

## 重度障がい者介護手当受給者アンケート

大阪府では、重症心身障がい児者が安心して生活していくための必要な施策の実現に向けて、課題整理やその解決策を検討していくために、平成24年4月に、受給者の皆様にアンケート調査を実施し、福祉サービスの利用状況やご意見等をお伺いしたところです。

平成24年度、重症心身障がい児者地域ケアシステム検討部会を設置し、重症心身障がい児者が地域で安心して生活できるよう支援するための地域ケアシステムの構築に向けた検討課題及び推進方策について検討を行い、本年3月末に報告書を作成しました。

この報告書を踏まえ、大阪府としては今後施策の具体化に向けて検討を進めることとしています。

そこで、より実態に即した施策の検討にあたり、手当を受給されている皆様の個々のニーズやサービスの利用状況等を把握するために、平成24年4月に実施したアンケート結果も参考とした上で、改めてアンケート調査を実施するものです。

※平成24年4月のアンケートと一部重複する質問もありますが、ご回答ください。

### 介護者（手当受給者）についてお答えください

問1 手当を受給されている方（介護者）の年齢、性別、続柄をお答えください。

年齢	性別	続柄
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> 歳	1 男	1 母 2 父 3 祖父母 4 兄弟姉妹
	2 女	5 その他（ ）

問2 普段介護されている方はどなたですか。また主に介護にあたっておられる方の番号をお答えください。

【介護者の○は複数可、その他の場合は（ ）に記入、主な介護者はひとつだけ番号を記入】

介護者	主な介護者 (左の番号を記入)
1 父 2 母 3 兄弟 4 祖父母	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>
5 ヘルパー 6 訪問看護師 7 その他（ ）	

問3 主な介護者が何らかの理由で介護できない場合、代わりに介護される方をお答えください。

【○は複数可、その他の場合は（ ）に記入】

介護の代替者		
1 同居の家族	2 別居の家族、親族	3 訪問看護を利用
4 ヘルパーを利用	5 短期入所を利用	6 ボランティアに依頼
7 知り合いに依頼	8 代わってもらえる方がいない	9 その他( )

問4-1 訪問看護（リハビリを含む）を利用していますか。

訪問看護の利用	
1 利用している	2 利用していない

問4-2 （問4-1で「1 利用している」と回答した方に回答をお願いします。）

訪問看護を利用している日数等についてお答えください。

〔1〕1か月当たりの利用日数（リハビリを含む）

訪問看護の利用日数						
1日	2～5日	6～10日	11～15日	16～19日	20～24日	25日～全日

〔2〕1回（1日）当たりの時間数（リハビリを含む）

【○は複数可】

訪問看護の利用時間				
20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 60分未満	60分以上 90分未満	90分以上

問5-1 障がい福祉サービスのうち居宅介護（ホームヘルパー）を利用していますか。

居宅介護の利用	
1 利用している	2 利用していない

問5-2 （問5-1で「1 利用している」と回答した方に回答をお願いします。）

居宅介護を利用している日数等についてお答えください。

〔1〕1か月当たりの利用日数

居宅介護の利用日数						
1日	2～5日	6～10日	11～15日	16～19日	20～24日	25日～全日

〔2〕1回（1日）当たりの時間数

【○は複数可】

居宅介護の利用時間				
20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 60分未満	60分以上 90分未満	90分以上

## 障がい児・者(ご本人)についてお答えください

問6 ご本人がお住まいの市町村名、年齢、性別をお答えください。

市町村名	年齢	性別
<div style="border: 2px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> (市・町・村)	<div style="border: 2px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> 歳	1 男 2 女

問7 身体障がい者手帳について、内容及び等級をお答えください。

【内容の○は複数可、等級は数字の1か2を記入】

内 容	等級
1 視覚      2 聴覚・平衡機能      3 音声・言語・そしゃく 4 肢体不自由      5 内部	<div style="border: 2px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> 級

問8 特別障がい者<sup>(※1)</sup> 手当を申請していますか。【○はひとつ】

申請状況
1 申請しているが支給停止となっている      2 申請していない      3 20歳未満のため対象外

(※1) 特別障がい者手当とは

20歳以上であって、重度の障がいの状態にあるため日常生活において常時特別の介護が必要な障がい者に対して支給する手当(国制度)。月額26,260円(平成24年4月1日現在)で2、5、8、11月の4回に分けて支給。特別障がい者手当を受給した場合は、重度障がい者介護手当の資格は消滅します。

問8-1 (問8で「1 申請しているが支給停止となっている」又は「2 申請していない」と回答した方に回答をお願いします。)

特別障がい者手当が支給停止となっている、又は申請していない理由

【○はひとつ、その他の場合は( )に記入】

支給停止の理由
1 所得制限による      2 特別障がい者手当の認定基準に該当しない〔障がい程度、入院等〕 3 制度を知らない      4 その他( )

問8-2 (問8で「3 20歳未満のため対象外」と回答した方に回答をお願いします。)

障がい児福祉手当<sup>(※2)</sup>を受給していますか。【○はひとつ】

申請状況
1 受給している      2 申請しているが支給停止となっている      3 申請していない

(※2) 障がい児福祉手当とは

20歳未満であって、重度の障がいの状態にあるため日常生活において常時特別の介護が必要な障がい者に対して支給する手当(国制度)。月額14,280円(平成24年4月1日現在)で2、5、8、11月の4回に分けて支給。重度障がい者介護手当との併給は可能です。

問8-3 (問8-2で「2 申請しているが支給停止となっている」又は「3 申請していない」と回答した方に回答をお願いします。)

