

## 障がい者 (児) 基礎調査票 A 2 (家族用)

(お答えいただく前に)

- (1) この調査は、平成 25 年 月 日現在の状況でお聞かせください。
- (2) 調査票は、宛て名のご本人にお答えいただく本人用調査票 (A 1) と、ご本人のご家族の方にお答えいただく家族用調査票 (A 2) の 2 種類があります。  
この家族用調査票 (A 2) は、障がいのある方のご家族の方がお答えください。
- (3) この調査はお名前を書く必要はありません。個人の秘密は守られますので安心してお答えください。
- (4) お答えになりたくないことは、無理にお答えにならなくても結構です。
- (5) お答えいただいた本人用調査票 (A 1) と家族用調査票 (A 2) は、返送用封筒にいっしょに入れてご返送ください。
- (6) 返送用封筒には、差出人であるあなたのお名前を書いたり、切手を貼ったりする必要はありません。
- (7) 平成 25 年 月 日 ( ) までにポストにお入れください。
- (8) この調査についてわからないことがありましたら、下記へお問い合わせください。

◇大阪市福祉局障がい者施策部障がい福祉課 担当：曾根・桃井  
〒530-8201 大阪市北区中之島1-3-20  
電話 06-6208-8071 ファックス 06-6202-6962

◇大阪市健康局健康推進部こころの健康センター 担当：片桐  
〒534-0027 大阪市都島区中野町5-15-21  
都島センタービル3階  
電話 06-6922-8520 ファックス 06-6922-8526

この調査票で「あなた」とは、宛て名の方のご家族の方の事です。

この調査票で「障がいのある方」とは、本郵送物の宛て名の方です。

**問1 あなたのお住まいや性別などについておたずねします。**

（1）あなたの性別はどちらですか。

**あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。**

1. 男

2. 女

（2）あなたの満年齢はおいくつですか。

**あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。**

1. 17歳以下

2. 18歳から39歳の間

3. 40歳から64歳の間

4. 65歳から74歳の間

5. 75歳以上

（3）障がいのある方との続柄についておたずねします。

あなたは、障がいのある方からみて、次のうちどなたにあたりますか。

**あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。**

1. 親

2. 子

3. きょうだい

4. 配偶者（夫または妻）

5. その他の親族など

(4) あなたの健康状態についておたずねします。

**あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。**

1. 健康（特に体調が優れないところはない）
2. 入院や通院はしていないが、体調が優れない
3. 通院中
4. 入院中

(5) あなたの就労状況についておたずねします。

**あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。**

1. 会社などで正社員で働いている、または自営業をしている
2. 会社などでパートやアルバイトで働いている
3. 自宅などで内職をしている
4. 無職

(6) 障がいのある方は現在、どちらにお住まいですか。

**あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。**

ただし、障がいのある方が現在施設に入所されている場合は、入所する前に住まれていた区を選んでください。

- |          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|
| 1. 北区    | 2. 都島区   | 3. 福島区   | 4. 此花区   |
| 5. 中央区   | 6. 西区    | 7. 港区    | 8. 大正区   |
| 9. 天王寺区  | 10. 浪速区  | 11. 西淀川区 | 12. 淀川区  |
| 13. 東淀川区 | 14. 東成区  | 15. 生野区  | 16. 旭区   |
| 17. 城東区  | 18. 鶴見区  | 19. 阿倍野区 | 20. 住之江区 |
| 21. 住吉区  | 22. 東住吉区 | 23. 平野区  | 24. 西成区  |

(7) 障がいのある方の障がいは、次のうちどれにあてはまりますか。

**あてはまる番号すべてに○をつけてください。**

- |               |            |
|---------------|------------|
| 1. 身体障がい      | 2. 知的障がい   |
| 3. 精神障がい      | 4. 発達障がい※1 |
| 5. 高次脳機能障がい※2 | 6. 難病※3    |

※1 発達障がい・・・自閉症、アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障がい、学習障がい、注意欠陥多動性障がいその他のこれに類する脳機能障がいであってその症状が通常低年齢において発現するものを言います。

※2 高次脳機能障がい・・・頭部の病気や事故により脳に損傷を受け、その後遺症として、記憶・意思・感情などの高度な脳の働きに障がいが見られる状態を言います。

※3 難病・・・症例数が少なく、原因不明で治療方法も未確立であり、かつ、生活面で長期にわたる支障がある疾患で、厚生労働省が定める130疾患と関節リウマチを言います。

