

アンケートのイメージです。

次のように作成しました。

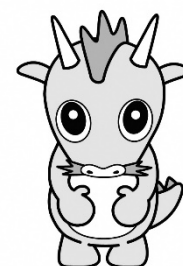
- 身体障害調査票（A）をベースにしました。
- 身体障害調査票にない項目は、それぞれの調査票から文言をコピーして貼り付けました。
- 属性については、原則、アンケートの初めに移動しています。
（発達障害、精神科受診、精神科入院、難病はそれぞれの設問の初め）
- 削除予定の設問は、＜削除＞と記載し二重線を引いています。

次の作業は、これから契約する委託業者で行う予定です。

- 設問番号を整えます。
- 調査対象者がわかるように説明を追加します。
- 手帳の順番について、身体・療育・精神 の順番で統一します。
- 回答しやすいようにレイアウトを調整します。

障害者福祉に関するアンケートにご協力ください(今回案)

日頃より市政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。
この調査の目的は、次期さいたま市障害者総合支援計画の策定など、今後のさいたま市の障害福祉施策を進めるうえでの参考資料とすることです。調査の対象者は、さいたま市個人情報保護条例第7条第1項第5号の規定に基づき身体障害者手帳所持者の中から無作為抽出で選ばせていただいた方、もしくは、任意で調査にご協力いただける方となっております。調査内容は、ご自身の状況やこれからの希望をお聞きするものです。



回答は無記名としており、統計的に処理します。個人が特定されたり、個別の回答が公表されることは決してありません。調査の目的をご理解いただき、率直なお考えやお気持ちをお答えいただきますようご協力をお願いいたします。

【調査結果の主な活用方法】

- さいたま市障害者総合支援計画（令和3年度～令和5年度）の策定の資料となります。
- 障害のある人の生活実態やニーズを把握し、必要なサービスの種類と量を把握します。
- 新しい障害福祉施策の形成や、現在実施している事業の見直しなどに活用します。

<ご記入にあたってのお願い>

1. この調査は、**無記名**でお願いしています。
2. 回答は、この調査票に直接ご記入ください。
記入にあたっては、鉛筆やボールペンなどで記入してください。
3. 各質問は、ご本人におたずねしています。ご本人の記入が難しい場合には、ご家族や介助者、施設職員の方などがご本人の意見を聞き、記入してください。ご本人の意見を確認することが難しい場合は、代理の方が判断して記入してください。
なお、ご本人が未成年者の場合は、保護者と一緒にご回答ください。
4. 答えたくない質問については、答える必要はございません。
5. 質問への回答は、あてはまる番号に○をつけたり、記入欄に直接ご記入いただくものなどがあります。また、質問によって選んでいただく数を「1つ」「3つまで」などと指定していますので、質問文をよく読んでお答えください。
6. 記入が終わりましたら、**10月31日（木）**までに同封の返信用封筒に入れて、切手を貼らずに、郵便ポストへご投函ください。

※このアンケートについてのご質問は、下記へお問い合わせください。

さいたま市 保健福祉局 福祉部 障害政策課
電話：048-829-1306 FAX：048-829-1981

※ この調査では、障害のあるご本人を「あなた」と呼んでいます。

※ このアンケートの設問数は 42 問です。

【あなた（障害のある方ご本人）】のことについてお聞きします】

問 1. 問 29 この調査票に記入していただいたのはどなたですか。

（該当する番号 1 つに○をつけてください。）

- | |
|---|
| 1. 本人 |
| 2. 本人の答えと意見を聞き、家族や支援者（介助者や施設職員等）が代理記入 |
| 3. 本人の答えと意見を確かめることが難しいので、家族や支援者（介助者や施設職員等）が判断して記入 |

問 2. 問 30 あなたの性別をお答えください。（該当する番号 1 つに○をつけてください。）

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問 3. 問 31 あなたの年齢（令和元年 10 月 1 日現在の満年齢）はおいくつですか。

満 歳

問 4. 問 32 あなたが現在住んでいる地区（市外に住んでいる方はその前に市内に住んでいた地区）はどこですか。（該当する番号 1 つに○をつけてください。）

- | | | | | |
|-------|--------|--------|--------|---------|
| 1. 西区 | 3. 大宮区 | 5. 中央区 | 7. 浦和区 | 9. 緑区 |
| 2. 北区 | 4. 見沼区 | 6. 桜区 | 8. 南区 | 10. 岩槻区 |

問 5. 問 8 あなたは、障害者手帳をお持ちですか。

（該当する番号すべてに○をつけてください。）

（1）精神障害者保健福祉手帳

- | |
|--|
| 1. 手帳を持っている
（該当する等級に○をつけてください。 1 級 2 級 3 級） |
| 2. 持っていない |
| 3. わからない |

（2）療育手帳

- | |
|--|
| 1. 手帳を持っている
（該当する等級に○をつけてください。 ㉠ A B C） |
|--|

- 2. 持っていない
- 3. わからない

(3) 身体障害者手帳（総合等級）

- 1. 手帳を持っている
(該当する等級に○をつけてください。 1級 2級 3級 4級 5級 6級)
- 2. 持っていない
- 3. わからない

(身体障害者手帳をお持ちの方にお聞きします。)

問6. (3)-1 どのような障害がありますか。
(該当する番号すべてに○をつけてください。)

- 1. 目が不自由（視覚障害）
- 2. 耳が不自由（聴覚・平衡機能障害）
- 3. 言葉が不自由（言語障害など）
- 4. 全身性障害（肢体不自由）
- 5. 半身まひ（肢体不自由）
- 6. 上肢障害（肢体不自由）
- 7. 下肢障害（肢体不自由）
- 8. 心臓やじん臓、呼吸器など（内部障害）

~~(障害者手帳を持っていない方、わからない方にお聞きします。)~~

~~問7. <削除> 問8-1 あなたは今後、障害者手帳を申請しようと思いませんか。
(該当する番号1つに○をつけてください。)~~

- ~~1. 申請したい~~
- ~~2. 申請したくない~~
- ~~3. どちらともいえない~~
- ~~4. わからない~~

問 8. (4) 高次脳機能障害はありますか。(該当する番号 1 つに○をつけてください。)

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

問 9. 日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けていますか。
医療的ケアの例：人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引等

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

【住む場所についてお聞きします】

問 10. 問 1 あなたは、どこで生活していますか。
(該当する番号 1 つに○をつけてください。)

- | |
|-------------------------|
| 1. 本人または家族の持ち家 |
| 2. 民間の賃貸住宅・借家・借間・アパート |
| 3. 県営・市営住宅、公社・公団の賃貸住宅 |
| 4. グループホーム・生活ホーム →問 3 へ |
| 5. 福祉施設 →問 3 へ |
| 6. 病院 →問 3 へ |
| 7. その他 () |

→ (問 1 で「1~3」, 「7」と答えた方にお聞きします。)

問 11. 問 2 あなたは、誰と一緒に生活していますか。
(該当する番号すべてに○をつけてください。)

- | | |
|----------|--------------|
| 1. ひとり | 4. 子どもやその配偶者 |
| 2. 父または母 | 5. その他の親族 |
| 3. 夫または妻 | 6. その他 () |

(すべての方にお聞きします。)

問 12. 問 3 あなたは、今後(未成年の方は成人になったら)どこで生活したいですか。(該当する番号 1 つに○をつけてください。)

