

「地域福祉計画」に関するアンケートのお願い

日頃から障害者福祉施策に対しご協力をいただき、ありがとうございます。

さて、東村山市では福祉施策の基本的な方向を示すものとして、平成24年度より第4次地域福祉計画(障害者福祉計画を含む)をつくり、取り組んでいるところです。この計画の期間は平成29年度までのため、現在、次期計画を作成する準備を進めています。

このアンケートは、障害者福祉に関することを中心にご意見をお聞かせいただき、次期計画へ反映させていくためのものです。現在の計画をつくる際にもアンケートを行わせていただき、その結果は障害者福祉の主要施策を定めることなどに活用させていただきます。

今回アンケートをお願いする方は、障害のある方から無作為に選ばせていただきました。無記名であり、お答えいただいた内容はすべて統計的に処理しますので、個人が特定されることはなく、本アンケートの目的以外に使用することはありません。

つきましては、お忙しいところ誠に恐縮ですが、アンケートの趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

平成28年11月

東村山市長 渡部 尚

ご記入にあたってのお願い

- 1 質問の中で「あなた」とは、このアンケート票が送られた宛名の方(ご本人)をさしています。お答えいただく方はご本人ですが、ご本人がお答えになるのがむずかしい場合には、ご家族の方や支援者の方、成年後見人などがご本人の意向を考えてお答えください。
- 2 住所、氏名を記入する必要はありません。
- 3 質問によっては回答する方を限定しているものもありますので、質問の順にお答えください。
- 4 ご記入はボールペン、万年筆、鉛筆などで、黒または青色でお書きください。
- 5 お答えは、あなたのお考えに最も近いと思われる回答を指定された数だけ選び、その番号を○で囲んでください。
- 6 「その他()」に○をつけたときは、()内に具体的な内容をご記入ください。

ご記入いただきましたアンケート用紙は、同封の返信用封筒に入れて、

12月〇日(〇)までに 郵便ポストに投函してください。(切手は不要です)

この調査に関してのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

東村山市役所 健康福祉部 地域福祉推進課

TEL. 042-393-5111 / FAX. 042-394-7399

問1 このアンケートにご記入いただく方はどなたですか。(1つに○)

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. 本人 | 3. 家族や支援者が本人の意向を考えて |
| 2. 家族や支援者が本人に聞いて代筆 | 記入 |
| | 4. 成年後見制度による後見人が記入 |

…………… あなたご自身についてうかがいます ……………

問2 あなたは何歳ですか。(あなたとは、病気や障害のある方ご自身のことをいいます)

平成28年12月1日現在で満 歳

問3 あなたの性別は。(1つに○)

- | | |
|------|------|
| 1. 男 | 2. 女 |
|------|------|

問4 あなたの精神障害者保健福祉手帳の等級は次のどれですか。(手帳を見て1つに○)

- | | | | |
|--------|--------|--------|-----------|
| 1. 1 級 | 2. 2 級 | 3. 3 級 | 4. 持っていない |
|--------|--------|--------|-----------|

問5 あなたの精神障害の種類は次のどれですか。あてはまるものすべてに○をつけ、2つ以上ある時は、その中で生活上、最も不便を感じる障害に◎をつけてください。

- | | |
|------------------------|--------------|
| 1. 統合失調症 | 7. 中毒性精神障害 |
| 2. 気分障害(そううつ病など) | (薬物、アルコールなど) |
| 3. 非定形精神病 | 8. 神経症 |
| 4. パーソナリティ障害 | 9. 発達障害 |
| 5. てんかん | 10. その他() |
| 6. 器質性精神障害(高次脳機能障害を含む) | 11. わからない |

問6 あなたが初めて精神科・心療内科で診療を受けたのは何歳頃ですか。

- | | |
|----------------------------|----------|
| 1. <input type="text"/> 歳頃 | 2. わからない |
|----------------------------|----------|

