

6. 参考資料

参考資料 1 重症心身障がい児者及びその介護者の実態調査（アンケート）調査票

重症心身障がい児者及びその介護者の実態調査（アンケート）回答協力をお願い

この度のアンケートは、地域における重症心身障がい児者とその介護者の方々の地域生活の状況等をお聞きすることで、みなさまの生活実態を把握し、安心して生活を送るために必要な支援体制作りを実践することを目的とするものです。

平成27年10月1日現在、身体障害者手帳1級または2級と療育手帳Aの両方の手帳をお持ちの方を対象に、このアンケートを送付させていただいておりますので、お忙しいところお手数をおかけしますが、アンケートにご協力いただきますようお願いいたします。

みなさまへのアンケートの送付にあたりましては、お住まいの市町のご協力を得て行っております。お答えいただいた内容は、情報の管理に万全を期した上で、必要な支援内容や、各関係機関の連携体制構築やサービス基盤の充実など地域生活支援のための基礎資料として活用し、上記にお示しした目的以外には使用いたしません。

また、個人情報を除くアンケートの回答内容の分析結果については、大阪府のホームページにて公表する予定としています。

アンケートの実施目的をご理解いただき、回答することにご協力いただける場合は、次のページからのアンケートにご回答ください。

平成27年11月

大阪府・〇〇市（※二次医療圏内の各市町村を記載）

■ご記入について

- ・回答につきましては平成27年10月1日現在の内容でご記入ください。
- ・アンケートの記載方法は質問ごとに記載しています。選択肢がある場合は、あてはまる番号に○をつけてください。回答欄が（ ）の場合は、数値・文章でご記入ください。
- ・ご家族以外の方（医師・看護師・ヘルパー・相談支援専門員・ケアマネージャー・ご親族・ご友人など）が、ご記入することも可能です。

■アンケートの返信について

- ・ご記入いただきましたアンケートは、同封の返信用封筒に入れ、可能な限り11月30日（月）までに投函していただきますようお願いいたします。

■本調査についてのお問い合わせは

大阪府福祉部障がい福祉室地域生活支援課地域サービス支援グループ

電話（06）6941-0351（内線：2452）

FAX（06）6944-2237

○下の問6・問7は、補装具を利用されている場合、補装具を利用した状態についてご回答ください。

問6：移動機能についてご記入ください。

ご本人の身体状況(移動機能)について、あてはまるもの1つに○をつけてください

- ① 全面介助が必要で、自分で寝返りはできない
- ② 全面介助が必要だが、自分で寝返りはできる
- ③ 座る姿勢を自分で保つことができる
- ④ 室内を伝い歩きや這って移動することができる
- ⑤ 平坦な場所であれば、物につかまらず歩いて移動することができる
- ⑥ 室外でも介助なく歩行移動ができる(移動機能に障がいはない)

問7：ご本人の移動方法や外出についてご記入ください。

●ご本人の外出の頻度(通院を除く)について、この半年間の状況を平均して、あてはまるもの1つに○をつけてください

- ① ほぼ毎日、外出している
- ② 3日に1回、外出している
- ③ 週に1回、外出している
- ④ 月に1～3回、外出している
- ⑤ 2～3か月に1回、外出している
- ⑥ ほとんど、外出はしていない

●ご本人の移動介助について、あてはまるものすべてに○をつけてください

- ① ご本人だけで、外出することができる(移動に介助は不要)
- ② ご本人と家族だけで、外出することができる(ヘルパーの同行は不要)
- ③ ご本人とヘルパーだけで、外出することができる(家族の同行は不要)
- ④ 家族とヘルパーの両方の介助があれば、外出することができる
- ⑤ その他()

●ご本人が外出するときに困ることについて、あてはまるものすべてに○をつけてください

- ① 車による移動が必要だが、送迎などのサービスがない
- ② 車による移動が必要だが、タクシーなどの費用が高額
- ③ 家族が介助できない時に、支援してくれるサービスがない
- ④ その他()

