

重症心身障がい児（者）の生活調査

ご記入にあたってのお願い

以下の内容を確認されて、調査票のご記入をお願いいたします。

1. この調査票は、平成25年8月1日現在の状況でお答えください。
2. この調査票は、あて名ご本人の心身状況や生活状況などをよくご存知の方がご記入ください。
3. 鉛筆か黒または青のボールペンでご記入ください。
4. 回答は、あてはまる項目を選んで、その番号を○印で囲んでください。また、質問によっては、年齢など数字を書いていただく場合がありますので、ことわり書きに従ってお答えください。
5. この調査票は、あて名ご本人や記入された方のお名前を書く必要はありません。
6. この調査票に記入された内容は、他の目的に使用されることはありません。また、個人の秘密は守られますので、安心してご記入ください。
7. 立ち入った内容をお聞きすることもあります。調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきたいと存じます。
8. お手数ですが、同封の返信用封筒にて、平成25年9月13日(金)までに投函してください。(※切手は不要です)
9. 調査の内容などについて、分からないことがありましたら、下記の問い合わせ先へご連絡ください。

問い合わせ先

熊本市役所 健康福祉子ども局 障がい保健福祉課

〒860-8601 熊本市中央区手取本町1番1号

電話 096-328-2519 ファックス 096-325-2358

■記入年月日と回答者の続柄(あて名の方からみた続柄)をご記入ください。

記入年月日	平成 25 年	月	日
回答者の続柄 (あてはまる番号 に○を1つ)	1. 母親	2. 父親	3. 祖母
	4. 祖父	5. 兄弟姉妹	6. 配偶者
	7. 子	8. その他 (具体的に)

I あて名ご本人についてお伺いします。(平成 25 年 8 月 1 日現在の状況)

問 1 ご本人の居住地区に○を付けてください。

1. 中央区 2. 東区 3. 西区 4. 南区 5. 北区

問 2 ご本人の性別に○を付けてください。

1. 男 2. 女

問 3 現在のご本人の年齢を数字でご記入ください。

(..... 歳 ヶ月)

問 4 ご本人の身長と体重をご記入ください。

身長 cm 体重 kg

問 5 手当等の受給状況について、あてはまるものに○を付けてください。

【回答例】

「特別児童扶養手当 1 級」と「障害児福祉手当」を受給されている場合

種 類	受給状況	
ア 特別児童扶養手当	① 有 (① 級 ・ 2 級)	2. 無
イ 障害児福祉手当	① 有	2. 無
ウ 特別障害者手当	1. 有	2. ① 無
エ 障害基礎年金	1. 有 (1 級 ・ 2 級)	2. ① 無

種 類	受給状況 「ア」～「エ」それぞれについて、 あてはまるものに○をつけてください。	
ア 特別児童扶養手当	1. 有 (1 級 ・ 2 級)	2. 無
イ 障害児福祉手当	1. 有	2. 無
ウ 特別障害者手当	1. 有	2. 無
エ 障害基礎年金	1. 有 (1 級 ・ 2 級)	2. 無

問 6 ご本人が障がいの有ることとなった起因となる主たる疾病等の診断名又は障がい名について、あてはまる番号に○を1つ付けてください。

- | | | |
|------------|----------------|--------------|
| 1. 脳性まひ | 2. てんかん | 3. 染色体異常 |
| 4. 低出生体重児 | 5. 重症新生児仮死 | 6. 脳炎・脳症・髄膜炎 |
| 7. 脳外傷 | 8. 先天性代謝異常 | 9. 低酸素性脳障害 |
| 10. 神経・筋疾患 | 11. 溺水・窒息などの事故 | |
| 12. 視覚障害 | 13. 知的障害 | 14. 自閉症 |
| 15. 行動障害 | | |
| 16. その他 |) | |