問7 あなたは、「自立支援医療費制度」(精神通院)を利用していますか。(1つに○)

- | |
|---------------------|
| 1. 利用している |
| 2. 制度は知っているが利用していない |
| 3. 制度のことを知らなかった |

問8 あなたは、身体障害者手帳、または愛の手帳（療育手帳）をお持ちですか。（1つに○）

- 1. 身体障害者手帳を持っている
- 2. 愛の手帳（療育手帳）を持っている
- 3. 身体障害者手帳、愛の手帳（療育手帳）の両方を持っている
- 4. どちらも持っていない

問9 あなたは、下記の選択肢のいずれかに当てはまりますか。（あてはまるものに○）

- 1. 介護保険の要介護認定を受けている
- 2. 難病（特定疾患）認定を受けている

問9-1 （問9で「2」をお選びの方へ）病名は何ですか。（病名を直接ご記入ください）

…………… あなたの生活についてうかがいます ……………

問10 あなたの現在のお住まい（生活の場）はどこですか。12月1日現在病院に入院中で、入院期間が6か月未満の方は入院する前のお住まいについてお答えください。（1つに○）

- 1. 持ち家（一戸建て）
- 2. 持ち家（マンション）
- 3. 民間借家（アパート、マンション、一戸建て、社宅など）
- 4. 公営住宅（都営住宅など）
- 5. 公団・公社の賃貸住宅
- 6. グループホーム
- 7. 福祉施設
- 8. 病院に長期入院中（6か月以上）
- 9. その他（ ）

問11 現在、どなたと一緒に暮らしていますか。（あてはまるものすべてに○）

- 1. ひとり暮らし
- 2. 配偶者（妻・夫）
- 3. 子ども
- 4. 子どもの配偶者
- 5. 父
- 6. 母
- 7. 祖父母
- 8. 兄弟・姉妹
- 9. 孫
- 10. おい・めい
- 11. その他の親族
- 12. 友人など家族以外の人
- 13. グループホームや施設の職員・仲間
- 14. その他（ ）

問12 あなたの世帯のおもな収入源は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------|------------|
| 1. あなたご自身の給与・賃金 | 6. 年金 |
| 2. あなた以外の家族の給与・賃金 | 7. 手当 |
| 3. 作業所等の工賃 | 8. 生活保護 |
| 4. 事業収入(自営業や農業などの収入) | 9. 仕送り |
| 5. 財産収入(利子や家賃などの収入) | 10. その他() |

問13 あなたは、現在の生活で困っていることがありますか。(あてはまるものすべてに○)

- | |
|--------------------------------|
| 1. 身の回りの世話や支援をしてくれる人がいない |
| 2. 自立して生活するための住宅(持ち家、借家等)がない |
| 3. 保証人がいない等の理由で賃貸住宅への入居ができない |
| 4. 自分の希望に合った福祉サービスがない |
| 5. 利用できる福祉サービスの量が十分ではない |
| 6. 受けたい学校教育の環境(選択肢)がない |
| 7. 働けない(職業に就くことができない) |
| 8. 就ける職業が限られる |
| 9. 仕事が長続きしない |
| 10. 十分な収入が得られない |
| 11. 医療費の負担が大きい |
| 12. 医療機関が近くにない |
| 13. 自身の体調がよくない |
| 14. 資金や借家等の問題で、障害に合った住宅改修ができない |
| 15. 趣味や生きがいを持ってない |
| 16. 生活する上での相談がしにくい、必要な情報が得にくい |
| 17. 人とのコミュニケーションがうまくとれない |
| 18. 友人がない |
| 19. 金銭管理がうまくできない |
| 20. 契約手続きがうまくできない |
| 21. 外出する機会や場所、手段が限られる |
| 22. 街なかで困っていても周りの人が助けてくれない |
| 23. 障害が原因で特別な目で見られたり、差別を受けたりする |
| 24. その他() |
| 25. 特に困っていることはない |