- 1. 現在と同じ場所 →問 5 へ
- 2. 現在と違う場所

3. わからない／決められない

→問5へ

問13. 問3-1 「2. 現在と違う場所」と答えた方は、どこで暮らしたいですか。(該当する番号1つに○をつけてください。)

1. 本人または家族の持ち家
2. 民間の賃貸住宅・借家・借間・アパート
3. 県営・市営住宅、公社・公団の賃貸住宅
4. グループホーム・生活ホーム →問4へ
5. 福祉施設
6. 病院
7. その他()

(問3-1で「4. グループホーム・生活ホーム」と答えた方にお聞きします。)

問14. 問4 グループホーム・生活ホームをどの地域で利用することを考えていますか。

(該当する番号1つに○をつけてください。)

1. さいたま市北部(北区・大宮区)
2. さいたま市南部(中央区・浦和区・南区)
3. さいたま市東部(見沼区・緑区・岩槻区)
4. さいたま市西部(西区・桜区)
5. さいたま市内ならどこでもよい
6. さいたま市外
7. わからない／決めていない／考えていない

【収入の状況についてお聞きします】

(すべての方にお聞きします。)

問15. 問5 あなたの収入は次のうちどれですか。

(該当する番号すべてに○をつけてください。)

1. 給与・賃金(一般企業など)
2. 事業収入(自営業など)
3. 福祉的就労による収入(通所施設などでの工賃など)
4. 年金・手当
5. 生活保護費
6. 財産収入(家賃や利子収入など)
7. 親族の扶養または援助
8. その他(具体的に)

問19. ~~＜削除＞問8~~ あなたは、~~ふだん~~ ~~せいかつ~~ ~~かみ~~ ~~しょう~~ 普段の生活で紙おむつを使用していますか。

~~(該当する番号1つに○をつけてください。)~~

<p>1. いつにもしゅうじょう 一日中使用している</p> <p>2. やかん しょう 夜間のみ使用している</p> <p>3. た しょう その他 ()</p> <p>4. しょう 使用していない</p>

【相談についてお聞きします】

問20. 問8 相談する相手はどなたですか。(該当する番号すべてに○をつけてください。)

<p>1. 家族や親戚</p> <p>2. 近所の人</p> <p>3. 友人や知人</p> <p>4. 学校・職場やその関係者</p> <p>5. 医療機関やその関係者</p> <p>6. 障害福祉サービス事業所・施設やその関係者</p> <p>7. 区役所支援課などの行政機関</p> <p>8. 障害者生活支援センター</p> <p>9. 障害者団体</p> <p>10. 障害者相談員</p> <p>11. 相談したいが、できない →問8-1へ</p> <p>12. 相談する必要がない</p> <p>13. その他 ()</p>
--

(問8で「11. 相談したいが、できない」と答えた方にお聞きします。)

問21. 問8-1 相談できない理由は何ですか。
(該当する番号すべてに○をつけてください。)

<p>1. どこ(誰)に相談していいかわからない</p> <p>2. 身近なところに相談できるところがない</p> <p>3. 相談に対応できる人材や機関がない</p> <p>4. 相談しても満足のいく回答がもらえない</p> <p>5. プライバシー保護に不安がある</p> <p>6. 夜間や休日などに相談するところがない</p>

7. その他（ ）

【昼間の活動の場についてお聞きします】

(すべての方にお聞きします。)

問22. 問9 あなたは、平日の昼間、どのように過ごしていますか。

(該当する番号1つに○をつけてください。)

1. 小学校入学前のため、自宅にいる →問 11 へ
2. 障害児通園施設に通っている →問 10、11 へ
3. 保育園・幼稚園に通っている(特別支援学校を含む) →問 10、11 へ
4. 小学校・中学校・サポート校に通っている(特別支援学校を含む) →問 10、11 へ
5. 高等学校・サポート校に通っている(特別支援学校を含む) →問 10、11 へ
6. 大学・専門学校・高等技術専門学校(職業訓練校)に通っている →問 10、11 へ
7. 障害福祉サービス事業所等に通所・入所している →問 10 へ
8. 病院に入院している →問 10 へ
9. 主に自宅にいる →問 12 へ
10. 働いている(就労移行支援・就労継続支援等での就労を含む) →問 10、13 へ
11. その他() →問 14 へ

(問9で「2、3、4、5、6、7、8、10」と答えた方にお聞きします。)

問23. 問10 あなたは、活動の場について困っていることや不満がありますか。

(該当する番号すべてに○をつけてください。)

1. 授業や仕事などの内容が難しすぎる
2. 授業や仕事などの内容が簡単すぎる
3. 授業や仕事などの内容が自分に向いていない
4. 職場・学校・施設・病院での理解や配慮が足りない
5. 職場・学校・施設・病院での人間関係が難しい
6. 通うのが大変
7. 賃金や待遇が不満
8. その他()
9. 困っていることや不満はない

(障害や難病のあるお子さんをお持ちの保護者の方にお聞きします。)

問24. 問11 幼稚園、保育園、学校に望むことは何ですか。

(該当する番号すべてに○をつけてください。)

1. 相談体制を充実してほしい
2. 能力や障害の状態に応じた指導をしてほしい
3. 施設、設備、教材を充実してほしい
4. 通常の学級への受け入れを進めてほしい
5. まわりの子どもたちの理解を深めるような交流の機会を増やしてほしい
6. 医療的ケア(導尿、経管栄養、痰の吸引など)が受けられるようにしてほしい
7. 療育指導(理学療法、言語や難聴指導など)が受けられるようにしてほしい
8. 通級を増やしてほしい
9. 通常学校での支援促進
10. 通常級での教員・職員の加配
11. 障害特性の理解と支援
12. 障害を理由としたいじめや不登校等の対応
13. 特別支援教育支援員やコーディネーターの増員
14. その他()
15. 特に望むことはない

(問9で「9. 主に自宅にいる」と答えた方にお聞きします。)

問25. 問12 あなたが、自宅にいる理由は何ですか。

(該当する番号1つに○をつけてください。)

1. 自分に適した仕事が見つからないため
2. 雇用してもらえないため
3. 働く必要がないため
4. 病気のため
5. 高齢のため
6. 家事・育児などがあるため
7. 自分に合う居場所が見つからないため
8. その他()

(問9で「10. 働いている」と答えた方にお聞きします。)

問26. 問13 あなたは、どのように働いていますか。

(該当する番号1つに○をつけてください。)

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1. 一般企業の正社員 | 6. パート・アルバイト |
| 2. 一般企業の契約社員 | 7. 家業(自営業)の手伝い |
| 3. 特例子会社の正社員 | 8. 就労移行支援・就労継続支援など |
| 4. 特例子会社の契約社員 | 9. その他() |
| 5. 自営業 | |

問27. 問13-1 あなたは、1週間に何日くらい働いていますか。

(該当する番号1つに○をつけてください。)

- | | |
|-------|------------|
| 1. 1日 | 5. 5日 |
| 2. 2日 | 6. 6日以上 |
| 3. 3日 | 7. 決まっていない |
| 4. 4日 | |

問28. 問13-2 あなたは、1日に何時間くらい働いていますか。

(該当する番号1つに○をつけてください。)

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 1時間未満 | 4. 6時間以上8時間未満 |
| 2. 1時間以上4時間未満 | 5. 8時間以上 |
| 3. 4時間以上6時間未満 | 6. 決まっていない |

