

(オ) 施設入所者状況調査票

2010年(H22年)10月
大阪府福祉部

《お答えにあたってのお願い》

この調査は、重症心身障がい児施設に入所しておられる18歳以上の障がい者の方々が、安心して生活するために必要とされる支援策のあり方を検討する基礎資料とするために実施するものです。

回答は、個々の障がい者の状況等を最も把握されている支援者が回答してください。

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ありません。

お忙しい中申し訳ありませんが、以下の手順で各質問にお答えくださいますようお願いいたします。

この調査票の調査項目については、施設職員が調査対象の入所者(18歳以上)おひとりおひとりの状態についてお答えくださいますようお願いいたします。

回答基準日は、**平成22年10月1日現在**でお願いします。

回答は、問の番号順に、質問ごとに用意してある答えの中から、**あてはまる番号**で**囲むか、空欄に記入**していただく形式です。

回答によっては、次の質問を飛ばしていくところがあります。その場合には、矢印等に従って進んでください。

回答欄で「その他」を選んだ場合は、()内に**具体的に記入**してください。

記入年月日 2010年(平成22年)10月 日

入所者本人の基礎的な情報についてお聞きします。

- 問1 ご本人の性別を で囲んでください。 (男 ・ 女)
- 問2 ご本人の年齢を記入してください。 年齢()歳
- 問3 ご本人の入所された時期を記入してください。 昭和 ・ 平成 年 月
- 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 ・ 不明
(内容) ア. 上肢機能 イ. 下肢機能 ウ. 体幹機能
2. 療育手帳 等級()級 ・ なし ・ 不明
3. 精神保健福祉手帳 等級()級 ・ なし ・ 不明
- 問6 ご本人に日頃から提供している医療的ケアの内容と頻度をお答えください。該当するもの全てに 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

ご本人の個別支援計画についてお聞きします。

問7 個別支援計画の作成にあたって、どのように作成しましたか。(は一つ)

1. ご本人に希望を聞いて作成した
2. ご家族に希望を聞いて作成した
3. 計画策定会議で作成し、ご本人に説明の上、同意を得て作成した
4. 計画策定会議で作成し、ご家族に説明の上、同意を得て作成した
5. いずれにも該当しない

問8 策定された計画に地域移行に向けた支援内容が明記されていますか。(は一つ)

1. 明記されている
2. 明記されていない
3. どちらともいえない



└───▶ 問15へ進んでください。

問9 地域移行に向けた支援をするに至ったきっかけは何でしたか。
該当するもの全てに をつけてください。

1. ご本人が希望した
2. ご家族が希望した
3. 職員からの勧め
4. その他(具体的に)

問10 地域移行に関するご家族の反応はどうでしたか。(は一つ)

1. 賛成している
2. はじめは反対していたが、後に賛成になった(理由:)
3. 反対している(理由:)

問11 地域移行に向けてご本人に対してどのような取り組みをされて(されようとして)いますか。
該当するものに全て をつけてください。

1. 施設から外出して買い物などをする機会を設定
2. 地域で生活している障がい者の様子を収録したビデオを見るなど情報提供
3. 地域生活をしている重症心身障がい者との交流の機会を設定
4. ケアホームの見学や体験入居の利用
5. 特に何もしていない
6. その他()

問12 地域移行に向けてご家族に対してどのような取り組みをされていますか。
該当するものに全て をつけてください。

1. 地域移行についての情報提供
2. ケアホームの見学
3. ご家族を交えてのケア会議
4. 特に何もしていない
5. その他()

問13 地域移行後、ご本人の希望する生活の場について該当するものに をつけてください。
ご本人の意向が明確でない場合は、支援者として、ご本人やご家族の状況を踏まえ、適当と思われるものに をつけてください。(は一つ)

1. 単身(車椅子、バリアフリー)住宅
2. ケアホーム
3. 自宅

- 4. 親戚宅
- 5. 知人宅
- 6. その他（具体的に _____)
- 7. 分からない

問14 地域移行後、ご本人が希望する日中活動の場について該当するものを選んでください。
ご本人の意向が明確でない場合は、支援者として適当と思われるものを選んでください。
(一つ)

- 1. 生活介護
- 2. 自立訓練
- 3. 旧法の通所施設
- 4. その他（具体的に _____)
- 5. 分からない

問15 個別支援計画を作成しているが地域移行が明記されていない人についてお聞きします。
今後の生活に関して、ご本人、ご家族、支援者として、それぞれどのような意思・希望等を持っているのかお伺いします。あてはまるものを一つ選んで をつけてください。

問15- ご本人は、今後の生活に関してどのような意思を持っていますか。
あてはまるものを選んでください。(一つ)

- 1. このまま今の施設で暮らしたい。
- 2. 家庭に戻って、家族と一緒に暮らしたい。
- 3. 施設を出て、ケアホームで仲間と一緒に暮らしたい。
- 4. ご本人の意思が「施設にいたい」、「施設から出たい」と時によって異なる。
- 5. 分からない。
- 6. ご本人の意思が確認できない。
- 7. その他（具体的に _____)

問15- ご家族は、今後の生活に関してどのような希望をお持ちですか。
あてはまるものを選んでください。(一つ)

- 1. このまま今の施設で暮らして欲しい。
- 2. 家庭に引き取り、一緒に暮らしたい。
- 3. 今の施設とは違う別の施設で暮らして欲しい。
- 4. 家族の意思を確認したことがない。
- 5. その他（具体的に _____)

問15- 支援者として、ご本人の地域移行についてどのように考えておられますか。
あてはまるもの全てを選んでください。

- 1. 症状が重症又は不安定で、常時、医学的な管理が必要。
- 2. 地域のサービス不足。
- 3. ご家族の同意が得られない。
- 4. ご本人の不安（具体的に _____)
- 5. ご本人の意思（具体的に _____)
- 6. まだ地域移行する段階ではない（施設内の訓練などが必要）
- 7. わからない。
- 8. その他（具体的に _____)

問16 支援者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地域移行が可能になるとお考えですか。
該当するもの全てを選んで 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回当たりの時間数の増 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. 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. 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()
7		地域医療機関	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17 その他、支援者として重症心身障がい者の地域生活への移行に関して感じておられることがありましたら、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。

施設入所者状況調査のお願い

2010年（平成22年）10月
大阪府 福祉部

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、重症心身障がい児施設に入所されている18歳以上の重症心身障がい者の方々への施設支援状況を把握するとともに、個別支援計画の策定状況などをお伺いし、施策提言の基礎資料とするために、施設入所者状況調査を実施することとなりました。

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、施設がどのようなことに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。

お忙しい中、大変恐縮ですが、平成22年11月12日までに、調査結果についてご回答いただきますようお願いいたします。

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、ぜひ施設入所者状況調査にご協力をお願いいたします。

《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 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