|---|------------------|---|--------------|---|---------------|
| 1 | 精神科病院            | 2 | 一般病院の神経科・精神科 | 3 | 神経科・精神科のクリニック |
| 4 | 心療内科             | 5 | その他（         |   | ）             |
| 6 | この1年医療機関にかかっていない |   |              |   |               |

18. ご本人の精神科診療の上で困ったことがありますか (あてはまるものすべてに○)。

1	医療機関が遠い
2	本人が医療機関を受診したがない
3	医療費が高い (かかる)
4	夜間・休日などにすぐ見てもらえない
5	通院が続かない
6	薬があわない
7	診療時間が短くてなかなか相談にのってもらえない
8	緊急時に診療してもらえない
9	その他 ( )
10	特にない

19. 診療以外でご本人の精神疾患のことで困っていることはありますか (あてはまるものすべてに○)。

1	規則的に服薬や受診をしない	2	病気が再発すること
3	家族や他の人に迷惑をかける	4	将来の見通しが立たない
5	仕事をしない	6	接し方がわからない
7	自分が日常生活で疲れてしまう	8	自由に外出できない
9	自分の時間が取れない	10	近所や親戚付き合いが難しい
11	その他 ( )		
12	困っていることはない	13	わからない

20. 精神科以外の疾患, 診療でご本人の困っていることはありますか。ある場合はカッコ内に具体的な内容を記入してください (1つだけ○)。

1	ある 具体的に ( )
2	ない

21. 医療に望むことは何ですか (2つまで○)。

1	精神科救急の整備	2	クリニックの増設
3	デイケアの増設	4	気軽に入院できる病院の整備
5	その他 ( )		

<福祉サービス>

22. ご本人はどのような福祉サービスを利用していますか（したことがありますか）（あてはまるものすべてに○）。

1 生活訓練施設	2 グループホーム、ケアホーム
3 通所授産施設	4 地域活動支援センター
5 精神科デイケア	6 保健所のグループ活動
7 職親	8 自助グループ活動
9 ホームヘルプサービス	10 相談支援事業所
11 ショートステイ	12 その他（                      ）
13 特にない	

23. 現在、あなたは仙台市にある障害者の福祉サービスに満足していますか（1つだけ○）。

1 大いに満足している	2 満足している	3 わからない
4 やや不満である（24の質問にお答えください）		
5 大いに不満である（24の質問にお答えください）		

24. 23において「4 やや不満である」または「5 大いに不満である」を選択した方に  
おたずねします。

特にどのような福祉サービスに不満を感じていますか。（1つだけ○）。

1 生活訓練施設	2 グループホーム
3 通所授産施設	4 地域活動支援センター
5 精神科デイケア	6 保健所のグループ活動
7 職親	8 自助グループ活動
9 ホームヘルプサービス	10 相談支援事業所
11 ショートステイ	12 その他（                      ）
13 特にない	



27. 26において「1 相談先がある」を選択した方におたずねします。

(1) 相談相手はどなたですか (3つまで○)。

1 家族や親戚	2 近隣の人
3 友人・知人等	4 医療機関
5 施設	6 市役所, 区役所
7 まもりーぶ仙台, 障害者 110 番	
8 精神保健福祉総合センター (はあとぼーと仙台)	
9 障害者相談員	10 民生委員・児童委員
11 学校の先生	12 職場の人
13 障害者団体	14 ホームヘルパー
15 障害者福祉センター, 相談支援事業所	16 障害者就労支援センター
17 その他 ( )	

(2) 相談していること (したいこと) は何ですか (3つまで○)。

1 ご本人の健康, 医療	2 ご本人の収入, 年金, 手当
3 家庭問題	4 ご本人の仕事, 就職
5 ご本人の施設利用	6 ご本人の交友関係
7 ご本人の在宅サービスの利用関係	8 ご本人の介護に関する問題
9 ご本人の福祉機器の利用関係	10 その他 ( )

28. あなたがご本人の将来のことで, 不安に感じていることは何ですか (あてはまるものすべてに○)。

1 日常生活の援助をしてくれる人がいるか
2 趣味や生きがいを持つことができるか
3 一緒に暮らす配偶者や家族等がいるか
4 病気が再発 (悪化) しないか
5 生活するのに十分な収入を得ることができるか
6 働くことができるか
7 一人で生活することができるか
8 その他 ( )
9 特になし

29. あなたはご本人が障害者ということで差別を受けたり, いやな思いなどをしたことがありますか (1つだけ○)。

1 ある (30の質問にお答えください)	2 ない
3 わからない	



30. 29において「1 ある」を選択した方におたずねします。

あなたは、どのような内容の差別を受けたり、いやな思いをしましたか（あてはまるものすべてに○）。

- |                                     |
|-------------------------------------|
| 1 近隣や友人から病気や障害を理解できないと言われた          |
| 2 医療保健福祉関係者が病気・障害を理解してくれず、窓口での対応が悪い |
| 3 親や兄弟、親類が病気・障害を受け入れてくれていない         |
| 4 外出時、周囲の視線、態度、言葉が気になった             |
| 5 学校、職場で陰口を言われたことがある                |
| 6 その他（ )                            |