問29. 問13-3 あなたの、給与・賃金はどのくらいですか。

(賞与をもらっていない場合は0円と記入してください。)

・ 1か月の平均給与・賃金 約 円

・ 1年間の賞与(ボーナス) 約 円

問30. 問13-4 あなたは、現在の仕事はどうやって見つけましたか。
(該当する番号1つに○をつけてください。)

1. 公共職業安定所（ハローワーク）
2. 民間の職業紹介会社
3. 障害者総合支援センター
4. 自営業
5. 家族・親族の紹介
6. 学校の紹介
7. 知り合いの紹介
8. 自分で探した
9. 高等技術専門学校（職業訓練校）の紹介
10. 就労移行支援事業所の紹介
11. その他（ ）

問31. 問13-1 あなたは、障害者手帳を利用して働いていますか。
(該当する番号1つに○をつけてください。)

1. 利用している →問13-2へ
2. 利用していない →問13-3へ

(問13-1で「1. 利用している」と答えた方にお聞きします。)

問32. ~~＜削除＞問13-2 利用している障害者手帳の種類は何ですか。~~
(~~該当する番号1つに○をつけてください。~~)

- ~~1. 手帳の種類は療育手帳である~~
- ~~2. 手帳の種類は身体障害者手帳である~~
- ~~3. 手帳の種類は精神障害者保健福祉手帳である~~

→問13-4へ

(問13-1で「2. 利用していない」と答えた方にお聞きします。)

問33. 問13-3 あなたが手帳を利用しないで働いている理由はどれですか。
(該当する番号1つに○をつけてください。)

1. 手帳の必要がなかったから
2. 申請したが許可されなかったから

3. 手帳^{てちよう}を申請^{しんせい}中^{ちゆう}だから
4. 申請^{しんせい}しても許可^{きよか}されないと、思い^{おも}申請^{しんせい}していないから
5. 申請^{しんせい}しても許可^{きよか}されず、障害^{しょうがい}者^{しよ}職^{しよ}業^{ぎよ}センターで、障害^{しょうがい}者^{しよ}判定^{はんてい}を利用^{りよう}したから
6. 手帳^{てちよう}を取得^{しよとく}すると、他の^たサービス^{さーびす}等^{とう}が受け^うられなくなるから
7. 手帳^{てちよう}は持^もっているが、周囲^{しゆうい}の偏見^{へんけん}が気^きになり、障害^{しょうがい}を隠^{かく}しているから
8. その他^た ()

問34. 問13-5 仕事を続けるためには何が必要だと思いませんか。
(該当する番号3つまで○をつけてください。)

1. 生活に必要な額の賃金
2. 体調に合った勤務体制（合理的配慮）
3. 良好な人間関係をつくるための援助（合理的配慮）
4. ショブコーチによる支援
5. 通勤のための援助
6. 能力に合った仕事（合理的配慮）
7. 異動や業務変更に対応していくための援助（合理的配慮）
8. 職業訓練（職業リハビリテーション）
9. 職場の産業医のアドバイス
10. 日常生活の援助
11. パソコン、インターネット等の技術習得
12. 職場の障害理解（合理的配慮）
13. 病院などでの医療ケア
14. 通院による主治医のアドバイス
15. その他 ()
16. 特にない
17. わからない

(すべての方にお聞きします。)

問35. 問14 あなたが、外出する際に、よく利用する移動手段は何ですか。
(該当する番号すべてに○をつけてください。)

- 1. 電車・バスなどの公共交通機関
- 2. タクシー →問14-1へ
- 3. 自動車 →問14-2へ
- 4. バイク
- 5. 自転車・徒歩
- 6. ヘルパーなどによる送迎
- 7. その他 ()

~~(問14で「2. タクシー」と答えた方にお聞きします。)~~

~~問36. <削除>問14-1 タクシーの1か月の利用回数は何回くらいですか。
月 回程度~~

~~(問14で「3. 自動車」と答えた方にお聞きします。)~~

~~問37. <削除>問14-2 自動車を運転するのは、主に誰ですか。
(該当する番号1つに○をつけてください。)~~

- ~~1. 本人~~ ~~3. 別居の家族~~
- ~~2. 同居の家族~~ ~~4. その他 ()~~

~~(すべての方にお聞きします。)~~

~~問38. <削除>問15 あなたは、平成30年度に福祉タクシー利用券を利用
しましたか。
(該当する番号1つに○をつけてください。)
「2. 交付された枚数の一部を利用した」と答えた方は、1年間の利用枚数をご
記入ください。~~

- ~~1. 交付された枚数すべて利用した~~ →
- ~~2. 交付された枚数の一部を利用した~~ 1年間の利用枚数 枚
- ~~3. 交付されたが、利用しなかった~~
- ~~4. 交付されていない~~

~~問39. <削除>問16 あなたは、外出する際に、移動支援事業を利用していますか。~~

~~(該当する番号1つに○をつけてください。)~~

~~※移動支援とは、外出の際にヘルパーを利用することです。~~

- ~~1. 利用している~~
- ~~2. 利用したいが、利用対象者でないため利用できない~~
- ~~3. 利用したいが、利用者負担が大きいため利用できない~~
- ~~4. 利用したいが、利用者負担が大きいため利用を制限している~~
- ~~5. 制度は知っているが、利用する必要がない~~
- ~~6. 制度を知らない~~
- ~~7. その他()~~

問40. 問17 あなたは、外出する際に、困ることはありますか。

(該当する番号すべてに○をつけてください。)

- 1. 電車・バスなどの公共交通機関が利用しづらい
- 2. エレベーター・自動ドア・スロープが設置されていない
- 3. 歩道や出入口等の段差がある
- 4. 障害者駐車場が少ない、利用できない
- 5. 視覚障害者のための点字ブロックや音声付信号が整備されていない
- 6. 案内表示がわかりにくい、見えにくい
- 7. 聴覚障害者のための音声情報以外の情報が少ない
- 8. 障害者が利用できるトイレが少ない
- 9. ノンステップバスなどの利用しやすい交通手段が少ない
- 10. 交通費等の費用がかかる
- 11. 外出時に介助等の福祉サービスが必要となる
- 12. 外出時に利用したい福祉サービスを使うことができない
- 13. 自分の意思を理解してもらえない
- 14. 知らない人に話しかけられる
- 15. 周囲の視線が気になる
- 16. 困った時に手助けしてもらえない
- 17. その他()
- 18. 特に困っていることはない

【情報についてお聞きします】

問 4 1. 問 18 障害福祉に関する情報は、どこから得ますか。
(該当する番号すべてに○をつけてください。)

1. 市の広報
2. インターネット（市の公式ホームページやメールマガジンなど）
3. 市のガイドブック
4. 新聞・雑誌
5. テレビ・ラジオ
6. 家族や友人
7. 区役所支援課・保健センター・保健所・児童相談所など
8. 障害福祉関係事業所・施設
9. 学校・職場
10. 病院などの医療機関
11. 障害者団体
12. 障害者生活支援センター
13. その他（ ）
14. 福祉に関する情報を得たことがない
15. 福祉に関する情報を必要としていない

問 4 2. 問 19 あなたは、情報入手したり、コミュニケーションをとるうえで困ることはありますか。(該当する番号すべてに○をつけてください。)