Ⅱ. ご家族の状況について

問 11：ご本人の同居家族と、介護をされている親族・友人についてご記入ください。

ご本人の介護を主にされている方 1 人に「☆」、介護の協力をされている方に「○」をつけてください

(例)	ご本人から みた続柄	介護を されている方 (☆は1つのみ ○は複数も可)	医療的ケア を実施され ている方に ○を付けて ください	ご本人と同居か、 別居かについて、 該当するものに ○をつけてくだ さい	年 齢	子育て・介護等の必要性 幼少のための子育て や、高齢、病弱、障が いなどの理由で介護等 が必要な方は「要」に ○をつけてください
	}	母	☆	○	同居・別居	43 歳
弟				同居・別居	2 歳	要 ・ 不要
				同居・別居	歳	要 ・ 不要
				同居・別居	歳	要 ・ 不要
				同居・別居	歳	要 ・ 不要
				同居・別居	歳	要 ・ 不要
				同居・別居	歳	要 ・ 不要
				同居・別居	歳	要 ・ 不要

問 12：ご本人を主に介護されている方(問 11 で「☆」がついた方)の状況についてご記入ください。

● 普段、十分な睡眠時間を取ることはできていますか？

あてはまるもの 1 つに○をつけてください

- ① 十分にとれている ② おおむね取れている
③ あまり取れていない ④ ほとんど取れていない

● 普段の就寝時間と起床時間をご記入ください

普段 () 時ごろに就寝し、() 時ごろに起床する

● 普段、睡眠中に介護のために起きる回数について、あてはまるもの 1 つに○をつけてください

- ① 0回 ② 1回～2回 ③ 3回～5回 ④ 6回以上

● 健康状態について、あてはまるもの 1 つに○をつけてください

- ① 日常生活に支障はない状態 ② 日常生活に支障がある状態

問 14：ご本人の介護について、不安や負担に感じていることをご記入ください。

●ご家族で介護をされている中で不安や負担に感じていることについて、あてはまるものすべてに○をつけてください。複数の選択肢を選択された場合は、下の【不安や負担に感じている順】に、最も不安に感じていることから順に、選択肢の番号を記入してください

- ① ご本人の成長により、入浴や移動が困難になる
- ② 介護を代わりにしてくれる家族がいない、介護を人に委ねられない
- ③ 経済的な負担が大きい
- ④ 介護のことを相談できる相手がない
- ⑤ 障がい福祉サービスなどの情報がどこで聞けるのかわからない
- ⑥ 短期入所（ショートステイ）やデイサービスなど、ご本人を介護してくれる事業所が見つからない
- ⑦ その他 1 ()
- ⑧ その他 2 ()

【不安や負担に感じている順】

〈最も不安なこと〉

() → () → () → () → () → () → ()

問 15：介護をされている中で、お困りのことや必要だと思われるサービスがあればご記入ください。

【お困りのこと】

- (例) ・急な病状悪化やけいれんがあるため、常に目を離せない
- ・介護をするため、兄弟姉妹と関わる時間が取れない

【必要だと思われるサービス】

- (例) ・医療や障がい福祉サービスの利用等など、生活に必要な情報を提供してくれるサービス
- ・入院時にヘルパーが付き添いできるサービス

Ⅲ. 医療のことについて

問 16：ご本人が利用されている医療機関についてご記入ください。

緊急時に利用できる医療機関
全てに○をつけて下さい

よく利用する医療機関（2つまで）に「◎」をつけてください

	医療機関名	診療科目	利用方法	往診・通院の頻度	緊急時 利用
			○をつけてください		
(例)	◎ ●●病院	呼吸器内科・小児科	往診・ 通院 ・入院	2 月 週に 1回	○
			往診・通院・入院	月 週に 回	
			往診・通院・入院	月 週に 回	
			往診・通院・入院	月 週に 回	
			往診・通院・入院	月 週に 回	
			往診・通院・入院	月 週に 回	

医療的ケアのうち、①人工呼吸器の管理、③吸引、④吸入、⑤在宅酸素、⑦経管栄養、⑪導尿（膀胱留置カテーテルを含む）が必要な方を介護している方は、問 17に進んでください。
それ以外の方は 8 ページの問 18に進んでください。

