



LOS ANGELES COUNTY

Aging & Disabilities Department

ロサンゼルス郡障害者サービス戦略計画アンケート

ロサンゼルス郡高齢者・障害者局は、ロサンゼルス郡障害者委員会（LACCOD）およびパブリック・コンサルティング・グループ（PCG）と提携して、本アンケートを実施しています。このアンケートの実施はPCGによって行われます。

これは、ロサンゼルス地域における障害者の方々へのサービスの機会、ギャップ、そしてニーズに関するアンケートです。アンケートの結果は、ロサンゼルス郡高齢者・障害者局の障害者サービス戦略計画の策定に役立てられます。これにより、ロサンゼルス地域の障害者向けサービスの拡充と改善に向けた5カ年計画ロードマップ（資金の確保状況に応じて）の作成が可能になります。

この度は、アンケートにご協力いただき、ありがとうございます。私どもは、障害者の方々を支援するサービスやプログラムに関するあなたのご経験についてお伺いしたいと考えております。本アンケートの所要時間は約15分です。ご回答いただいた内容は機密情報として扱われ、高齢者・障害者局の戦略計画の策定に使用されます。個人を特定できる情報が共有されることはありません。

質問によっては、あなたの気分を害することがあるかもしれません。回答を希望されない質問はスキップしていただいて構いません。

ん。このアンケートは後からいつでも再開していただくことができます。

このアンケートにご協力いただける方（障害のある方、そのご家族、または介護者など）をご存知でしたら、下記のリンクをお送りください。

<https://s.alchemer.com/s3/LA-County-Disabilities-Strategic-Plan>

回答者は、画面右上のドロップダウンメニューからご希望の言語を選択できます。アンケートは以下の14言語でご利用いただけます。

- 英語
- アラビア語
- アルメニア語
- 中国語（簡体字）
- ペルシア語
- ヒンディー語
- 日本語
- クメール語/カンボジア語
- 韓国語
- ロシア語
- スペイン語
- タガログ語
- タイ語
- ベトナム語

アンケートをダウンロードして、他の方と共有することもできます。アンケートのダウンロードリンクはこちらです。アンケートにご回答いただき、郵送またはEメールで下記住所までお送りください。

Aging & Disabilities Department
Attention Guillermo Medina
510 South Vermont Ave, 11th Floor
Los Angeles, California 90020
info@ad.lacounty.gov

皆様からのご意見をお待ちしております。このアンケートは
2025年21月8日まで有効です。

サービスやサポートが必要な場合は、地域の高齢者支援局の
情報・支援ホットライン（**800-510-2020**）までお電話くださ
い。(受付時間、月曜日～金曜日、午前**8時**～午後**5時**)。この
電話番号は、サービスとサポートに関するお問い合わせ専用
です。

本アンケートに関するご質問は、**PCG 調査チーム**
[\(LACoDisabilitySurvey@pcgus.com\)](mailto:LACoDisabilitySurvey@pcgus.com) までお問い合わせくださ
い。

1) このアンケートにご自身で回答していますか、それとも障害のある他の方に代わって回答していただいていますか？

☐ 私は障害者であり、私自身がこのアンケートに回答しています。

☐ 私は本人の代理でこのアンケートに回答しています。私はその人の家族です。

☐ 私は本人の代理でこのアンケートに回答しています。私はその人の介護者です。

☐ 私は本人の代理でこのアンケートに回答しています。私はその人の友人です。

☐ 私は本人の代理でこのアンケートに回答しています。私はその人の代理人です。

☐ 私は本人の代理でこのアンケートに回答しています。私とその人との関係は上記に記載されていません。

あなたについて

どうもありがとうございます。このアンケートの残りの部分は、あなたが代理で回答する障害のある方の立場に立ってご回答ください。障害のある方がこれらの質問にどう答えるかを想像してお答えください。