1. 案内表示がわかりにくい
2. 音声情報や文字情報が少ない
3. パソコン・タブレット等の使い方がわからない
4. Web（ホームページ）が音声読み上げソフトや拡大ソフトに対応していない
5. 問合せ先の情報にFAX番号やメールアドレスの記載がない
6. 相手と直接顔を合わせて話すのが苦手
7. うまく話や質問ができない、自分の思いを伝えることを控えてしまう
8. 相手が介助者と話してしまう
9. 読むことが難しかったり、複雑な文章表現がわかりにくい（簡単でわかりやすい文章にしてほしい）
10. 難しい言葉や早口で話されるとわかりにくい（ゆっくり丁寧な説明がほしい）
11. 状況判断が困難なので、説明されても相手の意思や情報を正しく把握できない
12. その他（ ）
13. 特に困ることはない

【災害時の対応についてお聞きします】

問43. 問24 災害の際の取組について、あなたの知っていることや経験したことはありますか。(該当する番号すべてに○をつけてください。)

1. 避難行動要支援者名簿を知っている
2. 避難行動要支援者名簿に登録をしている
3. 自分の指定避難所はどこか知っている
4. 要配慮者優先避難所(公民館など)はどこか知っている
5. 防災訓練に参加もしくは誘われたことがある
6. 家族などと連絡方法を決めている(災害用伝言ダイヤルなど)
7. その他()
8. 特にない

~~問44. <削除>問25 災害が起こった時に備え、準備しているものはありますか。~~

~~(該当する番号すべてに○をつけてください。)~~

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1. 水や食料 | 6. 近所の人に手助けを頼んでいる |
| 2. 災害用トイレ | 7. 避難方法を確認している |
| 3. 衣類やタオルなどの生活用品 | 8. その他 |
| 4. 杖や車いすなどの福祉用具 | () |
| 5. 薬や紙おむつなどの医療品 | 9. 特に何もしていない |

問45. 問26 あなたは大きな災害があった時にどんな支援があったらいいと思いますか。

(該当する番号3つまで○をつけてください。)

1. 歩いて行けるところで、少しはプライバシーが守られる避難所
2. 障害者や高齢者が優先的に避難できる避難所
3. 避難所などで福祉サービスを受けられること
4. 避難先などで障害に配慮してもらえること
5. いろいろな情報がもらえること
6. いつも服薬している薬の確保や、緊急時の通院先など医療サービスの確保
7. 誰かに一緒にいてもらえたり、不安な気持ちを聴いてもらえること
8. 福祉用具等(車いすやストマ用装具等)の確保
9. 電動車いすや人工呼吸器などを使用するための電源の確保
10. 避難できない、または避難したくないので、自宅に支援物資などを届けてくれること
11. その他()

12. 特に思いつかない

はつたつ しょうきょう き

【発達の状況についてお聞きします】

(すべての方にお聞きします。)

問46. <新設>発達障害と診断されたことはありますか。

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

問47. 問32 あなたは現在どのような診断を受けていますか。

(該当する番号すべてに○をつけてください。)

1. 広汎性発達障害 (自閉症スペクトラム障害) 2. 学習障害(LD) 3. 注意欠陥・多動性障害(ADHD) 4. 特に診断は受けていない 5. その他()	→	1. 知的障害を伴う自閉症 2. 高機能自閉症 (高機能広汎性発達障害) 3. アスペルガー症候群 4. 非定型自閉症
--	---	---

問48. 問14 ご家庭で障害に気づいたのはいつ頃ですか。

(該当する番号1つに○をつけてください。)

- | | | |
|---------|-----------|-----------|
| 1. 0～1歳 | 4. 7～12歳 | 7. 18～29歳 |
| 2. 2～3歳 | 5. 13～15歳 | 8. 30歳以降 |
| 3. 4～6歳 | 6. 16～17歳 | |

問49. 問15 ご家庭で障害に気づいたきっかけは何ですか。

(該当する番号1つに○をつけてください。)

- | |
|------------------------|
| 1. 家族や周りの人が気づいた |
| 2. 乳幼児健診で知らされた |
| 3. 医療機関を受診したときに知らされた |
| 4. 育児相談などで知らされた |
| 5. 保育園・幼稚園・学校の関係者が気づいた |
| 6. 職場や仕事関係者が気づいた |
| 7. その他() |

問50. 問16 発達支援について困っている（または以前困っていた）ことはありますか。

(該当する番号すべてに○をつけてください。)

1. 発達支援に関する情報が少ない
2. 希望する施設や保育園・幼稚園に入れない
3. 施設での療育・訓練の機会が少ない
4. 施設での療育・訓練の内容に問題がある
5. 本人の成長に不安がある
6. 友だちとの関係づくりがうまくできない
7. 通園・通所の送迎が大変
8. 費用など経済的負担が大きい
9. 小学校～大学等入学時の学校選択
10. 雇用の場が少ない
11. 特に困っていることはない
12. その他 ()

【精神科・神経科・心療内科の受診についてお聞きします】

問51. ~~＜削除＞問26 あなたが最初に精神科・神経科・心療内科の診療を受けたのは、何歳の時ですか。(該当する番号1つに○をつけてください。)~~
~~「1」に○をつけた方は何歳の時か記入してください。~~

~~1. 初診時の年齢~~ → 歳の時

~~2. わからない~~

問52. 問27 あなたの受診状況をお答えください。

(該当する番号1つに○をつけてください。)

1. 入院している → 問27-1、27-2、28へ
2. 定期的に通院している → 問28へ
3. 入院も通院もしていない → 問27-3へ

~~(問27で「3. 入院も通院もしていない」と答えた方にお聞きします。)~~

問53. ~~＜削除＞問27-3 理由はなんですか。(該当する番号2つまで○をつけてください。)~~

1. 病気が治ったから	4. お金がかかるから
2. 面倒くさいから	5. その他 ()

~~3. 病気が良くならないから~~

→問 29 へ

(問 27 で「1. 入院している」「2. 定期的に通院している」と答えた方にお聞きします。)

問 5 4. 問 28 精神科・神経科・心療内科へ支払う費用を主に負担しているのはどなたですか。

最も負担している人の番号に◎を、

次に負担している人の番号に○をつけてください。

(該当する番号それぞれ1つに◎、○をつけてください。)

1. 本人(障害年金などを含む)
2. 父または母
3. 夫または妻
4. 子どもやその配偶者
5. その他の親族
6. 行政(生活保護など)
7. その他()

(問 28-1 は問 28 で費用を「最も負担している人」(◎をつけた人)のお考えについてお聞きします。)

問 5 5. 問 28-1 精神科・神経科・心療内科に支払っている費用の負担感について、次の中からお答えください。(該当する番号1つに○をつけてください。)

1. 非常に負担を感じている
2. どちらかといえば負担を感じる
3. あまり負担を感じない
4. 全く負担を感じない

(問 27 で「1. 入院している」と答えた方にお聞きします。)

問 5 6. 問 27-1 あなたの現在の入院は何回目ですか。

(該当する番号1つに○をつけてください。)

1. 初めて
2. 2回目
3. 3～5回目
4. 6回以上
5. わからない

問 5 7. 問 27-2 令和元年10月までの通算の入院期間をお答えください。

(該当する番号1つに○をつけてください。)

- | | |
|-------------|-----------|
| 1. 6か月以内 | 6. 15～19年 |
| 2. 7か月～1年以内 | 7. 20～24年 |
| 3. 1～4年 | 8. 25～29年 |
| 4. 5～9年 | 9. 30年以上 |
| 5. 10～14年 | 10. わからない |