問 7 問6の主たる疾病等の診断又は障がいの発症時期にあてはまる番号に○を1つ付けてください。

「3. その他」に○をつけた方は、発症した年齢(月齢)もご記入ください。

1. 出生時から
2. 小児期(0～6歳)
3. その他 ⇒(.....)歳

問 8 手帳の交付状況についてお聞きします。お持ちの手帳について、あてはまる番号に○を付けてください。

【回答例】

「身体障害者手帳1級」と「療育手帳A1」をお持ちの場合

手帳の有無	等級
① 身体障害者手帳	総合等級 (①.1級 2.2級 3.3級 4.4級 5.5級 6.6級)
② 療育手帳	(①.A1 2.A2 3.B1 4.B2)
3. 精神障害者 保健福祉手帳	(1.1級 2.2級 3.3級)
4. 未申請	

手帳の有無	等級
「1.」～「4.」のなかから あてはまる番号に○を	お持ちの手帳の等級であてはまる番号に○を付けてください。
1. 身体障害者手帳	総合等級 (1.1級 2.2級 3.3級 4.4級 5.5級 6.6級)
2. 療育手帳	(1.A1 2.A2 3.B1 4.B2)
3. 精神障害者 保健福祉手帳	(1.1級 2.2級 3.3級)
4. 未申請	

問 9 身体障害者手帳の交付を受けている方にお聞きます。あてはまる障がいの種別及びそれぞれの等級に○を付けてください。

障がいの種別 「1.」～「14.」のなかで、あてはまる障がいの番号に○を付けてください。	等級 あてはまる等級に○を付けてください。
1. 視覚障がい	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級
2. 聴覚・平衡機能障がい	2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級
3. 音声・言語・そしゃく機能障がい	3級 ・ 4級
4. 肢体不自由(上肢)	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 ・ 7級
5. 肢体不自由(下肢)	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 ・ 7級
6. 肢体不自由(体幹)	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 5級
7. 肢体不自由(運動機能障がい)	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 ・ 7級
8. 内部障がい(心臓機能障がい)	1級 ・ 3級 ・ 4級
9. 内部障がい(じん臓機能障がい)	1級 ・ 3級 ・ 4級
10. 内部障がい(呼吸器機能障がい)	1級 ・ 3級 ・ 4級
11. 内部障がい(ぼうこう又は直腸機能障がい)	1級 ・ 3級 ・ 4級
12. 内部障がい(小腸機能障がい)	1級 ・ 3級 ・ 4級
13. 内部障がい(ヒト免疫不全機能障がい)	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級
14. 内部障がい(肝臓機能障がい)	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級

問 10 障害程度区分※について、該当するものに○をしてください。

(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 非該当 ・ 未実施 ・ 不明)

※障害程度区分・障害福祉サービスの種類や量などを決定するため、障がい者の心身の状態を示す区分です。

問 11 「ア」～「オ」の障がいの状態について、それぞれにあてはまる番号に○を付けてください。

項目	状態
ア 姿勢について (○は1つ)	1. 寝たきり 2. 自分で座れる 3. つかまり立ちができる 4. ひとり立ちができる
イ 移動について (○は1つ)	1. 一人では移動できない 2. 寝返りができる 3. 背ばい・腹ばいができる 4. 四つんばいができる 5. 伝い歩きができる 6. 一人歩きができる
ウ 理解について (○は1つ)	1. 言語理解不可 2. 簡単な言語理解可 3. 簡単な色、数の理解可 4. 簡単な文字・数字の理解可 5. 簡単な計算可
エ 意思表示について (○は1つ)	1. ほとんどない 2. 意思伝達装置(脳波や脳の血液量により「はい・いいえ」を意思伝達)により意思表示できる 3. 意思伝達装置(視線で機器を操作し意思伝達)により意思表示できる 4. 身振りで表現できる 5. 声で表現できる 6. かたことの言葉で伝える 7. 文章で伝える

項目	状態
オ 行動について (○はいくつでも)	1. こだわり 2. 自傷 3. 他害 4. 多動 5. 異食 6. パニック 7. 昼夜逆転 8. その他()