…………… 健康・医療、福祉サービスについてうかがいます ……………

問14 あなたには、(障害等にかかわらず、風邪や体調不良時にいつも診察してもらう)「かかりつけのお医者さん」はいますか。(1つに○)

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

問15 あなたは、健康管理や医療について、困ったり不便に思ったことがありますか。(あてはまるものすべてに○)

- | |
|------------------------------------|
| 1. 近所に診てくれる医師がいない |
| 2. 専門的な治療を行っている医療機関が近くにない |
| 3. 通院するときに付き添いをしてくれる人がいない |
| 4. 往診を頼める医師がいない |
| 5. 歯科診療を受けられない |
| 6. 定期的に健康診断を受けられない |
| 7. 病気や障害のため症状が正確に伝わらず、必要な治療を受けられない |
| 8. 受診手続や案内など、病人や障害者への配慮が不十分 |
| 9. 医療費の負担が大きい |
| 10. その他() |
| 11. 特に困ったことはない |

問16 あなたが困ったときに利用している相談機関はどれですか。

(あてはまるものすべてに○)

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 市役所の精神保健福祉相談 |
| 2. 保健所の精神保健福祉相談 |
| 3. 計画相談支援(サービス等利用計画の作成)を行う、特定相談支援事業所 |
| 4. 障害児支援利用計画の作成を行う、障害児相談支援事業所 |
| 5. 多摩総合精神保健福祉センター |
| 6. 地域生活支援センター(ふれあいの郷) |
| 7. 地域自立生活支援センター(るーと) |
| 8. 障害者就労支援室 |
| 9. 病院 |
| 10. その他() |
| 11. 利用しているものはない |

問17 現在、障害者総合支援法に基づいた障害福祉サービス等が行われていますが、困っていることや心配なことはありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 制度のしくみがわからない
2. 専門用語がわからない
3. どのサービス提供事業者を選んだらよいかわからない
4. サービス提供事業者が少ない
5. サービス利用の手続きがめんどろ
6. 事業者との契約がむずかしい
7. サービス利用の経済的負担が重い
8. 利用できるサービス量が少ない
9. 利用したいサービスの種類がない
10. これまで受けていたサービスが今後も同じように受けられるか心配
11. サービス利用などについて相談相手がいない
12. その他()
13. 特にない

問18 障害者総合支援法に基づいて行われているおもな障害福祉サービス等は以下のような内容になっています。あなたが、今後利用したいと思うものはありますか。現在利用しているかどうかとは関係なく、利用したいものがあればそのサービス等の番号((1)~(11))を、次のページの下段の回答欄に、利用したい時期もあわせてお答えください。(※なお、現在受けているサービス等の内容については、市が発行している受給者証をご確認ください。)