障がい児福祉手当を申請していない、又は支給停止となっている理由【○はひとつ】

支給停止の理由	
1 所得制限による	2 障がい児福祉手当の認定基準に該当しない〔障がい程度、入所等〕
3 制度を知らない	4 その他 ( )

問9 (経過的)福祉手当<sup>(※3)</sup>を受給していますか。【○はひとつ】

申請状況		
1 受給している	2 受給していない	3 受給していたが支給停止となっている

(※3) (経過的)福祉手当とは

昭和61年度の福祉手当(国制度)の廃止に伴い、昭和61年3月31日時点で20歳以上であり、それまでの福祉手当の受給者であった者のうち、特別障がい者手当の支給要件に該当せず、かつ障がい者基礎年金も支給されない者に経過的に支給されている手当(国制度)。月額14,280円(平成24年4月1日現在)で2、5、8、11月の4回に分けて支給。重度障がい者介護手当との併給は可能です。

問9-2 (問9で「3 受給していたが支給停止となっている」と回答した方に回答をお願いします。)

福祉手当が、支給停止となっている理由【○はひとつ】

支給停止の理由	
1 所得制限による	2 福祉手当の認定基準に該当しなくなった〔障がい程度、入所等〕
3 その他 ( )	

問10 ご本人は、日中は主にどこで過ごされていますか。下の  から選び、平日と休日の欄にあてはまる番号を下の  に記入ください。【その他の場合は ( ) に記入し、下の欄に6を記入】

1 保育所・幼稚園	2 学校	3 通所施設	4 自宅(買い物、趣味等で外出する)
5 自宅(外出はほとんどしない)	6 その他 ( )		

平日	休日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問11 自宅でご本人に実施している医療的ケアに該当する数字(1~11)に○を付けていただき、その医療的ケアを実施している方に○を付けてください。【○は複数可、その他の場合は ( ) に記入】

	医療的ケアの内容	医療的ケアを実施している方
1	喀痰等の吸引	1 家族      2 看護師      3 ヘルパー 4 その他 ( )
2	薬液等の吸入	1 家族      2 看護師      3 ヘルパー 4 その他 ( )

3	経管栄養	1 家族 4 その他 ( )	2 看護師	3 ヘルパー
4	中心静脈栄養 (IVH)	1 家族 4 その他 ( )	2 看護師	3 ヘルパー
5	導尿	1 家族 4 その他 ( )	2 看護師	3 ヘルパー
6	酸素吸入、在宅酸素療法 (HOT)	1 家族 4 その他 ( )	2 看護師	3 ヘルパー
7	パルスオキシメーターの管理 (SPO <sub>2</sub> モニター)	1 家族 4 その他 ( )	2 看護師	3 ヘルパー
8	気管切開部の管理 (ガーゼ交換、消毒等)	1 家族 4 その他 ( )	2 看護師	3 ヘルパー
9	人工呼吸器 (NPPV含む) の管理	1 家族 4 その他 ( )	2 看護師	3 ヘルパー
10	その他 ( )	1 家族 4 その他 ( )	2 看護師	3 ヘルパー
11	その他 ( )	1 家族 4 その他 ( )	2 看護師	3 ヘルパー

問 12 ご本人が利用しているサービスについて該当する数字に「○」を付け、それぞれの1カ月の利用時間等を記入して下さい。 【○は複数可、その他の場合は ( ) に記入】

	サービスの内容	利用時間 (1カ月当たり)
1	居宅介護 (ホームヘルプ)	時間/月
2	重度訪問介護	時間/月
3	同行援護	時間/月
4	行動援護	時間/月
5	生活介護	時間/月
6	短期入所	日/月
7	重度障がい者等包括支援	時間/月
8	その他 ( )	時間/月
9	その他 ( )	時間/月
10	その他 ( )	時間/月
11	その他 ( )	時間/月

問 13 相談支援事業所でサービス等利用計画を作成していますか。

相談支援事業所でのサービス等利用計画作成	
1 相談支援事業所で作成している	2 相談支援事業所で作成していない

問 14 重度障がい者介護手当（1万円／月）の用途について記載して下さい。

〔どのような点で役立っていますか？〕

【○は複数可、その他の場合は（ ）に記入】

手当の用途	
・障がい者介護に必要な消耗品等の購入	・障がい者サービスの利用料
・障がい者の移動にかかる費用	・生活費の一部であり、特に用途を決めていない。
・その他（	）

問 15 今後、地域で生活されるうえで、どのようなサービスの充実や支援施策を希望されますか。

【○は複数可、その他のサービスの場合は〔 〕内に記入】

希望される内容
1 必要な時に利用できる <u>短期入所事業所</u> の充実
2 早朝、夜間も利用できる <u>訪問看護事業所</u> の充実
3 日中の生活支援となる <u>生活介護事業所</u> や <u>日中一時支援事業所</u> の充実
4 風邪などの日常的な医療に対応してもらえる地域の <u>医療機関</u> の充実
5 医療的ケアが必要であっても通うことができる <u>通所事業所</u> の充実
6 福祉サービスや訪問看護の利用調整をしてくれる <u>相談支援事業所</u>
7 医療的ケアが必要であっても入居することが可能な <u>ケアホーム</u> の制度化
8 身近な地域で <u>入所できる施設</u> の新設
9 訪問系サービスや通所事業所の <u>ヘルパーの知識、技術の向上</u>
10 その他のサービス
〔

問 15-1

問 15 で希望された 1～10 のうち、最も望まれる内容を 1 つ選び、 に番号を記入して下さい。

最も望む内容
<input type="checkbox"/>