問 12 行動障がいの有無について、お答えください。

1. 行動障がいはない ⇒問 13 へ

2. 行動障がいがある ↙

下の表の①～⑪について、それぞれあてはまる番号に○を1つずつ付けてください。

行動の種類	頻 度			
	①～⑪について、それぞれあてはまる番号に○を1つずつ			
① ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為(ひどい自傷)	1. ない	2. 週に1, 2回	3. 1日1, 2回	4. 1日中
② ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為(つよい他傷)	1. ない	2. 月に1, 2回	3. 週に1, 2回	4. 1日に何度も
③ 激しいこだわり	1. ない	2. 週に1, 2回	3. 1日1, 2回	4. 1日に何度も
④ 激しい器物破損(ものこわし)	1. ない	2. 週に1, 2回	3. 1日1, 2回	4. 1日に何度も
⑤ 睡眠障害(睡眠の大きな乱れ)	1. ない	2. 月に1, 2回	3. 週に1, 2回	4. ほぼ毎日
⑥ 食べられないものを口に入れたり、過食、反すう等の食事に関する行動(食事関係の強い障がい)	1. ない	2. 週に1, 2回	3. ほぼ毎日	4. ほぼ毎食
⑦ 排せつ関係の強度の障がい	1. ない	2. 月に1, 2回	3. 週に1, 2回	4. ほぼ毎日
⑧ 著しい多動	1. ない	2. 月に1, 2回	3. 週に1, 2回	4. ほぼ毎日
⑨ 通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行動(著しい騒がしさ)	1. ない	2. ほぼ毎日	3. 1日中	4. 絶えず
⑩ パニックへの対応が困難	1. ない	2. ある		
⑪ 他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為があり、対応が困難	1. ない	2. ある		

問 13 現在の生活の場について、あてはまる番号に○を1つ付けてください。

「3. 施設入所」に○を付けた方は、状況についてもご記入ください。

1. 在宅

2. 共同生活援助(グループホーム)又は共同生活介護(ケアホーム)

3. 施設入所 ⇒ 入所期間 (平成_____年_____月から入所)

施設の場所 (1. 熊本市内 2. 熊本市外)

Ⅱ 日常的に必要となる医療的ケア等の状況についてお伺いします。

問 14 日常的に必要となる医療的ケアはありますか。あてはまる番号に○を1つ付けてください。

1. 日常的に必要な医療的ケアはない ⇒8 ページ問 17 へ
2. 日常的に医療的ケアが必要 ⇒問 15 へ

問 15 日常的に必要となる医療的ケア等の状況について、以下の「1」～「16」の各項目に規定する状態が6ヶ月以上継続する場合(※1)、あてはまる番号に○を付けてください。また、その頻度とケアに係る時間を〔 〕内にご記入ください。

①座位について、あてはまる番号に○を1つ付けてください。		
1. 保持できる	2. 保持できない	
②「1.」～「7.」のなかで必要な医療的ケアの番号に○をつけてください。		
③必要な医療的ケアの頻度または回数であてはまる番号に○をつけ、〔 〕内に係る時間をご記入ください。		
1 レスピレーター(人工呼吸器)管理(※2)		
〔 1. 24時間 2. 夜間のみ 3. その他〔1日 ____ 時間程度〕		
2 気管内挿管・気管切開		
〔ケアに係る時間 : 1. 1日5分以下 2. 1日5分以上30分未満 3. 1日30分以上60分未満 4. 1日60分以上〕		
3 鼻咽頭エアウェイ		
〔 1. 1日8時間未満 2. 1日8時間以上16時間未満 3. 1日16時間以上24時間以下〕		
4 O ₂ (酸素吸入)又はSaO ₂ (動脈血酸素飽和度)90%以下の状態が10%以上		
〔 1. 24時間 2. 夜間のみ 3. その他〔1日 ____ 時間程度〕		
5 たんの吸引		
〔 1. 1時間1回以上 2. 1日6回以上 3. 1日6回未満〕		
6 ネブライザー		
〔 1. 1日6回以上又は継続使用 2. 1日6回未満〕		
7 中心静脈栄養(IVH)		
〔 1. 1日8時間未満 2. 1日8時間以上16時間未満 3. 1日16時間以上24時間以下〕		