2) あなたの年齢を教えてください。

- ☐ 0～17歳
- ☐ 18～34歳
- ☐ 35～59歳
- ☐ 60～64歳
- ☐ 65 ～74歳
- ☐ 75 ～ 84歳
- ☐ 85歳以上

3) ご自身について当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ 私は身体障害者または移動困難障害者です。
- ☐ 私は視覚障害者です。（例：失明、弱視）
- ☐ 私は聴覚障害者です。（例：聾、難聴）
- ☐ 私は知的障害または発達障害を持っています。（例：自閉症、ダウン症候群）
- ☐ 私は認知障害または学習障害を持っています。（例：ADHD、失読症）
- ☐ 私は精神疾患または感情障害を持っています。
- ☐ 私は薬物依存症（薬物使用障害）を持っています。
- ☐ 私は慢性疾患または健康関連の疾患を患っています。（例：糖尿病、関節炎、心臓病、HIV/AIDS）
- ☐ 私は神経疾患を患っているとの診断を受けています。（例：多発性硬化症、パーキンソン病、てんかん）
- ☐ 私は脳性麻痺と診断されています
- ☐ 私は外傷性脳損傷（TBI）と診断されています。

☐ 私はアルツハイマー病、認知症、またはその他の記憶関連の疾患を持つと診断されています。

☐ 私は上記に該当しない障害を持つ人間であると自認しています。

☐ 上記のいずれも私に当てはまりません。 [（ナビゲーション：この回答を選択した場合は、「ありがとう」ページに進みます）](#)

障壁

4) 私は障害があるために、地域社会への積極的な参加、必要なサービスへのアクセス、自立生活の維持をするにあたって、以下のような障壁に直面しています。該当するものをすべて選択してください。

☐ 物理的な障壁（例：アクセスできない建物、歩道、スロープ、駐車場、トイレ）

☐ 交通手段の障壁（例：旅行 信頼性の低い公共交通機関、不十分な補助交通機関、アクセス可能な車両の不足）

☐ コミュニケーションにおける障壁（例：手話通訳、字幕、代替形式の資料の不足）

☐ テクノロジーにおける障壁（例：使いにくい、または使えないウェブサイト、アプリ、キオスク）

☐ プログラムにアクセスするにあたっての障壁（例：複雑な申請手続き、資格制限、宿泊施設の不足）

☐ プログラムの差による障壁（例：必要なプログラムが自分の地域に存在しない）

☐ 人々の態度に関わる障壁（例：地域住民、サービス提供者、郡の部局からの差別、認識の欠如、敬意の欠如）

- ☐ 障害者へのサービス提供者または担当局スタッフに対するトレーニングの不足
 - ☐ 経済的な障壁（例：サービス、機器、または支援ケアの費用負担）
 - ☐ 社会的孤立または社会的支援ネットワークの欠如
 - ☐ 上記に記載されていないその他の障壁
-

健康状態全般

障害のある方の代理で本アンケートにご回答いただく場合は、その方になったつもりでご回答ください。その方がこれらの質問にどのように答えるかを想像してご回答ください。

ありがとうございます。次の質問では、あなたの全体的な健康状態についてもう少し詳しくお伺いしたいと思います。あなたは以下の記述にどの程度同意しますか？

5) あなたの医療へのアクセスについて、最もよく当てはまるものは次のうちどれですか？該当するものをすべて選択してください。

- ☐ 私の地域は医師や医療提供者が不足している。
- ☐ 医療機関にアクセスできない、またはアクセスが困難である。
- ☐ 医療機関は、私が屋内にいる場合、アクセスできない。（例：車椅子が入らない、診察台に上がれない、移動用のリフトがないなど）。
- ☐ 病気のとときに医師の診察を受ける金銭的余裕がない。
- ☐ 必要なときに医師の診察を受けることができる。

あなたは以下の記述にどの程度同意しますか？

6) 過去2週間で、自分のニーズを満たすのに十分なお金を持っていました。

- () 全く同意しない
- () 同意しない
- () どちらともいえない
- () 同意する
- () 非常に同意する

障害のある方の代理で本アンケートにご回答いただく場合は、その方になったつもりでご回答ください。その方がこれらの質問にどのように答えるかを想像してご回答ください。

7) 私は毎日必要なことをこなせる自分の能力に満足しています。
例えば、請求書の支払い、食料品の買い物、料理、家の掃除など。

- () 全く同意しない
- () 同意しない
- () どちらともいえない
- () 同意する
- () 非常に同意する

8) あなたはご自分が希望するだけ働くことができますか?

