

## 高次脳機能障がいに関するアンケート

(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) この調査票は、原則、高次脳機能障がいのことで医療機関に受診されているご本人がお書きください。もし、ご本人がお書きになれないときは、ご本人に代わってご家族の方などがご記入ください。その際、できるだけご本人の意見を聞いて、ご記入ください。
- (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) お答えいただいた調査票は、返送用封筒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) 点字版もご用意しております。必要な方は下記までご連絡いただければ、ご自宅まで郵送いたします。
- (9) 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  
☎ 06-6208-8071 ファックス 06-6202-6962

この調査票で「あなた」とは、高次脳機能障がいのことによって医療機関に受診されているご本人のことです。

**問1 あなたご自身のことについておたずねします。**

(1) あなた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、現在入所されている方は、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  |

(2) 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

(3) 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. 0歳から 5歳の間  | 2. 6歳から17歳の間  |
| 3. 18歳から39歳の間 | 4. 40歳から64歳の間 |
| 5. 65歳から74歳の間 | 6. 75歳以上      |

(4) あなたの障がいは、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、生活面で長年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。

(5) あなた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 B 1          |
| 9. 療育手帳 B 2          |
| 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           |

(6) 身体障がい者手帳をお持ちの方のみにおたずねします。

あなたの障がいの種類（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）                     |                         |

(7) あなたの障がいが発生（判明）した時期は、何歳ごろですか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。満年齢でお答えください。

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. 0歳         | 2. 1歳から5歳の間   |
| 3. 6歳から17歳の間  | 4. 18歳から39歳の間 |
| 5. 40歳から64歳の間 | 6. 65歳以上      |
| 7. わからない      |               |

(8) あなたの障がい程度区分（※）は次のうちどれですか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

- |             |        |                 |        |
|-------------|--------|-----------------|--------|
| 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. 申請をしたが非該当だった |        |
| 8. 申請はしていない |        |                 |        |

※ 障がい程度区分・・・障がい福祉サービスを利用するにあたって、障がいのある方の心身の状態を総合的に表す区分を言います。

## 問2 障がい福祉に関するサービスについておたずねします。

(1) あなたが利用している障がい福祉に関するサービス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. ホームヘルプ(※1)など(居宅介護・重度訪問介護)
2. 外出時の支援(同行援護・行動援護・移動支援)
3. 短期入所(ショートステイ)※2
4. グループホーム・ケアホーム※3
5. 施設入所
6. 生活介護
7. 自立訓練(機能訓練・生活訓練・宿泊型)
8. 就労移行支援※4
9. 就労継続支援※5
10. 相談支援(計画相談支援・地域相談支援・障がい児相談支援)
11. 児童福祉サービス(放課後等デイサービスなど)
12. 補装具・日常生活用具
13. 日中一時支援
14. 自立支援医療(精神通院)
15. 自立支援医療(育成医療・更生医療)
16. 地域活動支援センター
17. 市営交通の運賃割引証・重度障がい者タクシー給付券
18. 手話通訳などのコミュニケーション支援
19. 医療費助成(重度障がい者・一部負担金)
20. その他( )
21. これらのサービスを利用していない(理由を次に書いてください)  
(理由: )

※1 ホームヘルプ・・・障がいのある方の自宅で、入浴、排せつ、食事の介護などを行う事業です。

※2 短期入所(ショートステイ)・・・ご家族の方の疾病などにより一時的に介護できない場合に、入所施設などに短期間(1週間程度)宿泊して介護サービスなどを提供する事業です。

※3 グループホーム、ケアホーム・・・障がいのある方が地域での自立生活を確立するため、概ね5人程度の少人数で、必要な家事や日常生活上の支援を受けながら共同生活を営む場です。