(8) 障がいのある方の障がい者手帳の種類・等級は次のうちどれですか。

**あてはまる番号すべてに○をつけてください。**

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. 身体障がい者手帳1級      | 2. 身体障がい者手帳2級      |
| 3. 身体障がい者手帳3級      | 4. 身体障がい者手帳4級      |
| 5. 身体障がい者手帳5級      | 6. 身体障がい者手帳6級      |
| 7. 療育手帳A           | 8. 療育手帳B1          |
| 9. 療育手帳B2          | 10. 精神障がい者保健福祉手帳1級 |
| 11. 精神障がい者保健福祉手帳2級 | 12. 精神障がい者保健福祉手帳3級 |
| 13. 持っていない         |                    |

(9) **身体障がい者手帳をお持ちの方の家族の方におたずねします。**

障がいのある方の障がいの種類（部位）は次のうちどれですか。

**あてはまる番号すべてに○をつけてください。**

- |                                   |                         |
|-----------------------------------|-------------------------|
| 1. 視覚障がい（目が不自由）                   | 2. 聴覚障がい・平衡機能障がい（耳が不自由） |
| 3. 音声・言語・そしゃく機能障がい（声が出ない、ものがかめない） |                         |
| 4. 肢体不自由（手や足が不自由）                 |                         |
| 5. 内部障がい（心臓）                      | 6. 内部障がい（腎臓）            |
| 7. 内部障がい（呼吸器）                     | 8. 内部障がい（ぼうこう又は直腸）      |
| 9. 内部障がい（小腸）                      | 10. 内部障がい（免疫機能障がい）      |
| 11. 内部障がい（肝臓）                     |                         |

## 問2 介助の状況についておたずねします。

(1) 現在、障がいのある方は、どなたと同居していますか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. 家族などの親族と同居
2. グループホーム、ケアホームなどで家族以外と同居  
(週末や年末などに実家に戻って、親族と同居することもある)
3. グループホーム、ケアホームなどで家族以外と同居  
(週末や年末などに実家に戻ることはない)
4. 施設で生活している
5. 同居していない(単身で生活している)

(2) 障がいのある方は普段、日中の時間をどのように過ごしていますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 保育所、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、特別支援学校、大学などに通っている
2. 一般企業、自営業、在宅就労などで働いている
3. 通所事業などの障がい福祉に関するサービスなどを利用している
4. 高齢者デイサービスなどの介護保険に関するサービスを利用している
5. ほとんど外出せずに、家にいることが多い(在宅就労している方は除く)
6. その他( )

(3) あなたが、障がいのある方に介助していることは何ですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- |                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| 1. 外出する時の介助           | 2. 入浴する時の介助      |
| 3. 食事の介助              | 4. 排泄の介助         |
| 5. 着替えの介助             | 6. 調理・掃除・洗濯などの支援 |
| 7. 通院先での介助            | 8. 入院先での介助       |
| 9. コミュニケーション支援        | 10. 見守り、声かけ      |
| 11. その他( )            |                  |
| 12. 介助をしていない、介助の必要がない |                  |

(4) ① あなたは、障がいのある方を介助するうえで困っていることはありますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

<ol style="list-style-type: none"><li>1. 通所先などへの送り迎えがたいへん</li><li>2. 経済的なこと</li><li>3. 他の用事をする時間がない</li><li>4. 相談をする相手がいない、または相談しにくい</li><li>5. 同居している他の高齢者・障がいのある方・乳幼児などの世話</li><li>6. 病気・高齢などで健康・体力が不安</li><li>7. <b>ストレスなどの精神的な負担が大きく、介助ができない</b></li><li>8. いつまで介助できるかが不安</li><li>9. 障がいや病気に対する情報の不足</li><li>10. その他 ( )</li><li>11. 特にない</li></ol>
---

② 前問の①で2つ以上○をつけた方におたずねします。

主なものはどれですか。

前問で○をつけた番号のうち 1つだけ 次の枠の中に記入してください。

--

### 問3 相談先や情報の入手についておたずねします。

(1) ① あなたが普段、相談をしている人はどなたですか。

**あてはまる番号すべてに○をつけてください。**

1. 家族や親族	2. 友人・知人・職場の同僚
3. 近所の人・地域の人	4. 区役所・保健福祉センターの職員
5. 保育所・幼稚園・学校の職員	6. 医療機関の職員
7. 福祉サービス事業所などの職員	8. 相談支援事業所・相談機関の職員
9. 障がい者団体や家族会などの支援団体の人	
10. その他 ( )	
11. 相談相手がいない	

