### 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)回答協力のお願い

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(※二次医療圏域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O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

## I. ご本人の状況について

※これ以降、このアンケートでは重症心身障がい児者の方を「ご本人」とお呼びします。

## 問1:ご本人の年齢・性別を記入してください。

年齢:平成27年10月1日現在で( 性別: (男・女) 歳)

### 問2: ご本人の居住場所と居住地の市町村名を記入してください。

●居住場所:ご本人の居住場所を選んであてはまるもの1つに○をつけてください

( ご自宅 ・ 施設 ・ 病院 )

※短期入所(ショートステイ)利用の場合:「ご自宅」、療養介護を利用の場合:「施設」として下さい

●居住地: 平成27年10月1日現在のご本人の居住地の市町村は

市•町•村)

※施設(療養介護事業所を含む)を利用している場合、施設所在地の市町村名をご記入ください

### 問3:身体障害者手帳の等級を記入してください。

身体障害者手帳の等級についてあてはまるもの1つに〇をつけてください

1級

② 2級

### 問4:身体障がいの内容について記入してください。

●身体障害者手帳に記載の「障害名」について、あてはまるものすべてに○をつけてください

(1) 肢体不自由(上肢)

② 肢体不自由(下肢)

③ 肢体不自由(体幹)

④ 肢体不自由(脳原性運動機能障害)

⑤ 内部障害

⑥ 音声・言語・そしゃく機能障害

⑦ 視覚障害

⑧ 聴覚障害、平衡機能障害

●障がいの原因となった傷病名や診断名がわかっていればご記入ください。

(

### 問5:コミュニケーションの状況について、記入してください。

- ●言語などの理解について、あてはまるもの 1 つに〇をつけてください
  - ①日々の簡単な言葉が理解できない ②日々の簡単な言葉は理解できる
  - ③色や数が少し分かる ④文字・数字が少し分かる ⑤簡単な計算ができる
- ●意思表示について、あてはまるもの全てに○をつけてください
  - ①あまり分からない ②表情で示す ③しぐさで示す ④単語で示す ⑤文章で示す

### ○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 つに〇をつけてください

- 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)

### 閂

37:ご本人の移動方法や外出についてご記入くだる	さい。
●ご本人の外出の頻度(通院を除く)について、 1つに○をつけてください	この半年間の状況を平均して、あてはまるもの
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O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	る(移動に介助は不要)
② ご本人と家族だけで、外出することだ	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	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〇をつけてください
① 車による移動が必要だが、送迎などの	<b>のサービスがない</b>
② 車による移動が必要だが、タクシーな	<b>などの費用が高額</b>
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 (	)

### 問8:入浴について、ご記入ください。

- ●ご自宅での入浴状況について、あてはまるもの 1 つに〇をつけてください
- ①ご本人だけで入浴できる ②家族の協力があれば入浴できる
- ③家族がいなくても、訪問看護師やヘルパーの協力があれば入浴できる
- 4家族がいるときに、訪問看護師やヘルパーと家族が協力すれば入浴できる
- ⑤訪問入浴サービスを使えば入浴できる ⑥自宅での入浴は難しい状況
- ●入浴頻度(通所施設などの入浴も含む)について、あてはまるもの1つに○をつけてください。
  - ①ほぼ毎日 ②週に2~3回程度 ③週に1回程度 ④月に1~3回程度
  - ⑤その他( )

### 問9: ご本人に必要な医療的ケアについてご記入ください。

- ※このアンケートにおける「医療的ケア」とは、以下の14項目とします
- ①人工呼吸器の管理 ②気管切開部の管理 ③吸引 ④吸入 ⑤在宅酸素 ⑥在宅中心静脈栄養
- 7経管栄養 8人工透析(腹膜透析を含む) 9自己注射 ⑩ストマ管理
- ①導尿(膀胱留置力テーテルを含む) ②排便管理(浣腸、摘便など) ③スキンケア(褥瘡予防など)
- 14服薬管理
  - ●ご本人は医療的ケアが必要ですか?
    - ( 必要 · 不要 ) → 「不要」の方は**問 10** へ進んでください
  - ●ご本人に必要な医療的ケアについてあてはまるものすべてに○をつけてください
  - ①人工呼吸器の管理 ②気管切開部の管理 ③吸引 ④吸入 ⑤在宅酸素
  - ⑥在宅中心静脈栄養 ⑦経管栄養 ⑧人工透析(腹膜透析を含む) ⑨自己注射
  - ⑩ストマ管理 ⑪導尿(膀胱留置カテーテルを含む) ⑫排便管理(浣腸、摘便など)
  - ③スキンケア(褥瘡予防など) ④服薬管理 ⑤その他(