訪問系サービス ホームヘルパーが自宅等を訪問するなどして提供されるサービスです。

(1) 居宅介護(ホームヘルプ) ~ 自宅で掃除・洗濯・買い物などの支援をしたり、入浴や排せつ、食事などの介助をします。

(2) 重度訪問介護 ~ 重度の障害があり常に支援が必要な方に、自宅で入浴や排せつ、食事などの介助や外出時の移動の補助をします。

(3) 行動援護 ~ 知的障害や精神障害により行動が困難で常に支援が必要な方に、行動するとき必要な支援や外出時の移動の補助などをします。

日中活動系サービス 施設等で障害のある方の昼間の活動を支援するサービスです。

(4) 生活介護 ~ 常に支援が必要な方に、施設で入浴や排せつ、食事の支援や創作的活動などの機会を提供します。

(5) 自立訓練(機能訓練・生活訓練) ~ 自立した日常生活や社会生活ができるよう、一定の期間、身体機能や生活能力の向上のために必要な訓練を行います。

(6) 短期入所(ショートステイ)～自宅で支援を行う方が病気などの場合、短期間、施設へ入所できます。

(7) 就労移行支援～一般の企業等で就労を希望する方に、一定の期間、就労に必要な知識や能力の向上のための訓練をします。

(8) 就労継続支援～一般の企業等で働くことが困難な方に、就労の機会や生産活動その他の活動の機会の提供、知識や能力の向上のための訓練を行います。

居住系サービス 入所施設等で提供される、住まいの場におけるサービスです。

(9) 共同生活援助(グループホーム)～共同生活を営む住居において相談や日常生活上の援助を行います。

相談支援

(10) 計画相談支援～障害福祉サービス利用者が適切にサービスを利用できるよう、障害のある方の生活状況等を勘案し、サービス等利用計画を作成し、利用に関する調整等を行います。

(11) 地域相談支援～施設や病院に長期入所・入院していた方が地域での生活に移行するために、住居の確保や新生活の準備等について支援を行う「地域移行支援」と、居宅で一人暮らしをしている方に対し、夜間等も含む緊急時における連絡、相談等のサポートを行う「地域定着支援」があります。

《回答欄》 …今後利用したいサービス等

【サービス等の番号】 ()

・利用したい時期 (1つに○)

→ ア. 今すぐ イ. 生活環境が変化したら ウ. 体調が変化したら

【サービス等の番号】 ()

・利用したい時期 (1つに○)

→ ア. 今すぐ イ. 生活環境が変化したら ウ. 体調が変化したら

【サービス等の番号】 ()

・利用したい時期 (1つに○)

→ ア. 今すぐ イ. 生活環境が変化したら ウ. 体調が変化したら

【サービス等の番号】 ()

・利用したい時期 (1つに○)

→ ア. 今すぐ イ. 生活環境が変化したら ウ. 体調が変化したら

問19 児童福祉法に基づいて行われているおもなサービス等は以下のような内容になっています。あなたが、今後利用したいと思うものはありますか。現在利用しているかどうかとは関係なく、利用したいものがあればそのサービス等の番号（(1)～(4)）を、後の回答欄に、利用したい時期もあわせてお答えください。（※なお、現在受けているサービス等の内容については、市が発行している受給者証をご確認ください。）

障害児通所支援

(1) 児童発達支援～未就学児の日常生活における基本的な動作の指導、集団生活への適応訓練等を行います。

(2) 放課後等デイサービス～障害児が施設に通い、日常生活の基本的な動作の指導や集団生活への適応訓練などを受けられます。

(3) 保育所等訪問支援～保育所等において、集団生活への適応のための専門的な支援を行います。

障害児相談支援

(4) 障害児相談支援～児童福祉法に基づく障害児の通所サービスを利用する場合、障害児の状況を勘案しながら障害児支援利用計画を作成し、適切な利用ができるよう、調整等を行います。

《回答欄》 …今後利用したいサービス等

| |
|--|
| 【サービス等の番号】（ ） |
| ・利用したい時期（1つに○） → ア. 今すぐ イ. 生活環境が変化したら ウ. 体調が変化したら |

| |
|--|
| 【サービス等の番号】（ ） |
| ・利用したい時期（1つに○） → ア. 今すぐ イ. 生活環境が変化したら ウ. 体調が変化したら |

| |
|--|
| 【サービス等の番号】（ ） |
| ・利用したい時期（1つに○） → ア. 今すぐ イ. 生活環境が変化したら ウ. 体調が変化したら |

..... 支援（介助）の状況についてうかがいます

問20 あなたは、次のようなことについて、どの程度支援が必要ですか。

①～⑩それぞれについて、あてはまる番号に1つつつ○をつけてください。

| 項 目 | ひとりで できる | 病気の調子が 良ければ ひとりで できる | ほとんど 手伝って もらう |
|------------------------|-------------|-------------------------------|---------------------|
| ①食 事 | 1 | 2 | 3 |
| ②着替え | 1 | 2 | 3 |
| ③入 浴 | 1 | 2 | 3 |
| ④家事（掃除、炊事、洗濯等） | 1 | 2 | 3 |
| ⑤外 出 | 1 | 2 | 3 |
| ⑥買い物 | 1 | 2 | 3 |
| ⑦服 薬 | 1 | 2 | 3 |
| ⑧金銭の管理 | 1 | 2 | 3 |
| ⑨人とのつきあい、コミュニケ ーション | 1 | 2 | 3 |
| ⑩生活リズムを保つ | 1 | 2 | 3 |

