

3 調 査 票

平成30年度 愛知県障害児者実態調査の御協力をお願い

各位

日ごろから、愛知県の障害福祉施策に御理解と御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。愛知県では、各地域で暮らす皆様方や御家族の必要とされている支援の状況を調査し、今後の障害福祉施策の基礎資料とするため、下記のとおり本紙アンケート調査を実施することといたしました。

なお、このアンケートは、愛知県内（名古屋市を除く）の市町村と児童相談所の協力のもとお送りしています。

つきましては、お忙しいこととは思いますが、何卒調査への御協力をお願いいたします。

記

1 調査対象者

調査の対象者は、市町村及び児童相談所において把握している、これまでに身体障害者手帳と療育手帳の両方を発行された方など、重度の肢体不自由と重度の知的障害のある方です。他県の施設で生活中の方にもお送りしています。

2 回答・集計結果について

- ・本調査は無記名です。集計結果は一般に公開しますが、個人情報公になることはありません。回答欄に御記入いただいた内容については厳正に管理し、結果は統計的に処理し回答内容から個人を特定することはありませんので、安心して御回答ください。
- ・できるだけすべての質問にお答えいただきたいのですが、どうしても答えたくない質問があれば、とぼして回答してください。
- ・なお、質問の「問1」で居住する市町村を記入していただいた方については、今後の障害福祉施策や在宅支援に活用していただくため、その市町村の障害福祉担当部署及び児童相談所に、集計前の回答データを送ります（※ただし、名古屋市及び県外市町村には送付しません）が、市町村及び児童相談所においても統計的に処理した情報しか公表されませんので御安心ください。

記入した調査票は同封の「返信用封筒」に入れて、

平成30年9月7日（金）までに

投函してください。

（切手を貼る必要や、封筒に名前や住所を記入する必要はありません）

御不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

担当・お問い合わせ先

愛知県健康福祉部障害福祉課 障害者施設整備室（重症心身障害児者施設グループ）

〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号

TEL 052-954-6629

FAX 052-954-6920

問5. 御本人の所持している障害者手帳の有無と等級について、当てはまるものに○をつけてください。

1. 身体障害者手帳

ある → 当てはまる級に○ (1級、2級、3級、4級、5級、6級)

ない

2. 療育手帳もしくは愛護手帳

ある → 当てはまる判定に○ 療育手帳 (A、B、C)

愛護手帳 (1度、2度、3度、4度)

ない

問6. 御本人の障害者総合支援法による障害支援区分の認定について、当てはまるものに○をつけてください。

1. 受けている

→ 当てはまる区分に○

(区分1、区分2、区分3、区分4、区分5、区分6、該当なし)

2. 受けていない

問7. 御本人の移動の状況はいかがですか。1つだけ○をつけてください。

1. 寝たきり

2. 寝返り

3. 腹ばい

4. 四つばい

5. 座ったままで進む

6. 介助すれば歩くことができる

7. 何とか一人で歩ける

8. その他 ()

問 1 1. 御本人が現在生活しているところについて、1つだけ○をつけてください。
(短期入所中、3か月未満の入所・入院中の方は「1. 在宅」を選択してください)