() はい、私は就業しており、好きなだけ働いています。

() いいえ、私は就業していますが、希望するほど働けていません。

() いいえ、私は無職で、働きたいと思っています。

() 私は退職しました / 就労を終えました / 働きたくありません。

(ナビゲーション：回答が「いいえ、私は雇用されていますが、希望するほど働けていません」または「いいえ、私は雇用されておらず、雇用されたいと思っています」の場合は次の質問に進み、それ以外の場合は質問11に進んでください)

仕事

9) あなたが希望するほど働けないのはなぜですか？当てはまる理由をすべて選択してください。

☐ 機会が不足している。(質問11へ進む)

☐ 自身の障害やその他の健康上の問題により、長時間働くことが困難である。(次の質問へ進む)

☐ 交通手段の都合で長時間働くことが困難である。(次の質問へ進む)

☐ 希望する職に就くには、さらなる教育、訓練、または資格を受ける必要がある。(次の質問へ進む)

☐ 職を探し、それを維持するための支援が必要である。(質問11へ進む)

☐ その他 (質問11へ進む)

仕事（続き）

10) ワークフォースボードや職業リハビリテーションなど、雇用に関するリソースを探す場所をご存知ですか？

- ☐ はい、以前これらのグループに支援してもらったことがあります。
- ☐ はい、しかし私はまだこれらのグループと連携したことはありません。
- ☐ いいえ、でも利用できるリソースがあることは知っています。
- ☐ いいえ、リソースが利用可能であることを知りませんでした。

ハウジング

あなたは以下の記述にどの程度同意しますか？

11) 私は毎月、独立した住宅（家賃、住宅ローン、その他の支払い）に住む金銭的余裕がある。

- ☐ 全く同意しない
- ☐ 同意しない
- ☐ どちらともいえない
- ☐ 同意する
- ☐ 非常に同意する

12) 私の住んでいる地域でバリアフリー住宅を見つけることができる。

- ☐ 全く同意しない
 - ☐ 同意しない
 - ☐ どちらともいえない
 - ☐ 同意する
 - ☐ 非常に同意する
-

環境

13) 以下のいずれかの場所へのアクセスや、その場所内での移動に困難を感じていますか？該当するものをすべて選択してください。

- ☐ 診療所または医療サービス機関
- ☐ 社会福祉サービス提供施設
- ☐ レクリエーション活動
- ☐ 店舗および事業所
- ☐ 勤務先、または勤務やボランティアを希望している場所
- ☐ レストラン
- ☐ 銀行
- ☐ ホテル
- ☐ その他の場所
- ☐ 上記以外

14) 過去1年間に、消防や救急サービスなどの緊急サービスに連絡しなければならなかったことはありますか?

☐ はい

☐ いいえ

(はいの場合は次の質問に進み、いいえの場合は質問16に進みます)

15) 必要な救急サービスを受けましたか?

☐ はい

☐ いいえ

16) 緊急事態や災害が発生した場合に備えて、緊急時対応計画（避難計画、医療物資や交通手段へのアクセスなど）を立てていますか?

☐ はい

☐ いいえ

17) 緊急事態や災害が発生した場合に備えて、緊急連絡先（家族、友人、介護者など）を指定していますか?

