

(ア)重症心身障がい児(者)生活実態調査票

記入年月日 2010年(平成22年)10月 日

この調査票は、どなたが記入されますか。

1. ご本人
2. 家族、介護者(ご本人に聞いて代わりに記入)
3. 家族、介護者(ご本人の意見が確認できにくいいため家族等の考えで記入)
4. その他(ご本人との関係:)

障がい児(者)本人の基礎的な情報についてお聞きします。

問1 ご本人がお住まいの市町村名を記入してください。()市・町・村

問2 ご本人の性別を で囲んでください。(男 ・ 女)

問3 ご本人の年齢を記入してください。 年齢()歳

問4 ご本人の主病名(病院で診断された障がいの原因となった病名)を記入してください。不明・わからない場合は、2に をしてください。

1. 主病名()
2. 不明・わからない

問5 ご本人がお持ちの障がい者手帳と等級を記入してください。

1. 身体障がい者手帳 等級()級 ・ なし
(内容)ア. 上肢機能 イ. 下肢機能 ウ. 体幹機能 エ. 脳原性運動機能
2. 療育手帳 A ・ B1 ・ B2 ・ なし
3. 精神保健福祉手帳 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ なし

問6 障がい者自立支援法による障がい程度区分について、該当するものに をしてください。

障がい程度区分

(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 非該当 ・ 未実施)

問7 同居されているご家族の構成をお聞きします。
あてはまるものを全てで 囲んでください。

1. 父
2. 母
3. 兄弟姉妹
4. 祖父
5. 祖母
6. ひとり暮らし
7. ケアホーム
8. その他(具体的に)

問8 介護・看護に当たっておられる方はどなたですか。あてはまるものに全て をつけてください。

また、主に介護・看護に当たられている方、お一人に をつけてください。

		介護・看護者	主な介護・看護者
1	父		
2	母		
3	兄弟姉妹		
4	祖父		
5	祖母		
6	その他(具体的に) ()		

問9 問8の介護・看護者から支援を受けるようになって何年経過していますか。

(年 月)

問10 主に医療的ケア等を担っている方が、何らかの理由によりケアをできない場合、代わりにケアを依頼できる方がおられますか。

あてはまるものすべてに を付けてください。

1. 同居の家族(父・母・兄弟姉妹・祖父母など)
2. 別居の親族(兄弟姉妹・祖父母など)
3. 別居の親族(おじ・おばなど)
4. 訪問看護師に依頼している。
5. ホームヘルパーに依頼している。
6. 短期入所(ショートステイ)を利用している。
7. 知り合いに依頼している。
8. 代わってもらえる方がいない。
9. その他(具体的に)

問11 ご本人は、平日の昼間は主にどこで過ごされていますか。最もあてはまるもの1つに をつけてください。

1. 家庭
2. 保育所・幼稚園
3. 普通学校 (ア. 小学校 イ. 中学校 ウ. 高校)
4. 支援学校 (ア. 小学部 イ. 中等部 ウ. 高等部)
5. 障がい児通園施設・児童デイサービス事業所
6. 重症心身障がい児(者)通園事業所
7. 障がい者通所施設・生活介護・就労継続支援等通所施設
8. その他(具体的に)

医療的ケアの内容についてお聞きします。

問12 ご本人に日頃から実施している医療的ケアの内容と頻度をお答えください。あてはまるもの全てに をしてください。また、その頻度を記入してください。

1. 吸引 (ア. 口・鼻腔内 イ. 気管内)
頻度 6回未満/日 6回以上/日 1回以上/時間
2. 吸入
頻度 6回未満/日 6回以上/日 継続使用
3. 経管栄養 (ア. 経鼻栄養 イ. 胃ろう ウ. 腸ろう)
頻度 回/日 常時
4. 中心静脈栄養(IVH) (ア. カテーテル イ. ポート)
頻度 回/日 常時
5. 導尿 (ア. 自己導尿 イ. 留置カテーテル)
頻度 3回未満/日 3回以上/日
6. 在宅酸素(HOT)
7. パルスオキシメーター (SpO₂モニター)
8. 気管切開部の管理(ガーゼ交換、消毒等)
頻度 回/日
9. 人工呼吸器(NPPVを含む)の管理
10. 服薬管理
11. その他()
頻度 回/日

問 15 日々、看護・介護に当たっておられるご家族の方にお聞きします。ご本人にどのようなサービスやシステムがあれば(充実すれば) 安心ですか。あてはまるもの全てに をつけるとともに、その優先順位を記入してください。

	順位	サービス名等	必要とされる内容
1		短期入所	ア. 短期入所事業所の増 イ. 医療的ケアに対応できる知識、技術の向上 ウ. 医療的ケアに対応できる設備の充実 エ. 医療機関による短期入所の実施 オ. その他()
2		訪問看護	ア. 利用料の軽減 イ. 利用できる回数の増 ウ. 1回あたりの時間数の増 エ. 0歳児も利用できる訪問看護事業所の増 オ. 早朝や夜間も利用できる訪問看護事業所の増 カ. その他()
3		ホームヘルプ	ア. ヘルパーにも医療的ケアを認めて欲しい イ. ヘルパーの知識、技術の向上 ウ. 早朝、夜間も利用できる事業所の増 エ. 休日、祝日も利用できる事業所の増 オ. 入院中も利用できるヘルパー制度の創設 カ. その他()
4		重症心身障がい児(者)通園事業	ア. 実施箇所数の増 イ. 利用定員の増 ウ. 利用回数の増 エ. 送迎の充実 オ. 医療的ケアの充実 カ. その他()
5		生活介護	ア. 生活介護事業所の増 イ. 医療的ケアに対応できる知識、技術の向上 ウ. 医療的ケアに対応できる設備の充実 エ. 利用回数の増 オ. 送迎の充実 カ. その他()
6		相談支援	ア. 重症心身障がいを理解し、相談にのってくれる相談支援事業所の増 イ. 日中活動等サービス利用の調整をしてくれる相談支援事業所の増 ウ. その他()