→問 28へ

~~問 58. <削除>問 6-2 今回の入院は、ご自分で必要だと思って入院を
しましたか。~~

~~(該当する番号1つに○をつけてください。)~~

- | | |
|---------------------|--------------------|
| 1. はい | →問 6-3へ |
| 2. いいえ | →問 6-4へ |
| 3. わからない | →問 6-4へ |

~~(問 6-2で「1. はい」と答えた方にお聞きします。)~~

~~問 59. <削除>問 6-3 その理由は何ですか。(該当する番号1つに○をつ
けてください。)~~

- | |
|--------------------------------|
| 1. 服薬を中断して病状が悪化したため |
| 2. 不眠や不安定な状況が続いたため |
| 3. お薬の調整のため |
| 4. その他 () |

~~(問 6-2で「2. いいえ」「3. わからない」と答えた方にお聞きします。)~~

問 60. 問 6-4 その理由は何ですか。(該当する番号1つに○をつけてくだ
さい。)

- | |
|-------------------------------------|
| 1. よくわからないまま入院していた |
| 2. 医師等病院の職員に勧められて入院した |
| 3. 親や兄弟など面倒を見てくれる人がいなくなってしまったので入院した |
| 4. 住むところがなくなり、入院することになった |
| 5. その他 () |

【病院での生活についてお聞きします】

(すべての方にお聞きします。)

問6 1. 問9 最近（ここ3か月間）外出しましたか。

（該当する番号1つに○をつけてください。）

「1. 最近外出した」に○をつけた方は、何月ごろか記入してください。

1. 最近外出した → 月ごろ

2. 最近外出をしていない → 問9-1へ

（問9で「2. 最近外出をしていない」と答えた方にお聞きします。）

問6 2. 問9-1 その理由は何ですか。（該当する番号すべてに○をつけてください。）

1. お金がないので、外出できない

2. 行きたい所がなく、外出していない

3. 外出の許可が出ない

4. 体調が悪く、外に出るのが怖い

5. その他（ ）

~~(すべての方にお聞きします。)~~

~~問6-3. <削除>問10 最近(ここ3か月間)外泊しましたか。~~

~~(該当する番号1つに○をつけてください。)~~

~~「1. 最近外泊した」に○をつけた方は、何月ごろか記入してください。~~

~~1. 最近外泊した → 月ごろ → 問10-1へ~~

~~2. 最近外泊をしていない → 問10-2へ~~

~~(問10で「1. 最近外泊した」と答えた方にお聞きします。)~~

~~問6-4. <削除>問10-1 どこに外泊しましたか。(該当する番号すべてに○をつけてください。)~~

~~1. 家族のいる自宅~~

~~2. ひとり暮らしのアパート~~

~~3. 外泊体験できる施設~~

~~4. その他()~~

~~(問10で「2. 最近外泊をしていない」と答えた方にお聞きします。)~~

~~問6-5. <削除>問10-2 その理由は何ですか。(該当する番号すべてに○をつけてください。)~~

~~1. 外泊先がなく、外泊したいができない~~

~~2. 外泊したいがお金がない~~

~~3. 外泊先はあるが、ひとりで出かけることが難しい~~

~~4. 自宅に戻りたいが、自宅の状況も変わってしまい外泊できない~~

~~5. 外泊の許可が出ない~~

~~6. 体調が悪く、外泊する気持ちにならない~~

~~7. その他()~~

【今後のあなたの生活についてお聞きします】

(すべての方にお聞きします。)

問66. 問11 退院について、あなたはどのように考えていますか。

(該当する番号1つに○をつけてください。)

「3. 近々退院の予定がある」に○をつけた方は何月ごろか記入してください。

- | | |
|----------------|----------------------------|
| 1. すぐに退院したい | →問 11-1 へ |
| 2. 条件が整えば退院したい | →問 11-1 へ |
| 3. 近々退院の予定がある | → <input type="text"/> 月ごろ |
| 4. 病院をうつりたい | |
| 5. 退院はしたくない | →問 11-2 へ |
| 6. その他 (|) |
| 7. わからない | →問 11-2 へ |

(問11で「1. すぐに退院したい」「2. 条件が整えば退院したい」と答えた方にお聞きします。)

~~問67. <削除>問11-1 今現在、入院している理由は何ですか。~~

~~(該当する番号1つに○をつけてください。)~~

- | |
|---|
| 1. 退院をしたいが医師の許可が出ない |
| 2. 住む場所を探すのに苦労している |
| 3. アパートを借りるつもりだが、保証人になってくれる人がいない |
| 4. 生活保護が受給できるまで退院を待っている |
| 5. 家族との同居は難しく、ひとり暮らしに自信がない |
| 6. 高齢者の施設に入りたいが、入所できない |
| 7. その他 (_____) |

~~(問11で「5. 退院はしたくない」「7. わからない」と答えた方にお聞きします。)~~

~~問68. <削除>問11-2 退院したくない理由は何ですか。~~

~~(該当する番号3つまで○をつけてください。)~~

- ~~1. 以前は退院したかったが、もう退院はあきらめている~~
- ~~2. 退院して生活する自信がない(買い物やお金のやりくり、さまざまな手続きなど)~~
- ~~3. 退院後住む場所を探すことに不安を感じる~~
- ~~4. バスや電車などの乗り方、銀行の使い方など、新しいことを覚えることが難しいと思っている~~
- ~~5. どんな1日を過ごしていいのかわからず不安を感じる~~
- ~~6. 住事に就くことは難しく、収入がないので退院しても生活のめどが立たない~~
- ~~7. 近所の人との付き合いをどうしたらいいのかわからない~~
- ~~8. 病状や体調が悪くなった時のことを考えると不安を感じる~~
- ~~9. 生活が変化することに不安を感じる~~
- ~~10. ひとり暮らしに不安を感じる~~
- ~~11. 病気がよくなっていない~~
- ~~12. 近くに利用できる施設がない~~
- ~~13. その他()~~

(すべての方にお聞きします。)

問69. 問12 どのような支援の条件が整えば退院できると思いますか。
(該当する番号すべてに○をつけてください。)

1. 退院後に住む場所の確保
2. 夜間休日などでも、いつでも気軽に利用できる相談(電話・面接)
3. 夜間、休日等、緊急時に診療が受けられる精神科救急医療システム
4. 保健師や看護師等の定期的な訪問
5. ホームヘルパーの派遣
6. 外出時の付き添い
7. 昼間集える場
8. 病院、診療所で行われるデイケア
9. 働くための訓練や助言をしてくれる場所
10. 日常生活の訓練をしてくれる施設
11. 退院に向けた宿泊体験
12. 当事者同士が病気の知識や情報を学んだり話し合ったりできるところ
13. 家族に急用ができた場合などに一時的に泊まれる施設
14. その他()

問70. 問13 あなたが退院するとしたら、どのような生活をしたいと思いますか。
(該当する番号1つに○をつけてください。)

1. 単身で入居できる賃貸アパート・借家など
2. 家族と同居
3. 食事や身の回りのことをしてくれる人がいて、仲間4~5人で暮らせる共同住宅
(グループホーム)
4. 自立して生活ができるよう訓練をしてくれるところを利用してから、ひとり暮らしをしたい
5. 老人ホームや障害者施設のような大きな施設
6. その他()
7. わからない

