

調査票等



# 在宅で生活する重度の心身障害のある方 及び 日常的に医療的ケアが必要な方に関する調査について

本調査は、ご家庭で暮らしている重度の心身障害のある方、そのご家族の生活の様子、現在ご利用になっている医療・福祉サービス等の実態の把握や、今後必要とお考えになる医療・福祉サービス等についてご意見を伺うことにより、これまでの静岡県の取組の評価と今後の障害のある方々への支援の充実を目的としています。

※ 前回調査(平成20年)では、調査結果を踏まえ、既存事業の拡充、新規事業の創設等に反映しました。〈裏面のとおり〉

調査(調査票の送付、回収、集計等)は、静岡県健康福祉部障害福祉課が担当し、県内の各児童相談所(賀茂、東部、富士、中央、西部)、特別支援学校及び政令市(静岡市、浜松市)の協力を得て行います。

本調査票の内容は、次のとおりです。

- |                     |                             |
|---------------------|-----------------------------|
| I ご本人について           | VI ショートステイの利用について           |
| II 介護者の状況について       | VII 施設入所・グループホーム等への入居希望について |
| III 医療サービスの利用状況について | VIII 災害時・緊急時の対策について         |
| IV 日中活動について         | IX その他                      |
| V 学校教育等について         |                             |

つきましては、お忙しいところ、お手数をおかけして申し訳ありませんが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、お願い申し上げます。

ご記入後は、同封の返信用封筒にご封入のうえ、令和2年12月18日までにご投函ください。

なお、本調査は、個人のプライバシーに配慮して実施するとともに、調査結果の取扱いには十分注意し、本調査以外の目的で使用することはありません。

(注) 本調査票は、①療育手帳及び身体障害者手帳をお持ちになっており、それぞれの障害が重度(療育手帳：A判定、身体障害者手帳：肢体不自由の1級または2級)の方、②障害者手帳はお持ちでなくても、知的障害及び身体障害が重複した重度の方、③日常的に医療的ケアが必要であるため、ショートステイなどの実際の施策等で支援が必要とされる方で、65歳未満の在宅の方を対象にしています。

施設に入所されている方など調査対象に該当しない場合は、調査票のQ1～Q3のみご回答の上ご返送ください。

令和2年11月

静岡県健康福祉部障害福祉課

本調査についてのお問い合わせ、ご連絡等は、下記までお願いします。

静岡県健康福祉部障害福祉課知的障害福祉班(静岡市葵区追手町9-6) TEL 054-221-2366

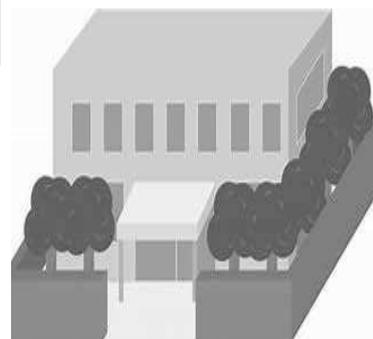
## アンケート調査の結果が、 障害のある方への支援につながります！！

～平成20年アンケート結果とその後の支援～

### 在宅支援サービスの拡充

(主な意見)

- 受け入れてくれる施設が限られているので、もっと増やしてほしい
- 社会参加の場を増やしてほしい
- ショートステイについて、急な用事の時にも対応できるようにしてほしい



➡ ヘルパー派遣、ショートステイの受入等の経費を助成  
(障害児者ライフサポート事業、医療型短期入所利用確保事業)

### ケアマネジメントの普及



(主な意見)

- 今後のことなどを具体的に相談できる場が近くにほしい
- 在宅での生活をトータルでコーディネートし、安定した生活へ導いてほしい

➡ ケアマネジャー養成カリキュラムの作成、養成研修の実施

### 看護・介護の専門職の確保

(主な意見)

- 施設職員が少ないため、重度の子どもは細かくケアしてもらいにくい
- 施設職員への教育・研修を積極的に行ってほしい

➡ 看護従事者養成研修、介護従事者養成研修





② 障害支援区分の認定状況についてあてはまるものに○を付けてください。【ひとつだけ】

区分( 1 2 3 4 5 6 ) 該当なし(認定を受けていない)

Q7 ご本人の障害(診断)名について、あてはまるものに○を付けてください。【いくつでも】

ア 脳性まひ	イ てんかん	ウ 染色体異常	エ 低出生体重児
オ 重症新生児仮死	カ 脳炎・髄膜炎	キ 脳外傷	ク 脳症
ケ 先天性代謝異常	コ 低酸素性脳障害	サ 視覚障害	シ 聴覚障害
ス 先天性心疾患	セ 知的障害	ソ 自閉症	タ 行動障害
チ 筋ジストロフィー			
ツ その他( )			

