

しょうがいしゃさべつかいしょうほうにんちどちょうさ ごきょうりよく ねが  
障害者差別解消法認知度調査に御協力をお願いします。

あ 当てはまるところに○をつけてください。

1 あなたの性別を教えてください。

- (1) 男性
- (2) 女性
- (3) その他

2 あなたの年齢を教えてください。

- (1) 20歳未満
- (2) 20～29歳
- (3) 30～39歳
- (4) 40～49歳
- (5) 50～59歳
- (6) 60～69歳
- (7) 70歳以上

3 あなたと障がいのある方との関係を教えてください。

なお、あなたご自身に障がいがある場合は、障がい種別を教えてください。

※ 当てはまるところすべてに○をつけてください。

- (1) 身体障がいの方 (ご本人)
- (2) 知的障がいの方 (ご本人)
- (3) 精神障がいの方 (ご本人)

【次のページへ続きます】

(4) 発達障がいの方（ご本人）

(5) 難病の方（ご本人）

(6) 親

(7) きょうだい

(8) 配偶者

(9) 親きょうだい以外の家族

(10) 福祉関係者

(11) 教員・教育関係者

(11) 行政職員（教員を除きます）

4 平成28年4月に施行された「障害者差別解消法」を知っていますか？

(1) 名称は知っている（内容は知らない）

(2) 内容も知っている

(3) 知らない

5 障害者差別解消法が施行されて、あなたの生活や仕事に何か変化を感じますか？

(1) 感じる ⇒ 設問6と設問7にお答えください

(2) 感じない ⇒ 設問7だけお答えください

6 どのような変化があったのか具体的に教えてください。

【次のページへ続きます】

7 今後、この法律をより多くの人に知ってもらうためにはどのような取組が必要だと

おも  
思いますか？

ちょうさ きょうりょく  
調査にご協力いただきありがとうございました。

ふあつくす ごかいとう ほあい  
FAXで御回答する場合は、このままお送りください。

ふあつくすばんごう  
FAX番号：011-232-4068

ほっかいどう ほけんふくし ぶふくしきょくしょう しゃほけんふくしかせいど  
北海道保健福祉部福祉局 障がい者保健福祉課制度

ぐるーぷ  
グループ

ほんま いき  
本間 行