### 問 10: ご本人の平日の日中の居場所についてご記入ください。

- ●ご本人の平日の日中の居場所についてあてはまるもの 1 つに○をつけてください
  - ①保育園 ②幼稚園 ③認定こども園 ④小学校 ⑤中学校 ⑥高等学校
  - ⑦支援学校の小学部 8支援学校の中学部 9支援学校の高等部
  - ⑩自宅 ⑪通所施設 ⑫病院 ⑬入所施設 ⑭その他(

)

ご本人が施設等へ入所されている場合、アページの問16Ⅲ、医療のことについてへ進んでください

# 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「O」をつけてください

	ご本人からみた続柄	介護を されている方	医療的ケアを実施され	ご本人と同居か、別居かについて、		子育で・介護等の必要性 幼少のための子育て
(例)	(例) 父・姉・ 友人など	☆は1つのみ ○は複数も可	ている方に 〇を付けて ください	該当するものに ○をつけてくだ さい	年 齢	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 〇をつけてください
	<del>B</del>	☆	0	同居別居	43 歳	要・不要
l	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: <u>ご本人を主に介護されている方(問 11 で「☆」がついた方</u>の状況についてご記入ください。

12: <u>  C本八を土に月暖で11でいる方(同 11 で、                                 </u>
●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
<ul><li>●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</li><li>① 0回 ② 1回~2回 ③ 3回~5回 ④ 6回以上</li></ul>
●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

※引き続き、ご本人を主に介護されている方の普段の状況についてご記入ください。
●平日、介護から離れる時間はありますか?あてはまるもの1つに○をつけてください
① ある ② ない
●平日、介護から離れる時間が「ある」方は、どのような時かご記入ください
(例) ご本人が学校に通っている時
●介護負担を5段階で示すとすれば、どの程度に感じていますか?あてはまるもの1つに○を
つけてください
① 介護負担は感じていない
② 介護負担はあまり感じていない
③ 介護負担を感じている
④ 介護負担が大きいと感じている
⑤ 介護負担が非常に大きいと感じている
問 13:主に介護をされている方が、ご本人の介護をできない場合の対応についてご記入ください。 
●冠婚葬祭や介護者のけがや病気などの理由で、ご本人の介護が急にできない状況になった場合
の対応について、あてはまるもの全てに〇をつけてください
(※実際に予約等がとれるかではなく利用の可能性があるものを選んでください)
①短期入所(ショートステイ)に登録しているので、利用するつもりにしている
②病院に一時的に入院できるので、利用するつもりにしている
③デイサービスを利用するつもりにしている

④友人や親戚に、介護をお願いするつもりにしている

⑤利用できるサービスがない

⑥その他(

## 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 にのたっけるください。複数の選択時を選択された場合は、下の【不安や負担に感じているぼ
に〇をつけてください。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いない
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〉
(
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】

### 問

- (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 全てに〇をつけて下さい

よく利用する医療機関(2つまで)に「◎」をつけてください

_						1
		医療機関名	診療科目	利用方法 〇をつけてください	往診・通院の頻度	緊急時 利用
(例)   	0	●●病院	呼吸器内科•小児科	往診(通院)入院	2月 1回	0
				往診・通院・入院	月 週	
				往診・通院・入院	月に回	
				往診・通院・入院	月に週	
				往診・通院・入院	月に週	
				往診・通院・入院	月に週	

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、<u>問17</u>に進んでください。 それ以外の方は<u>8ページの問18</u>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。

# ●介護をする中で負担に感じ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昼夜を問わずアラームがなる

①人工呼吸器の管理

- 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労する 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(