問 17：①人工呼吸器の管理、③吸引、④吸入、⑤在宅酸素、⑦経管栄養、⑪導尿（膀胱留置カテーテルを含む）が必要な方を介護されている方は、それぞれの介護の内容についてご記入ください。

①人工呼吸器の管理

●介護をする中で負担に感じることにあてはまるものすべてに○をつけてください

- ①昼夜を問わずアラームがなる
- ②本人から離れることができないため、介護者の外出が困難になる
- ③人工呼吸器の装着者に対応をしてくれる福祉サービスの事業所がない
- ④本人が外出する時の準備や調整に苦勞する
- ⑤機器の故障に対する不安がある
- ⑥消耗品の管理、購入の負担が重い
- ⑦停電時の電源確保に対する不安
- ⑧その他（ ）

●わかる範囲で使用している人工呼吸器の機種をご記入ください

機種名（ ）

問 19：医療的ケアを実施された際のトラブルや困ったことがあれば、その内容と誰に相談したか、ご記入ください。

(例)吸引後に体調変化があり、訪問看護師に連絡をして相談した

問 20：訪問診療の利用状況についてご記入ください。

●訪問診療（往診）を利用していますか？

（利用している ・ 利用していない）※「利用していない」方は3つ下の質問にお進みください

●訪問診療の頻度についてあてはまるもの1つに○をつけてください

①1カ月に1回 ②1カ月に2～3回

③1カ月に4回 ④1カ月に5回以上 → 1か月に（ ）回

●訪問診療を始めたきっかけにあてはまるもの1つに○をつけてください

①医療機関からの紹介

②保健所の保健師からの紹介

③市役所（町村役場）の保健センターや障がい福祉課等からの紹介

④普段から家族でかかりつけ医として利用していた医療機関に頼んだ

⑤「大阪府重症心身障害児・者を支える会」や「大阪府肢体不自由児者父母の会
連合会」などの当事者団体からの紹介

⑥自分で病院・診療所を探した

⑦訪問看護師からの紹介

⑧相談支援事業所からの紹介

⑨その他（ ）

●訪問診療を利用していない方にお聞きします。訪問診療を利用していない理由について、あてはまるもの1つに○をつけてください

①訪問診療の必要がない ②費用負担が大きい ③訪問診療が何か知らない

④実施する医療機関が近くにない ⑤その他（ ）

●上の質問で、③または④を選ばれた方にお聞きします。訪問診療の紹介があった場合、利用したいと思いますか

①利用したい

②主治医と相談して決めたい

③利用したくない

④その他（ ）

問 21：訪問看護・訪問リハビリの利用状況についてご記入ください。

●訪問看護や訪問リハビリを利用していますか？

- ①複数の事業所を利用している ②1つの事業所を利用している
③利用していない ※「利用していない」方は4つ下の質問にお進みください

●訪問看護や訪問リハビリの頻度についてご記入ください

※複数の事業所を利用されている場合は合計の回数をご回答ください

訪問看護師は1週間に（ ）回、訪問している

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等は1週間に（ ）回、訪問している

●利用されている訪問看護事業所の中で、夜間の急変時や早朝など24時間対応体制で利用できる事業所はありますか？ (①ある ・ ②ない)

●訪問看護の利用を始めたきっかけにあてはまるもの1つに○をつけてください

- ①医療機関からの紹介 ②保健所の保健師からの紹介
③市役所（町村役場）の保健センターや障がい福祉課等からの紹介
④訪問診療の医師からの紹介 ⑤自分で訪問看護事業所を探した
⑥「大阪府重症心身障害児・者を支える会」や「大阪府肢体不自由児者父母の会連合会」などの当事者団体からの紹介
⑦相談支援事業所からの紹介 ⑧その他（ ）