Q8 ご本人の障害の状態についてお聞きします。あてはまるものに○を付けてください。

① 姿勢はどうですか。

介助がある場合とない場合について、それぞれできることに○を付けてください。  
【いくつでも】

<介助なし>

ア 寝たきり	イ 座れる	ウ つかまり立ちができる
エ 一人立ちができる		

<介助あり>

ア 寝たきり	イ 座れる	ウ つかまり立ちができる
エ 一人立ちができる		

② どのようにして移動していますか。

介助がある場合とない場合について、それぞれできることに○を付けてください。  
【いくつでも】

<介助なし>

ア 移動できない	イ 寝返り	ウ 背ばい・腹ばい	エ 四つばい
オ つたい歩き	カ 一人歩き		

<介助あり>

ア 移動できない	イ 寝返り	ウ 背ばい・腹ばい	エ 四つばい
オ つたい歩き	カ 一人歩き		



- ② ①で「1番目（ ）」に記入した主たる介護者の年齢はおいくつですか。  
ただし、主たる介護者がホームヘルパー等の場合は、身内の中で主たる介護者について記入してください。

満\_\_\_\_\_歳（記入日現在）

- Q10 主たる介護者の健康状態についてあてはまるものに○をつけてください。【「ア」以外は、いくつでも】

- |                       |                |
|-----------------------|----------------|
| ア 健康                  | イ 生活習慣病        |
| ウ 腰痛                  | エ 肩痛           |
| オ 膝痛                  | カ 慢性疲労         |
| キ 慢性睡眠不足              | ク 腱鞘炎（けんしょうえん） |
| ケ 加齢による体力の減退          |                |
| コ その他（具体的な症状等： _____） |                |

- Q11 主たる介護者が病気などで介護できないときにはどうしていますか。  
「ア～ク」の中から利用回数の多い順に記入してください。【最大3番目まで】

1番目（ ） 2番目（ ） 3番目（ ）

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| ア 家族の中で他の方が介護する         |  |
| イ 家族以外の親戚に介護を依頼する       |  |
| ウ 知人に介護を依頼する            |  |
| エ ホームヘルプサービス（居宅介護）を依頼する |  |
| オ ショートステイ（短期入所）を利用する    |  |
| カ 病院に入院する               |  |
| キ 通所している施設の職員に依頼する      |  |
| ク その他（具体的に： _____）      |  |

- Q12 ご本人が在宅生活を続けるにあたって、主たる介護者が負担に感じることにについて、あてはまるものに○を付けてください。【いくつでも】

- |                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| ア 医療機関への通院時の介護       | イ 施設、事業所への通所時の介護  |
| ウ 保育所・幼稚園、学校等に通う際の介護 |                   |
| エ 医療的ケアの実施           | オ 夜間の介護負担         |
| カ 土日祝の介護             | キ 介護、見守りにかかる時間的負担 |
| ク 介護にかかる経済的負担        |                   |
| ケ その他（具体的に： _____）   |                   |



### Ⅲ 医療サービスの利用状況について

Q16 家庭では、どのような医療的ケアを行っていますか。  
あてはまるものに○を付けてください。【いくつでも】

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| ア 人工呼吸器管理                                 | イ 気管切開の手当（カニューレ交換・消毒） |
| ウ 在宅酸素                                    | エ 吸引（気管・鼻腔・口腔）        |
| オ 経管栄養（㊦ 鼻から ㊧ 胃ろう ㊨ 腸ろう<br>㊩ その他(具体的に: ) |                       |
| カ 咽頭エアウェイ                                 | キ 中心静脈栄養              |
| ク 人工肛門                                    | ケ 導尿                  |
| コ 腹膜透析                                    | サ てんかん発作時の座薬の投与や処置    |
| シ 定期的な体位変換                                |                       |
| ス その他（具体的に: )                             |                       |
| セ 医療的ケアはしていない                             |                       |

Q17 在宅で介護や医療的ケアを実施することになった時に困ったことや不安を感じたことは何ですか。 あてはまるものに○を付けてください。【いくつでも】

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| ア 医療的ケアを家族が実施すること           |  |
| イ 介護者に何かあった時に代替手段がない        |  |
| ウ ご本人の急変時の対応                |  |
| エ 相談相手がない                   |  |
| オ 医療や障害福祉サービスの情報が分からない      |  |
| カ 障害福祉サービスの利用先が確保できない（断られた） |  |
| キ 移動手段が確保できない               |  |
| ク 主な介護者が仕事を辞めざるを得なくなった      |  |
| ケ 費用がかさみ生活が苦しくなった           |  |
| コ 自宅を改造、または引越しを考えなければいけなかった |  |
| サ 兄弟姉妹の子育てに時間をかけられなくなった     |  |
| シ その他（具体的に: )               |  |