【あなたの病気や医療の状況についてお聞きします】

問71. <新設> 特定（指定）疾患医療を受給していますか。

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

問72. ~~<削除> 問6~~ 特定（指定）疾患医療を受給している対象の疾病はどれですか。

あ	お
<ul style="list-style-type: none"> 1. IgA腎症 2. IgG4 関連疾患 3. アイカルディ症候群 4. アイザックス症候群 5. 亜急性硬化性全脳炎 6. 悪性関節リウマチ 7. アジソン病 8. アッシャー症候群 9. アトピー性脊髄炎 10. アペール症候群 11. アラジール症候群 12. α1-アンチトリプシン欠乏症 13. アルポート症候群 14. アレキサダー病 15. アンジェルマン症候群 16. アントレー・ピクスラー症候群 	<ul style="list-style-type: none"> 40. 黄色靱帯骨化症 41. 黄斑ジストロフィー 42. 大田原症候群 43. オクシピタル・ホーン症候群 44. オスラー病
い	か
<ul style="list-style-type: none"> 17. イソ吉草酸血症 18. 一次性ネフローゼ症候群 19. 一次性膜性増殖性糸球体腎炎 20. 1p36欠失症候群 21. 遺伝性自己炎症疾患 22. 遺伝性ジストニア 23. 遺伝性周期性四肢麻痺 24. 遺伝性膵炎 25. 遺伝性鉄芽球性貧血 	<ul style="list-style-type: none"> 45. カーニー複合 46. 海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん 47. 潰瘍性大腸炎 48. 下垂体性 ADH 分泌異常症 49. 下垂体性 PRL 分泌亢進症 50. 下垂体性 TSH 分泌亢進症 51. 下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症 52. 下垂体性成長ホルモン分泌亢進症 53. 下垂体前葉機能低下症 54. 家族性高コレステロール血症（ホモ接合体） 55. 家族性地中海熱 56. 家族性良性慢性天疱瘡 57. カナバン病 58. 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群 59. 歌舞伎症候群 60. ガラクトース-1-リン酸ウリシルトランスフェラーゼ欠損症 61. カルニチン回路異常症 62. 肝型糖原病 63. 間質性膀胱炎（ハンナ型） 64. 環状 20 番染色体症候群 65. 完全大血管転位症 66. 眼皮膚白皮症
う	き
<ul style="list-style-type: none"> 26. ウィーバー症候群 27. ウィリアムズ症候群 28. ウィルソン病 29. ウエスト症候群 30. ウェルナー症候群 31. ウォルフラム症候群 32. ウルリッヒ病 	<ul style="list-style-type: none"> 67. 偽性副甲状腺機能低下症 68. ギャロウェイ・モフト症候群 69. 急速進行性糸球体腎炎 70. 球脊髄性筋萎縮症 71. 強直性脊椎炎 72. 巨細胞性動脈炎 73. 巨大リンパ管奇形（頸部顔面病変） 74. 巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変） 75. 巨大動静脈奇形（頸部顔面又は四肢病変） 76. 巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症 77. 筋萎縮性側索硬化症 78. 筋型糖原病 79. 筋ジストロフィー
え	く
<ul style="list-style-type: none"> 33. ATR-X 症候群 34. エーラス・ダンロス症候群 35. HTLV-1 関連脊髄症 36. エプスタイン症候群 37. エプスタイン病 38. エマヌエル症候群 39. 遠位型ミオパチー 	<ul style="list-style-type: none"> 80. クッシング病 81. クリオピリン関連周期熱症候群 82. クリップル・トレノネー・ウェーバー症候群 83. クルーゾン症候群

84. グルコーストランスポーター1 欠損症
85. グルタル酸血症 1 型
86. グルタル酸血症 2 型
87. クロウ・深瀬症候群
88. クローン病
89. クロンカイト・カナダ症候群
け
90. 痙攣重積型（二相性）急性脳症
91. 結節性硬化症
92. 結節性多発動脈炎
93. 血栓性血小板減少性紫斑病
94. 限局性皮質異形成
95. 顕微鏡的多発血管炎
96. 原発性抗リン脂質抗体症候群
97. 原発性硬化性胆管炎
98. 原発性高カイトロミクロン血症
99. 原発性側索硬化症
100. 原発性胆汁性胆管炎
101. 原発性免疫不全症候群
こ
102. 5p 欠失症候群
103. 高IgD症候群
104. 好酸球性消化管疾患
105. 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症
106. 好酸球性副鼻腔炎
107. 抗糸球体基底膜腎炎
108. 後縦靭帯骨化症
109. 甲状腺ホルモン不応症
110. 拘束型心筋症
111. 後天性赤芽球癆
112. 広範脊柱管狭窄症
113. 高チロシン血症1型
114. 高チロシン血症2型
115. 高チロシン血症3型
116. 骨形成不全症
117. 混合性結合組織病
118. コケイン症候群
119. コステロ症候群
120. コフィン・シリス症候群
121. コフィン・ローリー症候群
さ
122. 鰓耳腎症候群
123. 再生不良性貧血
124. 再発性多発軟骨炎
125. 左心低形成症候群
126. 三尖弁閉鎖症
127. サルコイドーシス
128. 三頭酵素欠損症
し
129. CFC 症候群
130. シェーグレン症候群
131. 色素性乾皮症
132. 自己免疫性肝炎
133. 自己免疫性後天性凝固因子欠乏症
134. 自己免疫性溶血性貧血
135. 自己貪食空胞性ミオパチー
136. シトステロール血症

137. シトリン欠損症
138. 紫斑病性腎炎
139. 脂肪萎縮症
140. 若年性特発性関節炎
141. 若年発症型両側性感音難聴
142. シャルコー・マリー・トゥース病
143. 重症筋無力症
144. 修正大血管転位症
145. シュベール症候群関連疾患
146. シュワルツ・ヤンペル症候群
147. 徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症
148. 神経フェリチン症
149. 神経細胞移動異常症
150. 神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症
151. 神経線維腫症
152. 神経有棘赤血球症
153. 進行性核上性麻痺
154. 進行性骨化性線維異形成症
155. 進行性多巣性白質脳症
156. 進行性白質脳症
157. 進行性ミオクローヌステんかん
158. 心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症
159. 心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症
す
160. スタージ・ウェーバー症候群
161. スティーヴンス・ジョンソン症候群
162. スミス・マギニス症候群
せ
163. 成人スチル病
164. 脆弱X症候群
165. 脆弱X症候群関連疾患
166. 脊髄空洞症
167. 脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)
168. 脊髄髄膜瘤
169. 脊髄性筋萎縮症
170. セピアプテリン還元酵素(SR)欠損症
171. 前眼部形成異常
172. 先天異常症候群
173. 先天性ミオパチー
174. 先天性横隔膜ヘルニア
175. 先天性核上性球麻痺
176. 先天性気管狭窄症/先天性声門下狭窄症
177. 先天性魚鱗癬
178. 先天性筋無力症候群
179. 先天性グリコシルホスファチジルイノシトール(GPI)欠損症
180. 先天性腎性尿崩症
181. 先天性赤血球形成異常性貧血
182. 先天性三尖弁狭窄症
183. 先天性僧帽弁狭窄症
184. 先天性大脳白質形成不全症
185. 先天性肺静脈狭窄症
186. 先天性副腎低形成症