② **前問の①で2つ以上○をつけた方**におたずねします。

主なものはどれですか。

前問で○をつけた番号のうち**1つだけ**次の枠の中に記入してください。

--

(2) ① あなたが災害時などの緊急時に協力を求めることができる相手はどなたですか。

**あてはまる番号すべてに○をつけてください。**

1. 家族や親族	2. 友人・知人・職場の同僚
3. 近所の人・地域の人	4. 区役所・保健福祉センターの職員
5. 保育所・幼稚園・学校の職員	6. 医療機関の職員
7. 福祉サービス事業所などの職員	8. 相談支援事業所・相談機関の職員
9. 障がい者団体や家族会などの支援団体の人	
10. その他 ( )	
11. 協力を求めることができる相手がいない	

② **前問の①で2つ以上○をつけた方**におたずねします。

主なものはどれですか。

前問で○をつけた番号のうち**1つだけ**次の枠の中に記入してください。

--



(3) ① あなたが、障がいのある方を介助できない時はどのようにしていますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 同居している家族や親族に介助をたのむ
2. 同居していない家族や親族に介助をたのむ
3. 短期入所（ショートステイ）を利用する
4. 居宅介護（ホームヘルプ）を利用する
5. 通所している事業所などの職員にたのむ
6. 相談支援事業所にたのむ
7. 友人・知人・近所の人に介助をたのむ
8. ボランティアに介助をたのむ
9. その他（    ）
10. たのめる相手がいない

② 前問の①で2つ以上○をつけた方におたずねします。

主なものはどれですか。

前問で○をつけた番号のうち1つだけ次の枠の中に記入してください。

**問4 障がい者施策全般のことなどについておたずねします。**

(1) ① あなたは、家族の立場からみて、障がいのある方が、障がいを理由に不快（差別）を感じていると思った時はどんな時ですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

また、○をつけた次の欄に、具体的な事例を書いてください。

1. 教育を受ける時 （具体例： _____ )
2. 働こうとした時、働いている時 （具体例： _____ )
3. 趣味・スポーツなどの活動をする時 （具体例： _____ )
4. 公共交通機関を利用する時 （具体例： _____ )
5. 公共施設（建物・道路・公園など）などを利用する時 （具体例： _____ )
6. 福祉サービスを利用する時 （具体例： _____ )
7. 医療機関を利用する時 （具体例： _____ )
8. 必要な情報を探したり情報提供を受ける時 （具体例： _____ )
9. 住宅の購入または住宅に入居する時 （具体例： _____ )
10. 政治活動や選挙に参加する時 （具体例： _____ )
11. 家族や周囲の人の理解を得ようとする時 （具体例： _____ )
12. 買物や外食などをする時 （具体例： _____ )
13. その他 （具体例： _____ )
14. 特にない



(3) ① あなたが障がい者施策全般について望むことは何ですか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. ホームヘルプサービスなどの充実	
2. 日中活動の場の充実	
3. ショートステイサービスの充実	
4. グループホーム、ケアホームの充実	
5. 相談支援体制の充実	
6. 障がい福祉サービスの利用者負担の軽減	
7. 地域移行支援の充実	
8. 就労支援の充実	
9. 所得の保障	
10. 交通バリアフリーなどの福祉のまちづくりに基づく環境整備	
11. 暮らしやすい住宅の整備	
12. 保健・医療・リハビリテーションの充実	
13. 障がいの特性に配慮した情報提供の充実	
14. 外出時の支援の充実	
15. 趣味・余暇活動の場の確保	
16. 地域リハビリテーションの充実	
17. 高齢障がい者支援の充実	
18. 障がいに対する理解を深めるための啓発・広報の充実	
19. 成年後見制度などの権利擁護の充実	
20. 災害時などの緊急時の防災対策	
21. その他 ( )	22. 特にない

② 前問の①で2つ以上○をつけた方におたずねします。

主なものはどれですか

前問で○をつけた番号のうち 1つだけ 次の枠の中に記入してください。

--

(4) 障がい者施策全般についてご意見などがありましたら、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。

「本人用調査票」(A1)も一緒に返送用封筒に入れて、

平成25年 月 日( )までにポストにお入れください。