Q18 在宅療養に関して相談しているところがあれば、あてはまるものに○を付けてください。【いくつでも】

- |                             |               |
|-----------------------------|---------------|
| ア 病院（主治医・看護師・地域医療相談職員）      | イ 地域のかかりつけ開業医 |
| ウ 訪問看護師                     | エ 保健所の保健師     |
| オ 市町村の保健・福祉担当の職員            | カ 相談支援事業所の相談員 |
| キ 学校の教職員                    | ク 通園・通所先の職員   |
| ケ 家族・親戚                     | コ 知人・友人       |
| サ インターネット（SNS、掲示板など）        | シ その他( )      |
| ス どこに相談をして良いか分からない（相談していない） |               |

Q19 主たる医療機関への移動についてお聞きします。

① 移動方法についてあてはまるものに○を付けてください。【ひとつだけ】

- |             |          |          |
|-------------|----------|----------|
| ア 徒歩・自転車    | イ 自家用車   | ウ 福祉タクシー |
| エ 移動支援サービス  | オ 公共交通機関 |          |
| カ その他（具体的に： |          | ）        |

② 移動距離についてあてはまるものに○を付けてください。【ひとつだけ】

- |           |                     |           |
|-----------|---------------------|-----------|
| ア 10km 未満 | イ 10km 以上 ～ 30km 未満 | ウ 30km 以上 |
|-----------|---------------------|-----------|

③ 医療機関への移動で困っていることに○を付けてください。【いくつでも】

- |                       |               |
|-----------------------|---------------|
| ア 時間がかかる              | イ 移動に人手が必要である |
| ウ 交通費の負担が大きい          |               |
| エ 訪問診療に対応してくれる医機機関がない |               |
| オ その他（具体的に：           | ）             |

● 医療サービスの利用について、ご意見等があれば記入してください。【自由記述】

#### IV 日中活動について

Q20 現在利用しているサービスについて、○を付けてください。【いくつでも】

- |             |          |              |
|-------------|----------|--------------|
| ア 居宅介護      | イ 重度訪問介護 | ウ 短期入所       |
| エ 生活介護      | オ 日中一時支援 | カ 放課後等デイサービス |
| キ 児童発達支援    | ク 移動支援   | ケ 行動援護       |
| コ 同行援護      | サ 訪問看護   | シ 訪問診療       |
| ス レスパイト入院   | セ 訪問リハビリ | ソ 相談支援       |
| タ その他（具体的に： |          | ）            |