(※1) 新生児集中治療室を退室した児であって当該治療室での状態が引き続き継続する児については、当該状態が1ヶ月以上継続する場合とする。ただし、新生児集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生については、その後の状態が6ヶ月以上継続する場合とする。

(※2) 毎日行う機械的気道加圧を要するカフマシン・NIPPV(非侵襲的陽圧人工呼吸)・CPAP(経鼻的持続陽圧呼吸療法)などは、レスピレーター管理に含む。

②「8.」～「15.」のなかで必要な医療的ケアの番号に○をつけてください。
 ③必要な医療的ケアの頻度または回数であてはまる番号に○をつけ、〔 〕内に係る時間をご記入ください。

8 経口摂取(全介助)(※3)
〔 1日 ____回 ____時間程度〕
9 経管(経鼻・胃ろうを含む)(※3)
〔 1日 ____回 ____時間程度〕
10 腸ろう・腸管栄養(※3)
〔 1日 ____回 ____時間程度〕
〔持続注入ポンプ使用 : 1. 使用 2. 不使用〕
11 手術・服薬にても改善しない過緊張感で、発汗による更衣と姿勢修正
〔 1. 1日3回以上 2. 1日3回未満〕
12 継続する透析(腹膜灌流を含む)
〔1日 ____時間程度〕
13 定期導尿(人口膀胱を含む)
〔 1. 1日3回以上 2. 1日3回未満〕
14 人工肛門
〔ケアに係る時間 : 1. 1日20分以上 2. 1日15分以上20分未満 3. 1日10分以上15分未満 4. 1日5分以上10分未満 5. 1日5分未満〕
15 体位変換
〔 1. 1日6回以上 2. 1日6回未満〕
16 その他(具体的に _____)

(※3) 「8」～「10」は経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれかを選択。

※人工呼吸をされている方にお聞きします。

問 16 通常の人工呼吸の方法に関してあてはまる番号に○を1つ付けてください。

1. 気管内挿管(経口・経鼻)と人工呼吸器を使用する方法
2. 気管切開と人工呼吸器を使用する方法
3. マスクと人工呼吸器を使用する方法

※みなさんにお聞きます。

問 17 あて名ご本人の健康状態について、もっともあてはまる番号に○を1つ付けてください。

- | | | |
|------------|-------------|------------|
| 1. 良好 | 2. 状態不安定 | 3. 通院して治療中 |
| 4. 入院して治療中 | 5. その他(具体的に |) |

問 18 生まれた時に NICU(新生児特定集中治療室)に入院されましたか。

入院された場合は、状況についてもご記入ください。

1. 入院していない ⇒ 問 21 へ
2. 入院した ⇒ 入院していた期間 (____年 ____ヶ月)
退院した時の年齢 (____年 ____ヶ月)

※生まれた時に NICU に入院していた方にお聞きます。

問 19 退院するときに良かったこと、不安だったこと(困ったこと)に関して、それぞれあてはまる番号に○を1つずつ付けてください。

<良かったこと>

- | | | |
|-------------|-------------|---------------|
| 1. 自宅に帰れる喜び | 2. 在宅に向けた指導 | 3. 安心につながる声掛け |
| 4. その他(具体的に | |) |

<不安だったこと(困ったこと)>

- | | | |
|--------------|------------|-------------|
| 1. 介護・看護の不安 | 2. 緊急時の不安 | 3. 医療的ケアの不安 |
| 4. 今後の医療への不安 | 5. 兄弟姉妹の育児 | |
| 6. その他(具体的に | |) |

※生まれた時に NICU に入院していた方にお聞きます。

問 20 退院後の在宅生活の当初、良かったこと、不安だったこと(困ったこと)に関して、それぞれあてはまる番号に○を1つずつ付けてください。

<良かったこと>

- | | |
|--------------|--------------------|
| 1. 一緒に暮らせる喜び | 2. 訪問看護師や保健師等のサポート |
| 3. その他(具体的に |) |