1. 在宅で生活している -----> 次ページ問 1 2へ

2. グループホームで生活している -----> 次ページ問 1 2へ

3. 施設または病院に3か月以上(予定を含む)、
入所もしくは入院している -----> 15ページ問 2 5へ

在宅・グループホームで生活している方は、引き続きお答えください。14ページまで質問があります。

問12. 御本人に行っている医療処置等について、当てはまるものに○をつけるとともに、頻度又は処置にかかる時間について○を付けて（もしくは記入して）ください。

1. 人工呼吸器管理

→（24時間/夜間のみ/1日____時間程度/体調不良時のみ/体調により大きく異なる）

2. 排痰補助装置（カフマシン）の使用

3. 気管切開（気管喉頭分離を含む）

4. 鼻咽頭エアウェイの使用

5. 酸素吸入（在宅酸素）

→（24時間/夜間のみ/1日____時間程度/体調不調時のみ/体調により大きく異なる）

6. たん吸引 →（1日____回程度/体調不良時のみ/体調により大きく異なる）

7. ネブライザの使用 →（1日____回程度/体調不良時のみ/体調により大きく異なる）

8. 体位交換 →（1日6回以上 / 1日6回未満）

9. パルスオキシメーター（血液・血中酸素濃度計）の使用

→（定期的に測定 / 体調不良時に測定 / 常時測定）

10. 導尿→（1日____回程度/体調不良時のみ/体調により大きく異なる）

11. てんかん発作時の座薬処置

12. 定期薬の服用

13. とこずれ（褥瘡：じょくそう）の手当

14. 摘便・浣腸・洗腸などの排便管理

15. 継続する透析（腹膜灌流：ふくまくかんりゅう）を含む

16. その他 内容（ ） 頻度（ ）

17. 1～16の全てを実施していない。

**問 1 3. 御本人が定期的にかかっている医療機関はありますか。
当てはまるものに○をつけ、2～4の場合は回数を記入してください。
(複数回答可)**

1. 定期的にはかかっていない
2. 定期的に通院している医療機関がある (_____ 回/月)
3. 訪問診療を受けている (_____ 回/月)
4. その他(訪問看護、訪問リハビリは除く) (_____) (_____ 回/月)

問 1 3-2) 上の質問で「2. 定期的に通院している医療機関がある」と答えた方にうかがいます。御本人が定期的に通院している医療機関について、当てはまるものに○をつけてください(複数回答可)

1. 愛知県コロニー中央病院
2. あいち小児保健医療総合センター
3. 青い鳥医療療育センター
4. 三河青い鳥医療療育センター
5. 一宮医療療育センター
6. 信愛医療療育センター
7. 東名古屋病院
8. 豊橋医療センター
9. 地域の総合病院
10. 大学病院
11. 上記1～10以外の病院(病院名 _____)
12. 診療所(医院、クリニック等)
13. その他(医療機関名 _____)

問13-3) 問13で「3. 訪問診療を受けている」と答えた方にうかがいます。御本人の訪問診療を実施している医療機関について、当てはまるものに○をつけてください（複数回答可）

1. 地域の総合病院
2. 心身障害専門医療機関
3. 診療所（医院、クリニック等）

差し支えなければ、医療機関名をご記入ください。

(_____)

4. その他（医療機関名： _____)

問14. 最近2年ほどの間に、御本人が検査・治療入院（短期入所（ショートステイ）は除く）した医療機関について、当てはまるものに○をつけてください（複数回答可）

1. 入院はしていない
2. 愛知県コロニー中央病院
3. あいち小児保健医療総合センター
4. 青い鳥医療療育センター
5. 三河青い鳥医療療育センター
6. 一宮医療療育センター
7. 信愛医療療育センター
8. 東名古屋病院
9. 豊橋医療センター
10. 地域の総合病院
11. 大学病院
12. 上記2～11以外の病院（病院名 _____)
13. 診療所（医院、クリニック等
14. その他（医療機関名 _____)

介護者の状況について

問 15. どなたが主に介護（お世話）をされていますか。1つだけ○をつけてください。

1. 母
2. 父
3. 兄弟姉妹
4. 兄弟姉妹の配偶者
5. 祖父母
6. 親戚
7. 施設や事業所のヘルパーなど
8. その他（ ）

問 16. 主な介護者はおいくつですか。ただし、1番目がホームヘルパーかボランティアの場合は、身内の中でもっとも主要な介護者についてお答えください。
（平成30年4月1日現在）

満（ ）歳

問 17. 身内の中で主な介護者の健康状況について、当てはまるものに○をつけてください。（複数回答可）

1. 健康
2. 腰痛
3. 肩痛
4. 慢性疲労を感じている
5. 慢性的な睡眠不足を感じている
6. 慢性病で治療中
7. 高齢による体力の減退
8. その他（ ）