Q21 定期的に利用している福祉サービスについてお聞きします。

① Q20 で「アまたはイ」に○を付けた方は、サービスの利用状況を記入してください。

ア 居宅介護 → 利用状況（1日 \_\_\_\_\_ 時間程度、 週 \_\_\_\_\_ 日）

イ 重度訪問介護 → 利用状況（1日 \_\_\_\_\_ 時間程度、 週 \_\_\_\_\_ 日）

② 通所している施設等がありましたら名称を記入してください。【主な施設について回答、ひとつだけ】

施設名 : \_\_\_\_\_ 所在市町村 \_\_\_\_\_

③ ②で記載した通所している施設等では、医療的ケアを受けていますか。 あてはまるものに○を付けてください。【ひとつだけ】

ア 常時受けている      イ しばしば受けている      ウ 日常は受けていない

④ ③で「アまたはイ」に○を付けた方にお聞きします。

実施している医療的ケアについてあてはまるものに○を付けてください。【いくつでも】

ア 人工呼吸器管理      イ 気管切開の手当（カニューレ交換・消毒）

ウ 在宅酸素      エ 吸引（気管・鼻腔・口腔）

オ 経管栄養（㊶ 鼻から      ㊷ 胃ろう      ㊸ 腸ろう

㊹ その他（具体的に： \_\_\_\_\_ ）

カ 咽頭エアウェイ      キ 中心静脈栄養

ク 人工肛門      ケ 導尿

コ 腹膜透析      サ てんかん発作時の座薬の投与や処置

シ 定期的な体位変換

ス その他（具体的に： \_\_\_\_\_ ）

⑤ 通所している施設等には、どのくらいの頻度で利用していますか。【ひとつだけ】

ア 月1～2回      イ 週1～2回      ウ 週3～4回

エ 週5回      オ その他（具体的に： \_\_\_\_\_ ）

⑥ 通所している施設等までの移動時間について、あてはまるものに○を付けてください。【ひとつだけ】

ア 30分未満      イ 30分以上1時間未満      ウ 1時間以上





Q27 就園・就学する上で相談（医療的ケア等の相談も含む）できる人はいますか。〔いくつでも〕

- |                             |               |
|-----------------------------|---------------|
| ア 病院（主治医・看護師・地域医療相談職員）      | イ 地域のかかりつけ開業医 |
| ウ 訪問看護師                     | エ 保健所の保健師     |
| オ 市町村の保健・福祉担当の職員            | カ 相談支援事業所の相談員 |
| キ 学校の教職員                    | ク 通園・通所先の職員   |
| ケ 家族・親戚                     | コ 知人・友人       |
| サ インターネット（SNS、掲示板など）        | シ その他（ ）      |
| ス どこに相談をして良いか分からない（相談していない） |               |

● 学校教育等について、ご意見等があれば記入してください。〔自由記述〕

**VI ショートステイの利用について（グループホームで生活している方は回答不要です）**

Q28 ショートステイについてお聞きします。

① ショートステイを利用したことがありますか。

- |             |                    |
|-------------|--------------------|
| ア 利用したことがある | → ②～⑦へ             |
| イ 利用したことはない | → ⑧以降の質問に回答してください。 |

② ①で「ア 利用したことがある」に○を付けた方にお聞きします。

ショートステイを利用した理由は何ですか。

あてはまるものに○を付けてください。〔いくつでも〕

- |          |               |          |
|----------|---------------|----------|
| ア 冠婚葬祭   | イ 介護者の病気      | ウ 家族の病気  |
| エ 介護者の休養 | オ 介護者の社会参加    | カ 介護者の仕事 |
| キ 介護者の旅行 | ク その他（具体的に： ） |          |

- ③ ①で「ア 利用したことがある」に○を付けた方にお聞きします。  
市町で発行される受給者証に記載されている支給決定量はどれくらいですか。

月間\_\_\_\_\_日

- ④ 最近1年間の利用日数はどれくらいですか。  
1泊した場合は2日で、日帰りの場合は1日でカウントしてください。

年間\_\_\_\_\_日くらい

- ⑤ 最近1年間で利用した施設(病院)はどこですか。複数利用している場合は、利用回数の多い順に記載してください。【複数回答可・県外を含む】

施設(病院)名1 : \_\_\_\_\_ 所在市町村\_\_\_\_\_

施設(病院)名2 : \_\_\_\_\_ 所在市町村\_\_\_\_\_

施設(病院)名3 : \_\_\_\_\_ 所在市町村\_\_\_\_\_

- ⑥ ①で「ア 利用したことがある」に○を付けた方にお聞きします。  
ショートステイの利用に満足していますか。

ア 満足している → 「Ⅶ 施設入所・グループホーム等への入居希望について」について回答してください。

イ 満足していない

- ⑦ ⑥で「イ 満足していない」に○を付けた方にお聞きします。  
ショートステイについて、利用に関する希望はありますか。  
あてはまるものに○を付けてください。【いくつでも】

ア 利用日数を増やしたい

イ 今より近いところを利用したい

ウ 利用施設のスタッフを増やしてほしい

エ 利用手続を簡単にして欲しい

オ 医療的ケアへの対応を手厚くして欲しい

カ 他のショートステイを追加して通いたい

キ その他(具体的に: \_\_\_\_\_)



- ③ ①で「アまたはイ」に○を付けた方にお聞きします。 どのような時期に入所・入居を希望しますか。 あてはまるものに○を付けてください。〔ひとつだけ〕

ア 今すぐ、またはできるだけ早く

イ ご本人が学校を卒業したときに

ウ 現在介護している方が体力的な問題等で介護できなくなったときに

エ ご本人の体調の悪化などにより、家族では介護できなくなったときに

オ その他（具体的に：

)

- ④ ①で「アまたはイ」に○を付けた方にお聞きします。

現時点で考えて、入所・入居を希望する時期は具体的にはいつ頃になると思いますか。 あてはまるものに○を付けてください。〔ひとつだけ〕

ア 今すぐ、または今後1年以内

イ 1年から3年後

ウ 3年から5年後

エ 5年から10年後

オ 10年から20年後

カ 20年以上先

- ⑤ 施設入所やグループホーム等への入居について、ご本人やご家族がまだ希望しない、またはためらっている等の理由がありましたら、あてはまるものに○を付けてください。〔いくつでも〕