187. 先天性副腎皮質酵素欠損症
188. 先天性無痛無汗症
189. 先天性葉酸吸収不全
190. 前頭側頭葉変性症
191. 全身性アミロイドーシス
192. 全身性エリテマトーデス
193. 全身性強皮症
そ
194. 早期ミオクロニー脳症
195. 総動脈幹遺残症
196. 総排泄腔遺残
197. 総排泄腔外反症
198. ソトス症候群
た
199. ダイヤモンド・ブラックファン貧血
200. 第 14 番染色体父親性ダイソミー症候群
201. 大脳皮質基底核変性症
202. 大理石骨病
203. 高安動脈炎
204. 多系統萎縮症
205. タナトフォリック骨異形成症
206. 多発血管炎性肉芽腫症
207. 多発性硬化症／視神経脊髄炎
208. 多発性嚢胞腎
209. 多脾症候群
210. タンジール病
211. 単心室症
212. 弾性線維性仮性黄色腫
213. 胆道閉鎖症
ち
214. 遅発性内リンパ水腫
215. チャーヅ症候群
216. 中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群
217. 中毒性表皮壊死症
218. 腸管神経節細胞僅少症
て
219. TNF 受容体関連周期性症候群
220. 低ホスファターゼ症
221. 天疱瘡
と
222. 禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症
223. 特発性拡張型心筋症
224. 特発性間質性肺炎
225. 特発性基底核石灰化症
226. 特発性血小板減少性紫斑病
227. 特発性血栓症（遺伝性血栓性素因によるものに限る。）
228. 特発性後天性全身性無汗症
229. 特発性大腿骨頭壊死症
230. 特発性多中心性キャスルマン病
231. 特発性門脈圧亢進症
232. ドラベ症候群

な
233. 中條・西村症候群
234. 那須・ハコラ病
235. 軟骨無形成症
236. 難治頻回部分発作重積型急性脳炎
に
237. 22q11.2 欠失症候群
238. 乳幼児肝巨大血管腫
239. 尿素サイクル異常症
ぬ・ね
240. ヌーナン症候群
241. ネイルパテラ症候群（爪膝蓋骨症候群）／L M X 1 B 関連腎症
の
242. 脳腱黄色腫症
243. 脳表ヘモジデリン沈着症
244. 膿疱性乾癬（汎発型）
245. 嚢胞性線維症
は
246. パーキンソン病
247. バージャー病
248. バッド・キアリ症候群
249. ハンチントン病
250. 肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症
251. 肺動脈性肺高血圧症
252. 肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）
253. 肺胞低換気症候群
ひ
254. PCDH19 関連症候群
255. 肥厚性皮膚骨膜炎
256. 非ケトーシス型高グリシン血症
257. 非ジストロフィー性ミオトニー症候群
258. 皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症
259. 肥大型心筋症
260. ビタミンD依存性くる病/骨軟化症
261. ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症
262. 左肺動脈右肺動脈起始症
263. ビッカースタッフ脳幹脳炎
264. 非典型溶血性尿毒症症候群
265. 非特異性多発性小腸潰瘍症
266. ヒルシュスプルング病（全結腸型又は小腸型）
267. 皮膚筋炎／多発性筋炎
268. 表皮水疱症
ふ
269. VATER 症候群
270. ファイファー症候群
271. ファロー四徴症
272. ファンコニ貧血
273. 封入体筋炎
274. フェニルケトン尿症
275. 副甲状腺機能低下症
276. 複合カルボキシラーゼ欠損症
277. 副腎白質ジストロフィー
278. 副腎皮質刺激ホルモン不応症
279. ブラウ症候群

280. プラダー・ウィリ症候群
281. プリオン病
282. プロピオン酸血症
へ
283. β -ケトチオラーゼ欠損症
284. ベーチェット病
285. 閉塞性細気管支炎
286. ベスレムミオパチー
287. ペリー症候群
288. ペルオキシソーム病 (副腎白質シストロフィーを除く。)
289. 片側巨脳症
290. 片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群
ほ
291. 芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症
292. 発作性夜間ヘモグロビン尿症
293. ポルフィリン症
ま
294. マリネスコ・シェーグレン症候群
295. マルフアン症候群
296. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 /多巣性運動ニューロパチー
297. 慢性血栓塞栓性肺高血圧症
298. 慢性再発性多発性骨髄炎
299. 慢性特発性偽性腸閉塞症
み
300. ミオクロニー欠神てんかん
301. ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん
302. ミトコンドリア病
む
303. 無虹彩症
304. 無 β リポタンパク血症
305. 無脾症候群

め・も
306. メープルシロップ尿症
307. メチルグルタコン酸尿症
308. メチルマロン酸血症
309. メビウス症候群
310. メンケス病
311. 網膜色素変性症
312. もやもや病
313. モワット・ウィルソン症候群
や・ゆ・よ
314. ヤング・シンブソン症候群
315. 遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん
316. 4p欠失症候群
ら
317. ライソゾーム病
318. ラスムッセン脳炎
319. ランドウ・クレフナー症候群
り・る
320. リジン尿性蛋白不耐症
321. 両大血管右室起始症
322. リンパ管腫症/ゴーハム病
323. リンパ脈管筋腫症
324. 類天疱瘡(後天性表皮水疱症を含む。)
325. ルビンシュタイン・テイビ症候群
れ・ろ
326. レーベル遺伝性視神経症
327. レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症
328. レット症候群
329. レノックス・ガストー症候群
330. ロスムンド・トムソン症候群
331. 肋骨異常を伴う先天性側弯症

(問36で「2. 持っている」と答えた方にお聞きします。)

問73. ~~＜削除＞問36-1 障害者手帳を取得した原因は何ですか。
(該当する番号1つに○をつけてください。)~~

- | |
|-----------------------------|
| 1. 難病が原因で持っている |
| 2. 難病以外の原因で持っている |

問74. ~~＜削除＞問7 特定(指定)疾患医療受給者証を受給している主な病気を発病したのはいつ頃ですか。(該当する番号1つに○をつけてください。)~~

- | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. 17歳以下 | 2. 18~29歳 | 3. 30~39歳 | 4. 40~49歳 |
| 5. 50~59歳 | 6. 60~64歳 | 7. 65歳以上 | |

問75. ~~＜削除＞問8 この病気のために、現在、継続的に医療を受けていま~~

~~すか。~~

~~(該当する番号1つに○をつけてください。)~~

~~1. 医療を受けていない~~ →問9へ

~~2. 入院している~~

~~3. 通院している~~

~~4. 往診してもらっている~~

~~5. 通院と往診の両方をしている~~

(問8で「2～5」と答えた方にお聞きします。)

問76. 問8-1 この病気のために、継続的に、複数の医療機関（病院や診療所）を利用していますか。（該当する番号1つに○をつけてください。）

「2. 複数の病院・診療所を利用している」と答えた方は、利用箇所数をご記入ください。

1. 利用している病院または診療所は1か所だけ	
2. 複数の病院・診療所を利用している	→ <input type="text"/> か所利用している

問77. 問8-2 その医療機関はどこにありますか。

（該当する番号すべてに○をつけてください。）

1. さいたま市内	2. 県内の他の市町村	3. 県外
-----------	-------------	-------

(すべての方にお聞きします。)