31. あなたは家族会に参加していますか（1つだけ○）。

- |                           |
|---------------------------|
| 1 参加している（32の質問にお答えください）   |
| 2 今後、参加したい（32の質問にお答えください） |
| 3 参加していない                 |
| 4 家族会を知らなかった              |

32. 31において「1 参加している」または「2 今後、参加したい」を選択した方におたずねします。

家族会としてどのようなことを実施してほしいと思いますか（3つまで○）。

- |                            |                |
|----------------------------|----------------|
| 1 病気についての学習                | 2 本人の対応についての学習 |
| 3 社会復帰についての学習              | 4 福祉制度についての学習  |
| 5 作業所などの設置や運営について          |                |
| 6 社会参加や社会復帰のための行政や社会への働きかけ |                |
| 7 家族に対する相談援助               | 8 その他（ )       |

<災害対策>

33. ご本人は地震などの災害発生時、一人で避難することができますか（1つだけ○）。

- |         |                       |
|---------|-----------------------|
| 1 できる   | 2 できない（34の質問にお答えください） |
| 3 わからない |                       |

34. 33において「2 できない」を選択した方におたずねします。

(1) 災害のとき一人で避難することができない理由は何ですか（3つまで○）。

- |                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| 1 避難勧告などの情報を把握することが困難なため |                    |
| 2 動作が緩慢なため               | 3 介助者がいないと移動できないため |
| 4 常に介護者が必要なため            | 5 病気のため            |
| 6 判断して行動することができないため      |                    |
| 7 パニックを起こしてしまうため         |                    |
| 8 その他（ )                 |                    |

(2) ご本人は、仙台市が実施している災害時における要援護者情報登録制度を申し込んでいますか (1つだけ○)。

- |                              |
|------------------------------|
| 1 申し込んでいる                    |
| 2 申し込んでいない [(3) の質問にお答えください] |

(3) (2) において「2 申し込んでいない」を選択した方におたずねします。  
その理由は何ですか (あてはまるものすべてに○)。

- |                   |              |           |
|-------------------|--------------|-----------|
| 1 障害があることを知られたくない | 2 登録要件に該当しない |           |
| 3 制度を知らない         | 4 必要ない       | 5 その他 ( ) |

(4) ご本人には家族以外の方で、地震などの災害時に手伝いや支援をしてくれる特定の方はいますか (1つだけ○)。

- |      |       |
|------|-------|
| 1 いる | 2 いない |
|------|-------|

(5) (4) で「1 いる」を選択した方におたずねします。

家族以外の方で、地震などの災害時に手伝いや支援をしてくれる特定の方はどなたですか (あてはまるものすべてに○)。

また、(4) で「2 いない」を選択した方におたずねします、

どなたに助けてほしいとお考えですか (あてはまるものすべてに○)。

- |                |           |             |
|----------------|-----------|-------------|
| 1 近所の住民(親戚を含む) | 2 ボランティア  | 3 民生委員・児童委員 |
| 4 救援隊・消防隊など    | 5 その他 ( ) |             |
| 6 協力してほしくない    |           |             |

35. 地震などの災害が発生したときのために、あらかじめ近所の人やボランティアなどにご本人の避難の手伝いや介助をお願いしておくことについて、どのように思いますか (1つだけ○)。

- |                               |
|-------------------------------|
| 1 あらかじめ避難の手伝いや介助をお願いしておきたい    |
| 2 災害が発生したときには、ぜひ協力してほしい       |
| 3 プライバシーの問題があるので、あまり協力してほしくない |
| 4 自分で避難できるので、協力はいらぬ           |
| 5 その他 ( )                     |
| 6 わからない                       |

36. 地震などのいざという時、ご本人のことで、あなたがふだん不安に感じていることは何ですか（あてはまるものすべてに○）。

- 1 自宅や利用施設が地震などに耐えられるかどうか
- 2 緊急時に情報（被害状況、避難場所、物資の入手方法等）を得られるか
- 3 どのような時が緊急時なのかわからない
- 4 救助を求めることができるか
- 5 救助を求めても人が来てくれるかどうか
- 6 安全なところまで、すぐに避難することができるか
- 7 障害にあった対応（薬、治療、介助、日常生活用具等）をしてくれる避難所があるか
- 8 まわりの人々とのコミュニケーションがとれるか
- 9 その他（ )
- 10 特にない
- 11 わからない

37. 地震、台風などの災害に対してもっとも大切と思う対策はどんなことだと思いますか（1つだけ○）。

- 1 地域における緊急通報システムの整備
- 2 避難訓練や防災知識などの啓発
- 3 避難所等への避難誘導體制
- 4 障害者に配慮した避難所の整備
- 5 ボランティアの支援体制
- 6 災害に耐えうる建築物、道路などの整備
- 7 災害情報等の確保
- 8 障害者の安否確認の方法
- 9 常時、服用している薬の確保
- 10 医師や看護師及び医療用機器の確保
- 11 避難所での共同生活が困難な障害者に対する福祉避難所の確保
- 12 その他（ )

38. その他, ご意見などございましたら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。