

令和4年度大阪市障がい者等基礎調査について
(障がい者差別にかかる項目について)

調査項目

問：あなたが障がいを理由に不快（差別）や不便を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）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
(具体例：)

問：障がいを理由とした差別や偏見をなくするためには、そのようなことが必要だと思いますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 学校での教育
2. 事業者（企業や店舗など）での研修
3. 地域でのイベントなどの開催
4. テレビやラジオでの啓発
5. SNS（Twitter、Facebook、Instagram など）を利用した啓発
6. その他（ ）

問：大阪市には障がいを理由とする差別に関する相談窓口があります。

あなたがその相談窓口として知っているものはどれですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 区役所
2. 区障がい者基幹相談支援センター（各区1か所）
3. 地域活動支援センター（生活支援型）（市内9か所）
4. 大阪市人権啓発・相談センター
5. すべて知らない

調査票

- A 障がい者（児）基礎調査票（A 1 本人用、A 2 家族用）
- C 大阪市発達障がい者支援センター・発達障がい児専門療育機関利用者アンケート
- D 障がい者（児）基礎調査票（D 1 施設入所者用）
- E 特定医療費（指定難病）助成事業対象者基礎調査票
- F 小児慢性特定疾病医療支援事業対象者基礎調査票
- G 医療のケア児基礎調査票