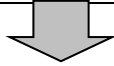
すべて1の方は問21へ

1つでも2か3がある方は
問20-1へ

問20-1 (問20で1つでも「2」か「3」とお答えの方へ)

支援を受ける上で問題となっていることはありますか。(あてはまるものすべてに○)

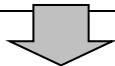
- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. 支援してもらうことに気を遣う | 6. 支援者の代わりにになる人がいない |
| 2. 支援者の精神的な負担が大きい | 7. 支援のことで相談できる人がいない |
| 3. 支援者が体力的にきつい | 8. その他 () |
| 4. 支援者が自分の時間を持ってない | |
| 5. 経済的な負担が大きい | 9. 特にない |



問20-2(問20-1をお答えの方へ)

あなたの支援をおもにしているのはどなたですか。(1つに○)

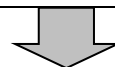
- | | |
|--------------|-------------------------------------|
| 1. 配偶者 | 9. ホームヘルパー |
| 2. 母 | 10. 友人・知人・仲間 |
| 3. 父 | 11. ボランティア |
| 4. 子ども | 12. グループホームや施設などの職員 (精神保健福祉士を含む) |
| 5. 子どもの配偶者 | 13. 病院の職員 |
| 6. 兄弟・姉妹 | 14. 近所の人 |
| 7. 祖父母 | 15. その他 () |
| 8. その他の家族・親族 | |



問20-3 (「1」～「8」のいずれかをお答えの方へ)

支援をしている方は何歳ですか。(1つに○)

- | | | |
|----------|---------|----------|
| 1. 20歳未満 | 4. 40歳代 | 7. 70歳代 |
| 2. 20歳代 | 5. 50歳代 | 8. 80歳以上 |
| 3. 30歳代 | 6. 60歳代 | |



問20-4 (問20-3をお答えの方へ) 【おもに支援をしているご家族、ご親族に

おうかがいします】支援をしている方がお困りのことは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------|-------------------------------|
| 1. 支援の方法がわからない、難しい | 7. 出費がかさむ |
| 2. 支援に十分な時間がさけない | 8. 精神的な負担が大きい |
| 3. 自分の時間が持てない | 9. 自分が高齢等により支援 できなくなる不安がある |
| 4. 家族や自分の就労に影響がある | 10. 自分の健康状態がよくない |
| 5. 腰痛など身体的な負担が大きい | 11. その他 () |
| 6. 睡眠時間が十分にとれない | |

→次は問21へ

問21へ

..... 日中の過ごし方についてうかがいます

問21 あなたは、平日の昼間は、おもにどこで(何をして)過ごしていますか。(1つに○)

1. 学校などに通っている
2. 働いている(作業所など「福祉的就労」の場も含む)
3. 施設に入所している
4. 施設に通って訓練や支援を受けている(病院のデイケアを含む)
5. 病院に入院している
6. 自宅で生活をしている
7. サークル活動やボランティアなどを行っている
8. その他()

次は問21-3へ

▶問21-1 (問21で「1」とお答えの方へ) 通学していて困ることはありますか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 付き添いがいないと通えない
2. ひとりで通えるが、交通事故などが心配
3. 学校等の設備が病人や障害者の利用に十分配慮されていない
4. 先生の理解や配慮が足りない
5. 周りの人たちに病気や障害が理解されない
6. 交流教育の内容がもの足りない
7. その他()
8. 特に困っていることはない