●訪問看護・訪問リハビリを利用していない方にお聞きします。訪問看護を利用しない理由について、あてはまるもの1つに○をつけてください

- ①訪問看護の必要がない ②費用負担が大きい ③訪問看護が何か知らない
④訪問看護を実施する医療機関・事業所が近くにない
⑤その他（ ）

●上の質問で、③または④を選ばれた方にお聞きします。訪問看護の紹介があった場合、訪問看護を利用したいと思いますか

- ①利用したい ②主治医と相談して決めたい ③利用したくない
④その他（ ）

問 26：サービスの利用状況と利用する上での課題についてご記入ください。

※サービス内容は下記の17種類のサービスとします。

(各サービスの説明は、別紙参考資料をご参照ください)

現在、利用しているサービス		利用したいが利用できないサービス	
サービスの種類の番号をご記入ください (①～⑰)	利用する中で課題に感じることを(ア)～(ス)から選んで記入してください。「(ス) その他」は内容をご記入ください	サービスの種類の番号をご記入ください (①～⑰)	利用できない理由を(ア)～(ス)から選んで記入してください。「(ス) その他」は内容をご記入ください
(例) ①	(イ)、(カ)	⑥	(ウ)、(コ)、(サ)、 (ス) 利用方法がわからない

【サービスの種類】各サービスの内容については、別紙をご覧ください。

- ①居宅介護・重度訪問介護（ホームヘルプ） ②行動援護 ③同行援護 ④生活介護
 ⑤自立訓練（機能訓練・生活訓練） ⑥就労移行支援・就労継続支援
 ⑦短期入所（ショートステイ） ⑧療養介護 ⑨施設入所支援 ⑩共同生活援助（グループホーム）
 ⑪移動支援（ガイドヘルプ） ⑫地域活動支援センター ⑬日中一時支援 ⑭訪問入浴
 ⑮放課後等デイサービス ⑯児童発達支援（旧 通園施設等） ⑰保育所等訪問支援

【理由の選択肢一覧】

- (ア) サービス提供や内容に関する情報がない (イ) サービスの事業所が少ない
 (ウ) 医療的ケアに対応できる事業所がない (エ) サービス利用の手続きが大変
 (オ) 事業者との日時などの調整が大変 (カ) 利用できる回数や日時が少ない
 (キ) 利用者負担の金額が大きい
 (ク) サービスの内容や利用方法について相談できる相手がいない
 (ケ) 事業所までの移動手段がない、自家用車での移動が大変
 (コ) 利用したい日に予約がとれない (サ) 急な利用時に対応してもらえない
 (シ) 待機者が多く、順番が回ってこない (ス) その他