☐ はい

☐ いいえ

交通機関

障害のある方の代理で本アンケートにご回答いただく場合は、その方になったつもりでご回答ください。その方がこれらの質問にどのように答えるかを想像してご回答ください。

あなたは以下の記述にどの程度同意しますか？

18) 私は公共交通機関を利用できる。

- ☐ 全く同意しない
- ☐ 同意しない
- ☐ どちらともいえない
- ☐ 同意する
- ☐ 非常に同意する

19) 公共交通機関は私にとって手頃な価格である。

- ☐ 全く同意しない
- ☐ 同意しない
- ☐ どちらともいえない
- ☐ 同意する
- ☐ 非常に同意する

20) ロサンゼルスでは通常どのように移動していますか？該当するものをすべて選択してください。

- ☐ 徒歩、走る、または自分の体で動く
- ☐ 自転車
- ☐ 自身または知人が所有する自家用車

☐ 公共交通機関

☐ Metro

☐ タクシー、Uber、Lyftなどの民間のライドシェアサービス

☐ ButterFLi Assisted TransportationやAccess Paratransitなど、他社が提供する乗車サービス

☐ その他の方法

サービスへのアクセス

あなたは以下の記述にどの程度同意しますか？

21) 一般的に、インターネットに安定してアクセスできる。

- ☐ 全く同意しない
- ☐ 同意しない
- ☐ どちらともいえない
- ☐ 同意する
- ☐ 非常に同意する

22) 私は日常生活で効果的にコミュニケーションをとるために必要なものを持っている。（例：翻訳機、コミュニケーションサポート技術、代替のコミュニケーション手段など）

- ☐ 全く同意しない
- ☐ 同意しない
- ☐ どちらともいえない
- ☐ 同意する
- ☐ 非常に同意する

23) あなたは現在、以下の公共サービスを利用していますか？該当するものをすべて選択してください。

- ☐ 医療およびヘルスケアサービス（保険カウンセリングを含む）
- ☐ 精神衛生 / 行動保健サービス
- ☐ 電話によるウェルネスチェックなどウェルネスに関するサポート
- ☐ 現金支給、一般救済
- ☐ 育児プログラム
- ☐ 児童福祉プログラム
- ☐ 在宅支援サービス（入浴、着替え、食事の準備、家事）
- ☐ 職業または雇用支援プログラム
- ☐ 食品および栄養サービス
- ☐ 地域センター
- ☐ 自立生活センター
- ☐ 交通手段へのサポート
- ☐ 支援住宅または手頃な価格の住宅プログラム
- ☐ 住宅改修プログラム
- ☐ 介護者サポート
- ☐ ケースマネジメント
- ☐ 社会参加への取り組み
- ☐ コミュニケーションサポート（通訳者など）
- ☐ 退役軍人向けプログラム
- ☐ 薬物使用に関する支援またはプログラム
- ☐ その他

☐ いいえ、公的に利用できるサービスは利用していません。

(ナビゲーション：「いいえ、公開されているサービスは利用していません」と回答した場合は、質問24に進みます。その他の回答の場合は、質問25に進みます)

サービスへのアクセス（続き）

24) 公的に利用できるサービスを利用していないのはなぜですか。

☐ 現在サービスの利用を必要としない。

☐ 友人や家族のサポートに頼っている。

☐ 自分を助けてくれるサービスがあることを知らなかった。

☐ サービスにアクセスする方法が分からない。

☐ サービスを受ける対象資格がないと言われた。

☐ その他の理由

(ナビゲーション：質問24の後は質問27へ進んでください)

25) これらのサービスにどのようにして繋がりましたか？該当するものをすべて選択してください。

☐ インターネットを通じて

☐ 電話

☐ 学校を通じて

☐ 職場を通じて

☐ 主治医との相談

☐ 専門の介護提供者との相談（神経科医、理学療法士、メンタルヘルス提供者など）

- ☐ 病院を通じて
- ☐ 郡または州を通じて
- ☐ 保険会社を通じて
- ☐ 友人や家族にこれらのサービスを勧められた
- ☐ 地域センターを通じて
- ☐ 自立生活センターを通じて
- ☐ その他の方法

26) サービスにアクセスできなくなるについて不安になる理由はどのようなものですか？該当するものをすべて選択してください。

- ☐ ニュースで耳にした事柄のため
- ☐ 金銭的な問題のため
- ☐ 雇用状況の変化のため
- ☐ 住居の変更のため
- ☐ 交際状況の変化のため（例：結婚）
- ☐ その他
- ☐ サービスへのアクセスが失われることを心配していない。