●普段、喀痰吸引をどの時間帯に行うかについてあてはまるもの1つにOをつけてください	
①昼も夜も実施 ②日中のみ ③夜間のみ ④その他(	)
●普段、喀痰吸引の頻度についてご記入ください	
( )時間に ( )回程度、喀痰吸引を行っている	
④吸入	
●普段、吸入をどの時間帯に行うかについてあてはまるもの1つに○をつけてください	
①昼も夜も実施 ②日中のみ ③夜間のみ ④その他(	)
●普段、吸入の頻度についてご記入ください	
( )時間に ( )回程度、吸入を行っている	
⑤在宅酸素	
<ul><li>●普段、在宅酸素をどの時間帯に行うかについてあてはまるもの1つに○をつけてください。</li></ul>	
● 自成、 住宅 政策 2 2 0 5 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	)
	)
⑦経管栄養	
●経管栄養を行う部位または方法についてあてはまるもの1つに○をつけてください	
①経鼻 ②胃ろう ③腸ろう ④その他(	)
⑪導尿(膀胱留置力テーテルを含む)	
●普段、導尿をどの時間帯に行うかについてあてはまるもの1つに○をつけてください	
①昼も夜も実施 ②日中のみ ③夜間のみ ④その他(	)
	,
問 18:ご家族が医療的ケアを実施している場合に、ご記入ください。	
●医療的ケアの指導を誰から受けましたか。あてはまるもの全てに〇をつけてください	
   ①病院の医師 ②病院の看護師 ③かかりつけ医や訪問診療の医師	
   ④訪問看護師 ⑤保健師 ⑥その他 (	)

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				
<ul><li>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</li></ul>				
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				
<ul><li>◎相談支援事業所からの紹介</li><li>◎その他(</li></ul>				
●訪問診療を <u>利用していない</u> 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つに〇をつけてください				
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、 <u>③または④を選ばれた方</u> 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				
<ul><li>④その他 (</li></ul>				

## 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0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、 <u>③または④</u> 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 22: 訪問診療・訪問看護・訪問リハビリ等の在宅医療について、「もっとこうなったらいいのにな」 と思うことなどがあれば、ご記入ください。

(例)・訪問看護の利用料が高いため、助成してほしい

・訪問看護を、2時間ぐらい利用したい

問 23:口/ 	腔ケア(歯みがき等)の状況について、ご記入ください。
●歯みな	がきなどの口腔ケアの頻度について、あてはまるもの 1 つに〇をつけてください
1 3	定期的に歯みがきなどの口腔ケアを行っている
:	⇒ ( ) □、歯みがき等を行っている
2	その他(
●歯科図	医から診察を受けていますか、あてはまるもの全てに〇をつけて下さい。
①歯	科医から定期的に診察を受けている (①往 診・ ②通 院)
②虫1	歯等の場合には、歯科医で診察を受けている
③診	察してくれる歯科医がないため、診察を受けられていない
4特(	に診察を受ける必要がないため、診察を受けていない
570	の他( )
●歯科図	医へ通院されている場合、通院にかかる時間を教えて下さい
115	5分以内で通院できる
230	分以内で通院できる
316	時間以内で通院できる
416	時間以上かかる

## Ⅳ. 障がい福祉サービスのことについて

問 24: 障がい福祉サービスの障害支援(程度)区分の認定について記入してください。 ※18 歳未満の方は認定がありませんので、問 25 へ進んでください。

- ●障がい福祉サービスの障害支援(程度)区分(※)の認定を受けていますか?あてはまるもの1つに○をつけてください
  - ① (障害程度区分・ 障害支援区分)を受けている
  - ② 受けていない → 「受けていない」 方は問 25 へ進んでください
- ●障害支援(程度)区分の認定を受けている方は、その区分を選んで○をつけてください
  - ① 区分1 ② 区分2 ③ 区分3 ④ 区分4 ⑤ 区分5 ⑥ 区分6
- (※) 障害支援(程度)区分