<不安だったこと(困ったこと)>

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. 病状悪化やけいれんの不安 | 2. 医療的ケアの不安 |
| 3. 育児・介護に関すること | 4. リハビリ・療育に関すること |
| 5. 相談先 | 6. 兄弟姉妹に関すること |
| 7. 障がい受容 | 8. 睡眠不足 |
| 9. その他(具体的に |) |

※みなさんにお聞きします。

問21 「ア」～「エ」の日常的な介護について、それぞれあてはまる番号に○を1つずつ付けてください。

介助の種類	状 態
ア 食事介助 (○は1つ)	1. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 2. 全面介助が必要 3. 一部介助が必要 4. 介助なしでできる 5. その他(具体的に)
イ 着脱介助 (○は1つ)	1. 全面介助が必要 2. 一部介助が必要 3. 介助なしでできる 4. その他(具体的に)
ウ 入浴介助 (○は1つ)	1. 全面介助が必要 2. 一部介助が必要 3. 介助なしでできる 4. その他(具体的に)
エ 排泄・排便の介助 (○は1つ)	1. 全面介助が必要 2. 一部介助が必要 3. 介助なしでできる 4. その他(具体的に)

Ⅲ 在宅の方にお伺いします。

問 22～問 35 は、現在「在宅」または「共同生活援助（グループホーム）または共同生活介護（ケアホーム）」でお過ごしの方にお聞きします。現在、「施設に入所」している方は 14 ページ問 36 へお進みください。

問 22 本年6月の平日の日中の主な生活の場に○を付けてください。

「2. 自宅以外」に○をつけた方は具体的な場所ではまる番号に○を1つ付けてください。

1. 自宅

2. 自宅以外 →

- | | |
|-------------------|----------------|
| 1. 保育所 | 2. 幼稚園 |
| 3. 小中学校の普通学級 | 4. 小中学校の特別支援学級 |
| 5. 特別支援学校 | 6. 自宅で訪問学級 |
| 7. 障害者福祉サービス通所事業所 | |
| 8. その他(具体的に) | |

問 23 本年6月の障害福祉サービス等の利用状況についてお聞きします。

下記の「1. 」～「13. 」のなかで、利用された障害福祉サービスの番号すべてに○を付けてください。また1ヶ月の利用日数と、1日あたりの利用時間の記入をお願いします。

障害福祉サービス 本年6月に利用した障害福祉サービスに○を(○はいくつでも)	1ヶ月の 利用日数	1日あたりの 利用時間
1. 居宅介護	日	時間
2. 重度訪問介護	日	時間
3. 行動援護	日	時間
4. 生活介護	日	/
5. 児童発達支援(医療型児童発達支援を含む)	日	
6. 短期入所	日	
7. 日中一時支援	日	
8. 移動支援	日	
9. 訪問入浴	日	
10. 訪問看護	日	
11. 訪問リハビリ	日	時間
12. 医療機関	日	/
13. その他()	日	
14. 利用していない (理由:)		

※障害福祉サービスの内容については、17 ページ【サービス等の概要】をご覧ください。

問 24 障害者福祉サービス等の利用に当たって、相談されたところがあれば、あてはまる番号すべてに○を付けてください。

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. 相談支援事業所 | 2. 医療機関の医師 |
| 3. 医療機関のソーシャルワーカー | 4. 療養機関のソーシャルワーカー |
| 5. 行政の保健師 | 6. 行政の福祉部門の職員 |
| 7. 相談者が探せず家族が対応 | |
| 8. その他(具体的に |) |

問 25 現在、日常生活用具や補装具の支給を受けていますか。

1. はい (用具等の名称 :)
2. いいえ

問 26 問 23 に掲げるサービス以外に利用されたサービスはありますか。利用したサービスの番号すべてに○を付けてください。また、月あたりの利用頻度と利用金額を記入してください。

1. ファミリーサポートセンター ⇒ [利用頻度:月.....回 利用料金:月.....円]
2. 認可外保育施設 ⇒ [利用頻度:月.....回 利用料金:月.....円]
3. その他(具体的に)
4. 利用していない