ア できるだけ家族と一緒に暮らしたい

イ 他人に介護を頼むのが心配

ウ ご本人が家族以外からの介護に馴染まない(嫌がる)

エ ご本人が寂しがるのではと心配

オ 利用料等の支払いなどの経済的な問題

カ 適当な施設が自宅近くにないまたは自宅から遠い

キ 医療的ケアへの対応に不安がある

ク 施設やグループホーム等での生活がよくわからない

ケ 以前、施設やグループホーム等に入所・入居したがうまくいかなかった

コ 施設やグループホーム等を見学して、入所・入居させたくないと思った

サ 以前、入所・入居を希望したが断られた

シ その他（具体的に：

)

- 施設入所・グループホーム等について、ご意見等があれば記入してください。〔自由記述〕

## VIII 災害時・緊急時の対策について

Q30 災害時の関係機関への連絡体制についてお聞きします。 家族や近所の方などの身近な方以外で緊急連絡先は決まっていますか。 あてはまるものに○を付けてください。【いくつでも】

- |                    |              |
|--------------------|--------------|
| ア 病院主治医            | イ 地域のかかりつけ医  |
| ウ 呼吸器等の医療機器業者      | エ 訪問看護ステーション |
| オ 市町村の保健・福祉担当の職員   | カ 居宅介護事業所    |
| キ 相談支援専門員          | ク 通所施設の職員    |
| ケ その他（具体的に： _____） |              |
| コ 決まっていない          |              |

Q31 災害時の対策（医療的ケア用品等の備蓄を含む）についてお聞きします。

① 対策をどの程度準備できていますか。【ひとつだけ】

- ア 十分準備している      イ 準備しているが不十分      ウ 準備していない

② ①で「イまたはウ」に○を付けた方にお聞きします。 準備できていないものは何ですか。【いくつでも】

- ア 停電時の電源の確保  
イ 断水時の水の確保  
ウ 通信不能時の連絡手段  
エ 自宅倒壊時の避難先  
オ 医療的ケアの機器（精密機器の補助電源、酸素を含む）  
カ 自家発電機の燃料  
キ 本人専用の食料・飲料（総合栄養剤、水分を含む）  
ク 本人の専門薬の備蓄  
ケ 本人のケア用品（具体的に： \_\_\_\_\_）  
コ 介護者分の食料・飲料、または医療的ケアを代替できる支援者  
サ 本人の体温を調節する機器（エアコン、布団等）  
シ その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

Q32 感染症対策についてお聞きします。 ご家庭ではどのような対策をしていますか。  
[いくつでも]

- ア 本人がかからないように外出を控える
- イ 家族がかからないように感染防止に努めている
- ウ 医療的ケアに必要な用品を備蓄している
- エ 専門薬を備蓄している
- オ 「家族会」などと情報を共有している
- カ 主治医に相談している
- キ その他 ( )
- ク どうしてよいか分からない、何もしていない

Q33 災害時に行政に支援してほしいと望むことのうち、優先順位の高いものに○を付けてください。[3つまで]

- ア 受入れ可能な福祉避難所や医療機関等の情報がほしい
- イ 避難所への移動を手伝ってほしい(避難所へ送ってほしい)
- ウ 福祉避難所でも家族全員と一緒に過ごせるようにスペースを確保してほしい
- エ 医療的ケアや排泄を行うために、避難先のスペースや衛生面等に配慮してほしい
- オ 水や食料の配給に並べない可能性があるので配慮してほしい
- カ 医療機器の電源を確保してほしい
- キ 医療的ケアに必要な用品を届けてほしい
- ク 医療品や薬がなくなったときに診察や処方箋なしでも手に入るようにしてほしい
- ケ その他(具体的に: )

● 災害時・緊急時の対策について、ご意見等があれば記入してください。[自由記述]

Ⅸ その他

Q34 ご本人が在宅・地域で生活する上で、困っていること、必要なことがありましたら下記の枠内に記入してください。〔自由記述〕

質問は以上です。ありがとうございました。

静岡県自立支援協議会 重症心身障害児(者)支援部会 作業部会

役 職	氏 名
社会福祉法人ふじの郷 さつき学園 園長	小林 不二也
社会福祉法人草笛の会 地域生活支援センターカレント 中東遠圏域スーパーバイザー	瀧野 裕子
静岡福祉大学 副学長	増田 樹郎
静岡県重症心身障害児(者)を守る会 会長	三嶋 末子
社会福祉法人小羊学園 つばさ静岡 施設長	山倉 慎二
静岡県健康福祉部障害者支援局障害福祉課	

(事務局) 社会福祉法人小羊学園 つばさ静岡

(敬称略、氏名五十音順)