障がい者等の障がいの多様な状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示すもので、市町村にある審査会を経て決定されるものです。一部の福祉サービスを利用する場合も必要になります。平成 26 年 4 月 1 日より「障害支援区分」に変更されています。

問 25: 相談系サービスの利用状況についてご記入ください (※サービスの説明は、別紙参考資料をご参照ください。)

- (別紙にある) いずれかの相談支援事業(相談系サービス) を利用されたことがありますか? (①利用したことがある ②利用したことがない)
- ●相談支援事業を**利用したことがない**理由であてはまるもの1つに〇をつけてください
  - ①「相談支援事業」というサービスを知らない
  - ②「相談支援事業」というサービスは知っているが、どこに事業所があるかわからない
  - ③相談支援事業を利用したい相談内容がない

④その他( )

- ●サービス等利用計画を作成されていますか?
- (①相談支援事業所で作成 ②セルフプランで作成 ③作成していない)
- ●「サービス等利用計画」を作成していない理由であてはまるもの1つに○をつけてください。
  - ①障がい福祉サービスを利用しておらず、作成の必要がない
  - ②「サービス等利用計画」が何かわからない
  - ③「サービス等利用計画」は知っているが、どこで作るのかわからない
  - 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	E、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		サービスの種	利用できない理由を(ア)~(ス)
類の番号をご 記入ください		類の番号をご記入ください	から選んで記入してください。 「(ス) その他」は内容をご記入
(①~⑪)	ご記入ください	(1~17)	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) ⑪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、 白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。

	,,, (2 = 1,74,7,7)				
●短期入所	(ショートステイ)を利用	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	E利用している頻度につい	ハてご記入ください	【 <u>実際の頻度</u> をご記入ください】		
(	) 月に (	) 🗖 (	)泊ぐらい利用している		
	を利用したい頻度につい こくない場合、空欄で結	<del>-</del>	<b>希望する頻度</b> をご記入ください】		
(	) 月に (	) 🗖 (	)泊ぐらい利用したい		
●短期入所を	E利用していない方にお	聞きします。短期入済	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	561			
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	⑦送迎がないため、利用できない				
8医療的	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	(		)		
<ul><li>●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</li></ul>					
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 ださい		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		

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【 <u>実際の頻度</u> 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						
e vicevi						

## 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
<ul><li>●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</li><li>一週間に ( )回、1回あたり約 ( )時間の利用をしている</li><li>●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、</li></ul>
あてはまるものすべてに〇を付けてください
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
○分泌医療++1000 ままない。 ○分泌医療・+1000 ままない。 ○分泌医療・+1000 ままない。
⑧往診医や訪問看護師が実施する医療的ケアの補助
<ul><li>②任診医や訪問有護師が実施する医療的グアの補助</li><li>③その他 (</li></ul>
⑤その他 ( ⑤ うつでは ( ⑤ うつでは ( ⑤ うつでは ( の うしゃ ( の ) しままままままままままままままままままままままままままままままままままま
<ul><li>⑨その他 (</li><li>)</li><li>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。</li><li>(例)・医療的ケアに対応できる事業所が増えればいい</li></ul>
<ul><li>⑨その他 (</li><li>)</li><li>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。</li><li>(例)・医療的ケアに対応できる事業所が増えればいい</li></ul>
<ul><li>⑨その他 (</li><li>)</li><li>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。</li><li>(例)・医療的ケアに対応できる事業所が増えればいい</li></ul>

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〇をつけてください。 ※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。

		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	۰۲ ت		C10.		ا دەنا	JUX 10 .	, , ,,	10010	. , , ,	をしむハヘルの	
		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)	相談できる人がいない
(1	列) 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	00	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	80	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	ω	4	5	6	7	00	9	10		11
	在宅医療(訪問診療・訪問看護)を利用したいと	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	00	9	10		11