※4 就労移行支援・・・一般企業などでの就労を希望する方に対して、一定期間、就労するための必要な訓練を行う事業です。

※5 就労継続支援・・・企業などでの就労が困難な方に、働く場を提供するとともに、就労に必要な訓練を行う事業です。









(5) あなたの日常の生活で障がいによって困っていること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. 食事・排泄・入浴などの身のまわりのこと
2. 調理・洗濯・掃除などの家事
3. 服薬することが困難になる
4. 外出しづらくなる時がある
5. 十分な睡眠がとれず、生活リズムがくずれる
6. 健康状態が良くない・健康に不安がある
7. 障がいの程度が重くなったり、他の障がいが発生すること
8. 自分の思いを伝えること、まわりとのコミュニケーションのとりかた
9. 感情のコントロールやストレスの解消ができなくなる
10. 人との関わりが苦手になる
11. 家族との関係
12. 障がいに対するまわりの人や社会の理解がない
13. 住居や住居内の設備などがバリアフリーになっていない
14. 外出時に介助や誘導などの支援が受けられない
15. 交通機関や建物・道路のバリアフリー化などが進んでおらず利用しにくい
16. 趣味・余暇活動の機会が少ない
17. 経済的に困っている
18. その他 ( )
19. 特にない





**問5 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あなたは、福祉に関する必要な情報はどこから得ていますか。

**あてはまる番号すべてに○をつけてください。**

1. 家族や親族	2. 友人や知人
3. 近所の人・地域の人	4. 学校・職場・施設など
5. 相談支援事業所・相談機関	6. 区役所などの行政機関
7. テレビ・ラジオ・新聞など	8. インターネット
9. 支援団体や家族会	10. その他 ( )

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6 医療・高次脳機能障がいのことについておたずねします。**

(1) ① 医療について、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。

- |                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| 1. 医療費が高い               |                       |
| 2. 通院に時間や費用がかかるなど負担が大きい |                       |
| 3. 診療や検査がづらい、時間がかかる     | 4. 医師の理解が得られない        |
| 5. 病気についての相談相手がいない      | 6. 服薬などの管理が難しい        |
| 7. 障がいを理由に受診・入院を拒否された   | 8. 医療機関がバリアフリーになっていない |
| 9. 通院や入院時の介助を確保することが難しい |                       |
| 10. その他 ( )             | 11. 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。

--

(2) 頭を強打したり、脳血管疾患になった経験についておたずねします。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- |                       |
|-----------------------|
| 1. 交通事故で頭を強打したことがある   |
| 2. 交通事故以外で頭を強打したことがある |
| 3. 脳血管疾患になったことがある     |
| 4. その他 ( )            |

(3) 前問(2)の出来事があった時期についてあてはまる番号すべてに○をつけてください。

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. 0歳から17歳の間  | 2. 18歳から19歳の間 |
| 3. 20歳から29歳の間 | 4. 30歳から39歳の間 |
| 5. 40歳から49歳の間 | 6. 50歳から59歳の間 |
| 7. 60歳から64歳の間 | 8. 65歳から69歳の間 |
| 9. 70歳から74歳の間 | 10. 75歳以上     |

(4) 高次脳機能障がいのことによって現在、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。

1. 体の機能に障がいが残った
2. 新しいことを覚えられない、昔のことが思い出せない
3. 集中力がなくなった、会話がすぐに途切れる
4. 計画的に行動できなくなった、決断ができない
5. すぐにイライラするなど感情のコントロールができなくなった
6. 体調をくずしやすくなった
7. 周囲の人の理解がなくなった
8. 就学や就職が困難になった
9. その他 ( )

(5) はじめに高次脳機能障がいの可能性があると感じたり、気づいた人はどなたでしたか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. 医療機関（医師に言われて、わかった）
2. 自分（あなた）
3. 家族
4. 友人や知人
5. その他 ( )

(6) 医療機関で、高次脳機能障がいかどうかの診断を受けましたか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 診断を受けた
2. 今は診断を受けていないが、今後診断を受ける予定
3. 診断を受けていない（今後も診断を受ける予定はない）

(7) 前問の(6)で「1. 診断を受けた」に○をつけた方におたずねします。

診断結果について、あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. 高次脳機能障がいではないと診断された
2. 高次脳機能障がいの疑いと診断された
3. 高次脳機能障がいと診断された

**問7 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 あなたが障がいを理由に不快（差別）と感じ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しようとした時 （具体例：	）
10. 政治活動や選挙に参加しようとした時 （具体例：	）
11. 家族や周囲の人の理解を得ようとした時 （具体例：	）
12. 買物や外食などをしようとした時 （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。

**あてはまる番号すべてに○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。

(5) この調査票はどなたが記入されましたか。

**あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。**

1. あなた（本人）がひとりで記入した
  2. 本人に聞きながら、家族の方などが記入した
  3. 本人の意向を考えながら（想像しながら）、家族の方などが記入した

ご協力ありがとうございました。

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。