問 18. 主に介護している方が病気などで介護できないとき、どうされていますか。当てはまるものに○をつけてください。（複数回答可）

1. 他の家族（主な介護者以外）が介護する
2. 家族以外の親戚に介護を依頼する
3. 知人に介護を依頼する
4. ホームヘルプサービスを利用する
5. ショートステイ（短期入所）を利用する
6. 病院に入院させてもらう
7. 4～6以外のサービスを利用する
8. その他（ ）

**問 2 0. 最近 1 年間に利用した自宅に来てもらうサービスに○をつけてください
(複数回答可)**

1. 居宅介護 (ホームヘルプ サービス)
2. 重度訪問介護
3. 移動支援
4. 訪問看護
5. 訪問リハビリテーション
6. 訪問マッサージ
7. 訪問入浴
8. その他 (訪問診療は除く) (_____)
9. 1～8の全てを利用していない

問 2 1. 現在定期的に通っている日中活動の場はありますか。当てはまるものに○をつけ、利用日数を記入してください (複数回答可)

1. 生活介護・日中一時支援 (デイサービス) (_____ 回/週)
2. 児童発達支援 (通園) 【未就学児対応】 (_____ 回/週)
3. 放課後等デイサービス 【就学児対応】 (_____ 回/週)
4. その他 (_____) (_____ 回/週)
5. 1～4の全てを利用していない

-----> 11 ページ 問 2 1 - 4 へ

問 2 1 - 2) 問 2 1 で「生活介護・日中一時支援 (デイサービス)」と答えた方に伺います。「生活介護・日中一時支援 (デイサービス)」の利用に関する希望がありますか。希望があれば、当てはまるものに○をつけるとともに、希望内容又は現状を記入してください (複数回答可)

1. 利用日数を増やしたい (希望利用日数: _____ 日/週)
2. 今より近いところに通いたい (現在の通所所要時間: _____ 分/週)
3. 今とは違うサービスに変わりたい (希望サービス名: _____)
4. 他のサービスを追加で利用したい (希望サービス名: _____)
5. その他 (具体的に: _____)
6. 特に希望はない

問 2 1 - 3) 問 2 1 で「児童発達支援（通園）【未就学児対応】」、「放課後等デイサービス【就学児対応】」と答えた方にうかがいます。「児童発達支援（通園）【未就学児対応】」、「放課後等デイサービス【就学児対応】」の利用に関する希望がありますか。希望があれば、当てはまるものに○をつけるとともに、希望内容又は現状を記入してください。（複数回答可）

1. 利用日数を増やしたい（希望利用日数： ____ 日/週）
2. 今より近いところに通いたい（現在の通所所要時間： ____ 分/週）
3. 今とは違うサービスに変わりたい（希望サービス名： ____）
4. 他のサービスを追加で利用したい（希望サービス名： ____）
5. その他（具体的に： _____）
6. 特に希望はない

問 2 1 - 4) 問 2 1 で「5. 1～4のすべてを利用していない」と答えた方にうかがいます。利用しない理由、課題や問題はありますか。当てはまるものに○をつけてください。（複数回答可）

1. 必要がない
2. そもそも制度やサービスを知らない
3. 利用方法が分からない
4. 預けるのが不安
5. 利用できる施設が近くにない
6. 費用が高い
7. 申し込んだが、空きがなく断られた
8. 申し込んだが、医療行為はできないと断られた
9. 預けるのが子ども（本人）に申し訳ない
10. 人の目が気になる
11. 家族が反対する
12. その他（ _____ ）

問 2 2. 学校教育等について当てはまるものに○をつけ、日数を記入してください。（複数回答可）

1. 幼稚園・保育所（ ____ 日/週）
2. 小学校（ ____ 日/週）
3. 中学校（ ____ 日/週）
4. 高等学校（ ____ 日/週）
5. 特別支援学校（ 幼稚部 / 小学部 / 中学部 / 高等部 ）（ ____ 日/週）
6. 就学免除・就学猶予（義務教育段階）
7. どこにも行っていない（義務教育段階以外）

問 2 2 - 2) 問 2 2 で 1 ~ 8 と 答 え た 方 に う か が い ま す 。 教 育 形 態 の 別 に つ い て 、 当 て は ま る も の に ○ を つ け 、 日 数 を 記 入 し て く だ さ い 。 (複 数 回 答 可)