→次は問22へ

▶問21-2 (問21で「2」とお答えの方へ) 仕事(「福祉的就労」を含む)をする上で不安や不満はありますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. 収入が少ない | 8. トイレなどの設備が使いにくい |
| 2. 仕事がむずかしい | 9. 昇給や昇進が平等でない |
| 3. 仕事がきつい | 10. 通勤が大変 |
| 4. 仕事が少ない | 11. 障害への理解がない |
| 5. 自分に合った内容の仕事がない | 12. 相談相手がいない |
| 6. 職場の人間関係がむずかしい | 13. その他() |
| 7. 職場での身分が不安定 | 14. 特に不安や不満はない |

→次は問22へ

問21-3 （問21で「3」～「8」のいずれかをお答えの方へ） あなたが働いていない（働けない）理由は何ですか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|------------------------------|-------------|
| 1. 高齢のため | 6. 通勤が困難なため |
| 2. 施設に入所しているため | 7. 育児のため |
| 3. 病気や障害など健康上の理由 | 8. 特に理由はない |
| 4. 仕事をする自信がない、または仕事に対する不安がある | 9. その他() |
| 5. 自分の病気や障害の状況に合った仕事がないため | |

→次は問22へ

問22 あなたは将来、どのような暮らしをしたいですか。（1つに○）

- | | |
|---------------------------------|-----------------|
| 1. 現在の家族と一緒に暮らしたい | 6. 施設に入所して暮らしたい |
| 2. 結婚して家庭をつくりたい | 7. その他() |
| 3. ひとりで暮らしたい | |
| 4. 友人や仲間と一緒に暮らしたい | 8. わからない |
| 5. 同じ病気や障害のある人と、グループホームなどで暮らしたい | |

問23 あなたが問22で選んだ生活をしようとするとき、問題になることはありますか。

（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|--------------------|------------|
| 1. 生活を支援してくれる人がいない | 6. 家族が反対する |
| 2. 一緒に住む仲間がいない | 7. その他() |
| 3. 住宅が見つからない | |
| 4. 収入が十分でない | 8. 特に問題はない |
| 5. 入所できる施設等が見つからない | |

…………… 外出や活動についてうかがいます ……………

問24 あなたは外出するときに困ることはありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 出かけたいときに支援してくれる人がいない。
2. 交通機関の利用が難しい
3. 緊急時など意思の疎通がむずかしい
4. 周りの人からの偏見や差別がある
5. 障害があることに気づいてもらえず、配慮してもらえない
6. 自分が傷つく不安がある
7. その他()
8. 特に困ることはない
9. (ほとんど)外出しないのでわからない

問25 あなたが、趣味や学習、スポーツなどの活動をするときに困ること、また活動を行っていない理由はどのようなことですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 施設や設備が病人や障害者に配慮されていない
2. 精神疾患患者や障害者が参加できる講座・イベント等が少ない
3. 病気や障害のない大勢の人たちと一緒に活動することに気が引ける
4. 支援者がいない、支援者に気を遣う
5. 一緒に参加する友人、仲間がいない
6. 活動のための情報が少ない
7. 忙しくて時間がない
8. 経済的な余裕がない
9. その他()
10. 興味がないので参加しない
11. 特にない

問26 あなたは、ボランティア活動をしていますか。また、してみたいと思いますか。

(1つに○)

1. 現在ボランティア活動に参加しており、今後も参加したい
2. 現在ボランティア活動に参加しているが、今後はやめたい
3. 現在はボランティア活動に参加していないが、興味・関心はある
4. 現在はボランティア活動に参加していないが、今後は参加してみたい
5. 障害や病気のために参加できない
6. その他()
7. わからない

→次は
問26-1へ

…………… コミュニティ（地域）についてうかがいます ……………

問27 あなたは、近所や地域の方とどの程度のつきあい方をしていますか。（1つに○）

1. 相談し、助け合える人がいる
2. 世間話をする程度の人はい
3. あいさつする程度の人はい
4. ほとんど近所づきあいはない
5. その他()

