

障 福 第 143 号
平成 27 年 7 月 30 日

各障害者団体代表者 様

神奈川県保健福祉局福祉部障害福祉課長
(公 印 省 略)

障害者差別解消法に関するアンケートについて (依頼)

本県の障害福祉行政につきましては、日頃から格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、平成 28 年 4 月に施行される「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」に伴い、県では職員対応要領の作成等の取組みを検討しています。

つきましては、県の障害者差別解消法の取組みの基礎資料とするため、障害当事者及びそのご家族に対して、実際に体験した悪いと思われた対応と、良いと思われた対応について、次のとおりアンケート調査を実施いたします。

1 アンケートの内容

回答者の属性等、悪いと思われる対応、良いと思われる対応等

2 回答方法

次の方法のいずれかにより回答ください。

- (1) 添付の回答用紙又は県ホームページから回答用紙をダウンロードしていただき、郵送、ファクシミリで回答する。
- (2) 県ホームページのアンケート回答フォームに、入力していただき、送信する。

※ 回答は無記名。アンケートの回答は、県庁内の全体の取組みに活用します。

※ アンケートでご回答いただいた個別事案・内容について、相手方への指導等はいりません。

アンケートのホームページ : <http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f532983/>

回答送付先 : 〒231-8588 横浜市中区日本大通 1 神奈川県障害福祉課調整グループ宛
ファクシミリ (045) 201-2051

アンケート回答フォーム :

<https://cgi.pref.kanagawa.jp/ques/questionnaire.php?openid=2000001353>

3 回答締切

平成 27 年 8 月 31 日 (月)

※ 回答は、平成 27 年 8 月 31 日に締切り、集計を行いますが、事例の募集は継続します。

問い合わせ先
調整グループ 長澤
電話 045(210)1111 内線(4734)

障害を理由とする差別解消法に関するアンケート回答票

平成 28 年 4 月施行の「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」に関連し、県の取り組みの基礎資料とするため、実際に体験した悪いと思われた対応と、良いと思われた対応についてお聞かせください。

○ ご回答いただく方について 該当するものに○をつけてください。

性別	男性、女性
年齢	10 代以下、20 代、30 代、40 代、50 代、60 代、70 代以上、不明
障害の種別	視覚障害、聴覚・平行機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害、肢体不自由、内部障害、精神障害、知的障害、難病・特定疾患、発達障害・自閉症、高次脳機能障害、 その他（具体的に： _____)
回答者属性	本人、障害のある方のご家族、障害のある方の支援者、 その他（具体的に： _____)

○ 悪いと思われた対応 該当するものに○をつけて、具体的に内容を記載してください。

対応の分野①	福祉、医療、行政（公共の建物・公園等を含む）、販売（消費活動）・飲食、交通・観光、情報・通信、学校・教育、労働・雇用、文化活動、子育て、災害、金融・不動産（住宅）、 その他（具体的に： _____)
対応の内容①	
対応の分野②	福祉、医療、行政（公共の建物・公園等を含む）、販売（消費活動）・飲食、交通・観光、情報・通信、学校・教育、労働・雇用、文化活動、子育て、災害、金融・不動産（住宅）、 その他（具体的に： _____)
対応の内容②	

※ 対応を 3 つ以上記載する場合は、別の紙に記載するなどしていただいても結構です。

○ 悪いと思われた対応があった際の相談 該当するものに○をつけてしてください。

相談の有無	有、無
相談した相手	サービス等を提供した当事者（相手・店舗等）、市区町村・県・その他行政機関、障害者団体、民生委員・児童委員、家族・友人、その他（具体的に：_____）

○ **良いと思われた対応** 該当するものに○をつけて、具体的に内容を記載してください。

対応の分野①	福祉、医療、行政（公共の建物・公園等を含む）、販売（消費活動）・飲食、交通・観光、情報・通信、学校・教育、労働・雇用、文化活動、子育て、災害、金融・不動産（住宅）、その他（具体的に：_____）
対応の内容①	
対応の分野②	福祉、医療、行政（公共の建物・公園等を含む）、販売（消費活動）・飲食、交通・観光、情報・通信、学校・教育、労働・雇用、文化活動、子育て、災害、金融・不動産（住宅）、その他（具体的に：_____）
対応の内容②	

※ 対応を3つ以上記載する場合は、別の紙に記載するなどしていただいても結構です。

ご回答いただき、ありがとうございました。

回答は、郵送又はファクシミリで送付ください。

郵送先：〒231-8588 横浜市中区日本大通1 神奈川県障害福祉課調整グループ宛

ファクシミリ：（045）201-2051

または、アンケート回答フォームでご回答ください。

<https://cgi.pref.kanagawa.jp/ques/questionnaire.php?openid=2000001353>