	順位	サービス名等	必要とされる内容
7		医療機関	ア. 訪問診療してくれる医療機関の増 イ. 気軽に利用できる診療所の増 ウ. 重症心身障がい児(者)を診察してくれる専門医の増 エ. 医療機関でのレスパイト入院 オ. その他()
8		重症心身障がい児施設	ア. 施設の新設 イ. 生活施設としてのサービス内容の充実 ウ. 地域からの相談にも応じて欲しい エ. 施設から看護師やヘルパーを派遣して欲しい オ. その他()
9		ケアホーム	ア. 医療的ケアに対応できるケアホームの制度化 イ. 低料金で利用できるケアホームの制度化 ウ. その他()
10		その他 ()	()

問 16 その他、重症心身障がい児(者)の方々が地域で暮らしていく上で、困っていることや心配なことなどお聞かせください。

お忙しいところ、ご協力ありがとうございました。

生活実態調査のお願い

2010年(平成22年)10月

大阪府福祉部

皆様には、日頃から、大阪府政の推進にご協力をいただき、ありがとうございます。

大阪府では、地域で生活を送っておられる重症心身障がい児(者)の方々が、安心して生活していくために必要とされる支援策のあり方を検討し、国に対して施策提言を行うことといたしました。

検討を進めるに当たり、皆様の生活実態や障がい福祉サービス等に対するご意見などをお伺いし、施策提言の基礎資料とするために、生活実態調査を実施することとなりました。

調査にあたっては、当事者団体様にご協力をいただき、大阪府内にお住まいの重症心身障がい児(者)約2,000名の方々にこの調査票をお配りさせていただきました。

ご回答いただいた内容については、検討資料以外に使うことはございません。
また、お名前を記入いただく必要はありませんので、あなたがどのようなこととお答えいただいたかを他の人に知られることもございません。

重症心身障がい児(者)の方々が、地域で安心して暮らせる社会をつくるため、ぜひ生活実態調査にご協力をお願いいたします。

(裏面もご覧ください)

ご記入にあたってのお願い

- 1 この調査票の調査項目については、重症心身障がい児（者）ご本人の意思等が確認できる場合には、その意思をご確認いただき、記入してください。
- 2 この調査は、65歳未満の方を対象とします。
- 3 回答基準日は、平成22年10月1日現在でお願いします。
- 4 回答は、問の番号順に、質問ごとに用意してある選択肢の中から、あてはまる番号等を で囲むか、空欄に記入してください。
- 5 回答欄で「その他」を選んだ場合は、（ ）内に具体的に内容をご記入ください。
- 6 同じ調査票が2つ以上届いた場合は、1つの調査票にだけお答えください（他の調査票は捨ててください）。
- 7 お答えいただいた調査票は、同封の「封筒」に入れて、平成22年10月20日までに郵便ポストに入れてください。「返信用封筒」には、お名前や住所を書かないでください。
- 8 この調査票のことでわからないことがございましたら、次のところにご連絡ください。

《お問い合わせ先》

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 担当：岸・橘

TEL：06-6944-2367

FAX：06-6944-2237

メールアドレス：chiikiseikatsu@sbox.pref.osaka.lg.jp

医療的ケアの内容について

今回の調査でいう「医療的ケア」とは、以下のものをいう。

たん吸引（口・鼻腔内・気管内）
吸 入
経管栄養（胃ろう・腸ろう・鼻腔）
中心静脈栄養 [I V H] (ポート・カテーテル)
導 尿（自己導尿・留置カテーテル）
呼吸管理（パルスオキシメータ [S P O 2 モニター]・在宅酸素 [H O T]・
人工呼吸器（N P P Vを含む）の管理）
服薬管理

【参考】

体温測定 血圧測定 軽微な切り傷等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること等は、医行為でないとされています。ただし、「パルスオキシメータの装着」、「一定条件下の服薬管理」も医行為でないとされていますが、特別支援学校等の状況を踏まえ、今回の調査では医療的ケアに該当するものと整理します。

また、『医業』の禁止については、「当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断および技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼす恐れのある行為（医行為）を、反復継続する意思を持って行うこと」を禁止しているものであって、家族が当該行為を実施することを否定しているものではありません。

なお、これまで、当面のやむを得ず必要な措置（実質的違法性阻却）として、在宅・特別養護老人ホーム・特別支援学校において、介護職員等がたん吸引・経管栄養のうちの一一定行為を実施することは認められていますが、今回の調査の医療的ケアに該当するものとして整理します。

医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条および保健婦師助産師看護師法第 31 条の解釈通知「平成 17 年 7 月 26 日 医政発第 0726005 号」より