さい。 				
(例)介護の金銭的負担が大き	く、生活が困窮し	してきている		
V. 教育のことについて				
問 35:ご本人の義務教育のこ	とについてご記え	んください		
300: と本人の表現が高めと ※就学されていない方は将来		-	学の状況を、	ご記入ください。
●小・中学校での教育についる				
	小学校	(小学部)		校(中学部)
   通学	3.2 12	(41.2 04)	1 3	IX (1 J UP)
自宅への訪問教育				
その他				
●小・中学校はどの学校に通	っていましたかり			
		小学校(小学)	部)	中学校(中学部)
地域の公立学校地域の公立学校の支援等	⇒≤店			
支援学校(旧 養護学校				
私立の学校	,			
その他				
			•	
問 36:ご本人の高等学校段階	の教育についてこ	ご記入ください。		
※就学されていない方は将来の	希望を、就学後 <sup>\</sup> 	や卒業後の方は就学の	の状況を、ご	記入ください <i>。</i> 
●高等学校はどの学校に通·	っていましたか?	?あてはまるもの1	つにОをつけ	けてください
①公立の高等学校	②支援学校(	(旧 養護学校) の	高等部への過	通学
③支援学校(旧 養護	学校)からの記	訪問教育		
④私立の高等学校	⑤公立の通信	制の高等学校	⑥私立の通	信制の高等学校
⑦進学していない	8その他 (			)

問34: ご本人の介護を行う上で、どこに相談すればいいのかわからない悩み事があれば、ご記入くだ

問 37:学校に通学する上での問題点があれば、ご記入ください。 	
<ul><li>●通学について主にあてはまるもの2つを選んで○をつけてください(○la</li></ul>	<b>は2つ</b> )
   ①支援学校(旧養護学校)の通学バスに乗れないため家族による違	送迎が必要
②学校までタクシーや電車等で通うため、交通費が高額	
   ③移動中も喀痰吸引などの医療的ケアが必要になり、駐車する場所	fの確保が困難
④家族による送迎ができない場合に、代わりに送迎してくれる人か	がいない
⑤その他(	)
問 38:学校内の活動について、問題点があれば、ご記入ください。	
●学校内の活動について最も問題であると思われるもの1つに○をつけて	ください
 ①医療的ケアが必要であるため、学校での活動に家族の同伴が必要	5
②地域の学校に進学した場合、すぐに看護師が見つからないため、	看護師を配置でき
るまで時間がかかる	
③その他(	)
問 39: ご本人の教育のことについて、「こうなればいいのにな」と思っているいのか不安に思うことなどがあれば、ご記入ください (例) 医療的ケアがあっても保育園に通園できたらいいなあ 体調の関係で、毎日、通学できない	ことや、どうすればい

### VI. 情報収集のことについて

問40:福祉サービス制度や手当制度などの情報収集についてご記入ください。

●福祉サービス制度や手当制度などの情報はどのようなものから知ることが多いですか?主にあてはまるものを2つ選んで○をつけてください(○は2つ)
 ①市(町村)政だより・府政だよりなどの広報誌、市町村・府のホームページを見る②市町村や府の資料・パンフレットを見る③市町村や府に直接問い合わせる
 ④病院や学校で知り合った親仲間の話で聞く(介護者同士の口コミ)
 ⑤インターネットで「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」などの当事者団体のホームページなどを見る⑥医療機関の相談員から聞く
 ⑦保健所及び市町村の保健師から聞く
 ⑧基幹相談支援センターや相談支援事業所から聞く
 ⑨施設や団体の機関紙やパンフレットを見る
 ⑩情報を得る手段がない
 ⑪行その他(

問 41:地域での生活で「もっとこうなればいいのにな」「こんな支援があればいいのにな」と思うことなど、自由にご意見をご記入ください。

NIL 조터메나씨는 이 조크	ナヴァクノの5588にブカナンセゼネナ」 アポクセのかし こ ブジンナ」 セ

以上で質問は終わりです。非常に多くの質問にご協力いただきまして誠にありがとうございました。 お手数ですが、返信用封筒にて、可能な限り 11 月 30 日(月)までに、ご返送ください。

●なお、大阪府では「重症心身障がい児者地域ケアシステム整備事業」について、下記ホームページに掲載していますので、ご確認いただければ幸いです。

http://www.pref.osaka.lg.jp/chiikiseikatsu/shogai-chiki/tiiki-keasisutemu.html このホームページをご覧いただく際には、「大阪府 地域ケア」で検索して下さい。