27) 現在ご利用のサービスにアクセスできなくなった場合、どのような対処をする予定ですか？該当するものをすべて選択してください。

- ☐ 現在、私の地域で利用できる他のサービスを知っている
- ☐ 友人や家族に頼る
- ☐ 老人ホームや他の施設に移らなければならない
- ☐ ロサンゼルス郡内で引っ越さなければならない

- ☐ ロサンゼルス郡外に引っ越さなければならない
- ☐ 考えたことはあるが代替案はない
- ☐ 考えたことがない

28) 現在、以下の点に課題を抱えている、または以下のプログラムをもっと増やしてほしい。

- ☐ 既存のサービス、およびそれらを探す方法に関する情報
- ☐ サービスに繋がるまたは開始する
- ☐ 交通手段
- ☐ 住宅
- ☐ 食料品へのアクセス
- ☐ アクセス可能なヘルスケア / 医療の選択肢
- ☐ 公共のレクリエーションプログラムや会場へのアクセス
- ☐ 言語およびコミュニケーションサポート（翻訳サービス、コミュニケーション技術、代替コミュニケーションオプションなど）
- ☐ 雇用の機会
- ☐ 地域社会への参加と社会的な機会
- ☐ よりアクセスしやすい近隣地域と環境
- ☐ 複数のシステムやプログラムのナビゲーションのサポート

人口統計

最後に、ご自身についてもう少し教えてください。すべての質問への回答は任意ですので、答えたくない場合は、ご回答いただかなくて構いません。

29) あなたの人種と民族を教えてください。該当するものをすべて選択してください。

- ☐ ネイティブアメリカンまたはアラスカ先住民
- ☐ アジア人
- ☐ 黒色人種またはアフリカ系アメリカ人
- ☐ ヒスパニック系またはラテン系
- ☐ 中東系または北アフリカ系
- ☐ ハワイ先住民または太平洋諸島民
- ☐ 白色人種
- ☐ 上記以外の人種

30) 自宅で主に使っている言語は何ですか?

- ☐ 英語
- ☐ アラビア語
- ☐ アルメニア語
- ☐ 中国語
- ☐ ペルシア語
- ☐ ヒンディー語
- ☐ 日本語
- ☐ クメール語/カンボジア語
- ☐ 韓国語
- ☐ ロシア語
- ☐ スペイン語
- ☐ タガログ語

☐ タイ語

☐ ベトナム語

☐ その他

31) あなたの性別を教えてください。最も当てはまるものを1つ選択してください。

☐ 男性

☐ 女性

☐ ノンバイナリー

☐ 上記以外の性別

32) あなたの最高学歴を教えてください。

☐ 中学卒業

☐ 高校卒業またはGED(高卒認定)取得

☐ 大学（学位なし）

☐ 準学士号

☐ 学士号

☐ 修士号

☐ 博士号または専門職学位

☐ 認定資格

33) 現在の勤務状況はどのようなものですか？

- () 就労しており、フルタイムで勤務している（週32時間以上）
- () 就労中、パートタイム勤務
- () 失業中で仕事を探している
- () 失業中だが、現在仕事を探していない
- () その他

34) 郵便番号は何ですか？

**35) ロサンゼルス郡の障害者サービスについて他に何かお知らせ
いただきたいことや、上記のご回答について何かご意見がござい
ましたら、ぜひお聞かせください。ロサンゼルス郡高齢者・障害
者局の今後の戦略計画や障害者サービスに関する最新情報をご希
望の場合は、あなたのメールアドレスをご記入ください。**

ありがとう！

貴重なご意見をお寄せいただき、誠にありがとうございました。皆様のご経験とリーダーシップは、ロサンゼルスにおける障害者包摂の未来を形作っていくものです。あなたの貴重なお時間お割いて、情報をご提供いただき、誠にありがとうございます。皆様のご回答は、ロサンゼルス郡高齢者・障害者局が、障害のある方、あるいは障害のある方を支援する地域社会の皆様に最善のサービスを提供する障害者サービス戦略計画を策定する上で、大変貴重な資料となります。

本アンケートに関するご質問は、PCGアンケートチーム（LACoDisabilitySurvey@pcgus.com）までお問い合わせください。