1. 通学（通園）（幼稚園、保育所、小学校、中学校、特別支援学校（幼・小・中・高））
（ ____ 日 / 週 ）
2. 訪問教育（家庭・病院・施設）（特別支援学校 小・中・高） （ ____ 日 / 週 ）
3. 施設内教育（病院・施設）（特別支援学校 小・中） （ ____ 日 / 週 ）
4. 院内学級（小学校・中学校）（ ____ 日 / 週 ）
5. 通級指導教室（小学校・中学校）（ ____ 日 / 週 ）

問 2 2 - 3) 通 学 ・ 通 園 に 関 す る 希 望 が あ れ ば 、 当 て は ま る も の に ○ を つ け る と と も に 、 希 望 内 容 又 は 現 状 を 記 入 し て く だ さ い 。 (複 数 回 答 可)

1. 登校（登園）日数を増やしたい。（現在の登校（登園）日数： ____ 日 / 片道）
2. 今より近いところに通いたい（現在の通所所要時間： ____ 分 / 週）
3. スクールバスを利用して通学（通園）したい。
4. 保護者の付き添いなしで通学（通園）したい。
5. 校外（園外）学習に参加させたい。
6. その他（具体的に： _____）
7. 特に希望はない

問 2 3 . 今 後 、 利 用 し た い サ ー ビ ス を ご 記 入 く だ さ い 。 (自 由 記 述)

（ ）

施設入所について

問 2 4. 今すぐあるいは将来的に、御本人の施設入所（長期）やグループホームへの入居を希望しますか。

なお、現在、グループホームに入居している方で、継続して入居を希望する場合は「5.」を選択してください。（複数回答可）

1. 施設への長期入所を希望
2. グループホームへの入居を希望
3. 入所も入居も希望しない
4. わからない
5. 現在入居しているグループホームに継続して入居を希望

問 2 4 - 2) 問 2 4 で「1. 施設への長期入所を希望」、「2. グループホームへの入居を希望」と答えた方にうかがいます。

入所・入居について考える一番の理由は何ですか。1つだけ○をつけてください。

1. 介護者が高齢になったため、又は高齢になったとき
2. 介護者の病気、けが、介護疲れのため
3. 介護者が亡くなった時
4. ご本人の治療、訓練、教育のため
5. 親元から離れて生活してほしい（ご本人の自立）ため
6. その他（_____）

問 2 4 - 3) 問 2 4 で「1. 施設への長期入所を希望」、「2. グループホームへの入居を希望」と答えた方にうかがいます。

入所・入居を希望する時期はいつごろと考えますか。1つだけ○をつけてください。

- | | | |
|------------------|----------|-----------|
| 1. 今すぐ、又はできるだけ早く | 2. 2年以内 | 3. 5年以内 |
| 4. 10年以内 | 5. 20年以内 | 6. 20年以上先 |

その他

その他、ご意見等があればご自由にご記入下さい。

○ご協力ありがとうございました。
在宅・グループホームで生活されている方は、質問は以上です。

【次ページからは、施設または病院に3か月以上（予定を含む）入所・入院
中の方への質問となります。】

問25-3) 御本人が現在の施設または病院に入所した理由は何ですか。
当てはまるものに○を付けてください。(複数回答可)

1. 入所(入院)の必要に迫られたが、他に入所(入院)可能な施設がなかった
2. 現在入所(入院)している施設(病院)のサービス、スタッフに魅力があった
3. 紹介された
4. 家族、親族が近くに住んでいる
5. 空きがあるうちに入所(入院)しておこうと思った
6. その他()

施設の移動(転院)希望について

問26. 現在入所(入院)している施設または病院から、他の施設への移動(転院)を希望しますか。

1. 希望する
2. 希望しない
3. どちらとも言えない

問26-2) 移動を「1. 希望する」と答えた方にうかがいます。
移動を希望する理由を記入してください。(自由記述)

[]

その他

その他、ご意見等があればご自由にご記入下さい。

[]

○アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。