~~問78. <削除>問9 特定（指定）疾患医療受給者証を受給している病気のために、過去3年以内に入院しましたか。（該当する番号1つに○をつけてください。）~~

~~「1. 入院したことがある」と答えた方は、回数をご記入ください。~~

1. 入院したことがある	過去3年以内に、	回入院した
2. 過去3年以内には、入院していない	→問10へ	

(問9で「1. 入院したことがある」と答えた方にお聞きします。)

~~問79. <削除>問9-1 過去3年以内の入院期間は通算どのくらいですか。（該当する番号1つに○をつけてください。）~~

1. 1か月未満	2. 1～3か月未満	3. 3～6か月未満
4. 6か月～1年未満	5. 1年～2年未満	6. 2年以上

~~問80. <削除>問9-2 過去3年以内の入院の目的は何ですか。（該当する番号すべてに○をつけてください。）~~

1. 手術のため入院した
2. 内科的治療のため入院した
3. 検査のため入院した
4. 生活指導を受けるため入院した
5. その他（ ）

【成年後見制度のことについてお聞きします】

※成年後見制度とは、認知症、知的障害、精神障害などによって物事を判断する能力が十分でない方について、本人の権利を守る援助者を選ぶことで、本人を法律的に保護し、支援するための制度です。

問 8 1. 問 36 成年後見制度を知っていますか。

(該当する番号 1 つに○をつけてください。)

1. 制度名も知っているし、内容もわかる
2. 制度名は知っているが、内容はわからない
3. 制度名も内容も知らない

問 8 2. 問 37 成年後見制度を利用していますか。

(該当する番号 1 つに○をつけてください。)

1. 後見を利用している →問 38、39、41 へ
2. 保佐を利用している →問 38、39、41 へ
3. 補助を利用している →問 38、39、41 へ
4. 利用していないが、今後利用したい →問 38、39、41 へ
5. 利用していないし、今後利用する予定もない →問 40、41 へ
6. 利用したいと思っているが、利用できない →問 38、39、40、41 へ
7. わからない →問 41 へ

~~(問 37 で「1、2、3、4、6」と答えた方にお聞きします。)~~

~~問 8 3. <削除> 問 38 制度を利用している(したいと思う)主なきっかけは何ですか。(該当する番号1つに○をつけてください。)~~

- ~~1. 日常生活のこと(障害福祉サービス等の手続き、医療機関の受診など)~~
- ~~2. お金の管理のこと(預金口座や不動産の管理、年金手続き、相続手続きなど)~~
- ~~3. その他()~~

~~(問 37 で「1、2、3、4、6」と答えた方にお聞きします。)~~

~~問 8 4. <削除> 問 39 制度の手続きに関して大変だった(だと思う)ことは何ですか。~~

~~(該当する番号3つまで○をつけてください。)~~

- ~~1. 制度そのものの理解が難しかった~~
- ~~2. 相談窓口がわからなかった~~
- ~~3. 支援者が制度について理解していなかった~~
- ~~4. 手続きが複雑だった~~
- ~~5. 申立て費用の負担があった~~
- ~~6. 制度利用まで時間がかかりすぎる~~
- ~~7. その他()~~
- ~~8. 特にない~~

~~(問 37 で「5、6」と答えた方にお聞きします。)~~

~~問 8 5. 問 40 利用する予定がない(できない)理由は何ですか。~~

~~(該当する番号3つまで○をつけてください。)~~

1. 制度についてよくわからない
2. 相談窓口がわからない
3. 支援者が制度について理解していなかった
4. 制度そのものに反対である
5. 手続きが複雑である
6. 申立て費用、報酬等の負担がある
7. 後見人等に身上監護や金銭管理を委ねることが心配
8. 親など介護者が元気なうちは、介護者自身が身上監護や金銭管理をしたい
9. その他()
10. 理由は特にないが、制度を利用する予定はない

~~(成年後見制度について、すべての方にお聞きします。)~~

~~問 8 6. <削除> 問 41 制度に関するご意見等を、ご自由にお書きください。~~

~~(ご家族の方がお書きになっていただいても構いません。)~~

~~・制度について、「こんなことを知りたいな」「ここがわからないな」など。~~

~~・制度を利用してみたら、「こんなところが良かったな」「ここが改善されたらいいな」など。~~

【障害者への理解についてお聞きします】

問 8 7. 問 34 あなたは、障害者手帳を持っていること、または障害や病気があることを周囲に伝えてありますか。(該当する番号すべてに○をつけてください。)

1. 家族に伝えている
2. 親しい友人に伝えている
3. 学校の友人や職場の同僚に伝えている
4. 学校や職場に伝えている
5. その他 ()
6. 伝えていない

問 8 8. 問 35 あなたが、障害者手帳を持っていること、または障害や病気があることを周囲に伝えないことはありますか。また、それはどんな理由ですか。(該当する番号すべてに○をつけてください。)

1. 差別や偏見のおそれがあるから伝えない
2. 世間の目が気になるから伝えない
3. 家族の意向のために伝えない
4. 伝えても、わかってもらえないから伝えない
5. 特に伝える必要がないから伝えない
6. その他 ()
7. 特に問題なく伝える

問 8 9. 問 20 障害者への理解を深めるために力を入れるべきことは何だと思えますか。

(該当する番号すべてに○をつけてください。)

【障害者福祉施策への要望についてお聞きします】

問 9 3. 問 27 障害者福祉施策に対して望むこと、取り組んでほしいことはありますか。

(該当する番号3つまで○をつけてください。)

<ol style="list-style-type: none">1. 障害者世帯向け公営住宅の整備2. 各種手当（心身障害者福祉手当など）の所得保障の充実3. 医療費の負担軽減4. 障害者の就労や雇用施策の充実5. 緊急時の連絡手段の確保、防災対策の充実6. 道路、交通機関、公共建築物等の利用を容易にするための施策の充実7. 点字図書、録音図書、拡大文字、手話放送、字幕放送などの情報提供の充実8. 手話通訳、要約筆記制度の充実9. 障害者のスポーツ、芸術、文化活動などに対する支援10. 福祉教育やボランティア活動などの障害者理解や障害者との交流の促進11. 障害者の意見や要望を反映しやすい場の充実12. 困った時、悩んだ時のための相談窓口の充実13. ホームヘルプサービスの充実14. ショートステイの充実15. 児童発達支援や放課後等デイサービスの整備16. 生活介護などの日中活動の場の整備17. グループホームの整備18. 機能訓練の充実19. 就労移行支援、就労継続支援といった障害者の就労へ向けた支援を行う施設の整備20. 重症心身障害者や強度行動障害者の受入先の整備21. 生活介護などの医療的ケアを受けられる施設の整備22. その他（現在のさいたま市では行っていないサービスや制度などで、こんなサービスがあるとよいと思うものをご自由にお書きください。）

問 9 5. <新設> 今後、この調査をインターネットでも回答できるようにすることを検討しています。郵送方式とインターネット方式を選択できるようになった場合、どちらの方式で回答しますか。

1. 郵送方式 2. インターネット方式

【最後に、すべての方にお聞きします。】

問 9 6. 問 42 この調査を通じて、書ききれなかったことや、ご意見、ご感想などがありましたら、以下に自由にお書きください。(ご家族の方がお書きになっていたいただいても構いません。)

以上ですべて終わりです。ご協力ありがとうございました。

同封の返信用封筒にこの調査票を入れて、切手を貼らずに **10月31日(木)**までに郵便ポストへ投函してください。