問28 障害の有無にかかわらずお互いに理解しあい、共に生きる社会をつくっていくためには、どのようなことが必要だと思いますか。（3つまでに○）

1. 障害のある人とない人が交流する機会を設ける
2. 障害や障害者への理解を深められるよう、情報提供を充実させる
3. 学校教育の中で、障害や福祉に関する学習を充実させる
4. 通常学級に在籍している児童・生徒との交流教育を充実させる
5. 障害者へのボランティア活動を充実させる
6. 障害者がさまざまな活動に参加できるよう周りの人が協力する
7. 障害者が外出しやすいよう、外出の支援を充実させる
8. 建物・設備などが障害者にも利用しやすいよう改善する
9. 障害の状況に応じて働けるよう、職場の就労環境を改善する
10. その他()
11. わからない

……………障害者施策全般についてうかがいます……………

問31 あなたは、福祉サービスや日頃の生活について必要な情報を集めたり、悩み事などを相談するときに、困ることはありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. どこに問い合わせたらよいかわからない
2. 身近な場に相談するところがない
3. 電話やFAXを使って情報収集や相談をするための体制が不十分である
4. インターネットを使って情報収集や相談をするための体制が不十分である
5. 相談先で、周りの人に相談内容が聞こえてしまう
6. その他()
7. 家族や知人に相談したり、情報を得られるので特に困っていない

問32 あなたは「成年後見制度」をご存知ですか。(1つに○)

1. 知っている
2. よく知らないが、聞いたことはある
3. 知らなかった

※「成年後見制度」は、判断能力が不十分な成年者（認知症の高齢者、知的障害者、精神障害者等）が不利益を被らないように家庭裁判所に申し立てをし、その方を援助してくれる方（「後見人」）を付け、財産管理や福祉サービスの利用などを任せる制度です。

問33 あなたは、万一自分自身では判断ができなくなった場合、「成年後見制度」を利用し財産管理などを任せることについて、どう思いますか。(1つに○)

1. すでに利用している
2. 任せてもよい
3. 一部なら任せてもよい
4. 任せたくない
5. わからない

問34 東村山市で暮らしていくうえで、市にこれから特にどのような施策に力を入れてほしいと思いますか。(5つまでに○)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 病気や障害等に関する市民の理解を深めるような啓発活動2. 文化活動やレクリエーション活動等による地域の人々との交流3. 情報提供と、気軽に何でも相談できるような体制の充実4. 病気や障害のある人の健康づくりや機能訓練の充実5. ホームヘルプサービスなど福祉サービスの充実6. 福祉サービスを利用できる事業所の整備7. 作業所など福祉的就労の場の整備8. 近隣の企業等で就労できるような職場開拓9. 就労のための各種支援の体制づくり10. 個性を尊重し可能性を伸ばす教育環境の充実11. 地域の人々がお互いに支えあう体制づくりと人材育成12. 住宅や道路・交通機関など病気や障害のある人が暮らしやすいまちづくり13. 災害や緊急時の対応体制の強化14. 市内にある施設の地域活用の推進15. 福祉サービス提供事業者の指導・評価とサービス内容の適正化・向上の促進16. 適正な事業者を選択し契約ができるような支援体制づくり17. 成年後見制度等、病気・障害のある人の人権を守るためのしくみの推進18. 精神福祉サービスの選択の幅が、他の2障害と同様の水準となるような充実19. 精神障害者の地域生活を支援する施設の整備20. デイケアを身近な医療機関等で利用できるように促進すること21. その他()22. 特にない、わからない |
|---|

..... ご意見をお寄せください

◎ 市の保健福祉施策その他に関するご意見、ご要望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。返信用封筒に入れ、
12月〇日(〇)までに郵便ポストに投函してください。(切手は不要です)