問 27：短期入所（ショートステイ）サービスの利用状況について、ご記入ください。

●短期入所（ショートステイ）を利用していますか？

①利用している ②利用していない※「利用していない」方は2つ下の質問にお進みください

●短期入所を利用している頻度についてご記入ください【実際の頻度をご記入ください】

（ ）月に（ ）回、（ ）泊ぐらい利用している

●短期入所を利用したい頻度についてご記入ください【希望する頻度をご記入ください】

※利用したくない場合、空欄で結構です

（ ）月に（ ）回、（ ）泊ぐらい利用したい

●短期入所を利用していない方にお聞きします。短期入所を利用していない理由について、あてはまるもの全てに○をつけてください

①短期入所（ショートステイ）の必要がない

②短期入所（ショートステイ）が何か知らない

③ご本人が短期入所（ショートステイ）の利用に抵抗がある

④介護者が短期入所（ショートステイ）の利用に抵抗がある

⑤短期入所（ショートステイ）では、日中活動が十分に提供されない

⑥短期入所（ショートステイ）を実施する事業所が近くにない

⑦送迎がないため、利用できない

⑧医療的ケアがあるため、短期入所（ショートステイ）の受入が難しい

⑨事業所と利用条件が合わないため（※「その他」欄に具体的にご記入ください）

⑩その他 （ ）

●上の質問で③～⑩を選ばれた方にお聞きします。上の課題が解消された場合、短期入所を利用したいと思いますか

①利用したい

②利用するつもりはない

問 28：短期入所について、「こうなれば、いいのになあ」などのご意見があれば、ご自由にお書きください

問 29：短期的な入院の状況について、ご記入ください。

●リハビリや検査などを目的として、短期的に入院することがありますか？（障がい者病棟への短期的な入院を含む）

①入院することがある ②入院しない※「入院していない」方は2つ下の質問にお進み下さい

●短期的な入院をしている頻度についてご記入ください【**実際の頻度**をご記入ください】

（ ）月に（ ）回、（ ）泊ぐらい利用している

●短期的な入院を利用したい頻度についてご記入ください【**希望する頻度**をご記入ください】

※利用したくない場合、空欄で結構です

（ ）月に（ ）回、（ ）泊ぐらい利用したい

●短期的な入院を行っていない方にお聞きします。その理由について、あてはまるもの全てに○をつけてください

①短期的な入院の必要がない

②短期的な入院が何か知らない

③ご本人が短期的な入院に抵抗がある

④介護者が短期的な入院に抵抗がある

⑤短期的な入院を実施する病院が近くにない

⑥送迎がないため、利用できない

⑦病院と利用条件が合わないため（※「その他」欄に具体的にご記入ください）

⑧その他 （ ）

●上の質問で③～⑧を選ばれた方にお聞きします。上の課題が解消された場合、短期的に入院することがあると思いますか

①必要があれば、入院したい

②入院するつもりはない

問 30：短期的な入院について、「こうなれば、いいのになあ」などのご意見があれば、ご自由にお書きください

問 31：居宅介護・重度訪問介護（ホームヘルプ）の利用状況についてご記入ください。

●居宅介護・重度訪問介護（ホームヘルプ）を利用していますか？

①利用している ②利用していない

●居宅介護・重度訪問介護（ホームヘルプ）の利用頻度についてご記入ください

一週間に（ ）回、1回あたり約（ ）時間の利用をしている

●居宅介護・重度訪問介護（ホームヘルプ）のヘルパーから提供されているサービスについて、

あてはまるものすべてに○を付けてください

①入浴介助 ②排せつの介助 ③食事の介助 ④掃除・洗濯などの家事

⑤病院への通院介助 ⑥更衣（着替え）の介助

⑦医療的ケア（喀痰吸引・経管栄養）の実施

⑧往診医や訪問看護師が実施する医療的ケアの補助

⑨その他（ ）

問 32：福祉サービス、相談系サービス、外出のサービスについて、「こうなればいいのにな」と思うことがあれば、ご記入ください。

(例) ・医療的ケアに対応できる事業所が増えればいい

・相談支援事業所が少ないので、増やしてほしい

問 33：ご本人の介護を行う中で、さまざまな悩み事の相談する方についてご記入ください。

それぞれの相談内容について、「相談する方」に当てはまる番号すべてに○をつけてください。

※特に悩まなかった内容については、「その他の相談相手」の欄に、「×」をご記入ください。

	専門病院の医師	往診医師・かかりつけ医	訪問看護師・理学療法士等	保健所の保健師	病院の相談員	市町村職員（窓口担当者や保健師等）	学校の先生	通園・通所事業所職員・ヘルパー	相談支援専門員	家族や親戚	（相談相手をご記入ください） その他の相談相手	相談できる人がいない
(例) ご本人の健康や体調変化が気になるとき	①	2	③	4	5	6	7	8	9	10	友人 ケアマネージャー	11
ご本人の健康や体調変化が気になるとき	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11
福祉サービスや手当等の利用を考えたとき	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11
介護で疲れたときなど、とにかく話を聞いてほしいとき	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11
支援学校と地域の小・中・高等学校と、どちらに進学するか悩んでいる（いた）とき	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11
介護者が病気などで、ご本人への介護が継続できなくなったとき	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11
在宅医療（訪問診療・訪問看護）を利用したいとき	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11
ご本人の将来のこと（将来の暮らしのこと）で相談したいとき	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11
ご本人の介護負担が大きく、家族の生活（きょうだいの世話・親の介護等）に困ったとき	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11