問 27 サービス利用と家計の関係についてお聞きします。もっともあてはまる番号に○を1つ付けてください。

1. 厳しくて利用ができない
2. 厳しく利用が十分にできない
3. 厳しいが十分利用できている
4. 不安なく利用している
5. その他
〔 具体的に 〕

IV 在宅の方のご家族の生活状況についてお伺いします。

問 28 同居されている家族構成について、あてはまる番号すべてに○を付けてください。
また、()内に年齢の記入もお願いします。あて名ご本人からみた続柄になります。

1. 母親(歳)
2. 父親(歳)
3. 祖母(歳)
4. 祖父(歳)
5. 兄弟姉妹(歳 歳 歳)
6. 配偶者(歳)
7. 子(歳)
8. その他(具体的に)

問 29 主として介護・看護を行う方について、あてはまる番号に○を1つ付けてください。

1. 母親
2. 父親
3. 祖母
4. 祖父
5. 兄弟姉妹
6. 配偶者
7. 子
8. その他(具体的に)

問 30 問 29 の主たる介護・看護者についてお聞きします。

介護・看護を始められての期間について、あてはまる番号に○を1つ付けてください。

1. 1年未満
2. 2年未満
3. 3年未満
4. 4年未満
5. 5年未満
6. 5年以上

問 31 問 29 の主たる介護・看護者についてお聞きします。

現在の健康状態について、もっともあてはまる番号に○を1つ付けてください。

1. 良い
2. 不安がある
3. 良くない(病名等:具体的に)

問 32 問 29 の主たる介護・看護者についてお聞きします。

睡眠について、<ア><イ>それぞれあてはまる番号に○を1つずつ付けてください。

<ア 1日の平均睡眠時間>

1. 3時間未満
2. 4時間未満
3. 5時間未満
4. 6時間未満
5. 7時間以上

<イ 睡眠の形態(連続・継続)>

1. まとまった時間眠れる
2. 短時間睡眠を複数回

問 33 問 29 の主たる介護・看護者が何らかの理由により介護・看護ができない場合、介護・看護をお願いできる方がいらっしゃいますか。あてはまる番号に○を1つ付けてください。

1. 同居の家族
2. 別居の親族
3. 訪問看護師
4. ホームヘルパー
5. その他(具体的に)
6. いない ⇒問 35 へ

問 34 問 33 で介護・看護をお願いできる方がいらっしゃる場合、その方に1ヶ月平均何時間あるいは何日お願いできますか。あてはまる番号に○を1つ付けてください。

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. 1時間未満 | 2. 2時間未満 | 3. 3時間未満 |
| 4. 4時間未満 | 5. 5時間未満 | 6. 5時間以上 |
| 7. ()日間 | | |

問 35 問 29 の主たる介護・看護者が介護をする上で最も負担だと感じていることを教えてください。下記の「介護の内容」のなかから、負担だと感じていることの上位3つを選び、順位を記入し、具体的に負担と感じる内容を自由に記入してください。

順位	介護の内容	負担に感じることを具体的にお書きください。
	食事介助 (食事準備を含む)	
	着脱介助	
	入浴介助	
	排泄・排便介助	
	移動介助(本人)	
	医療的ケア	
	睡眠(介護・看護者)	
	外出(介護・看護者)	
	健康状態(介護・看護者)	
	その他	

もっとも負担に感じることに「1」を、2番目に負担に感じることに「2」を、3番目に負担に感じることに「3」を記入してください。

A群 【サービスの種類】	B群 【特に必要とされる項目】
⑧ 移動支援	1. ヘルパーの知識・技術の向上 2. 医療的ケアが行えるヘルパーを増やして欲しい。 3. その他 { 具体的に }
⑨ 訪問入浴	1. 利用できる事業所の増 2. 利用できる回数の増 3. その他 { 具体的に }
⑩ 訪問看護	1. 利用料の軽減 2. 利用できる回数の増 3. 1回当たりの時間数の増 4. 小児も利用できる事業所の増 5. 早朝・夜間も利用できる事業所の増 6. その他 { 具体的に }
⑪ 訪問リハビリ	1. 利用料の軽減 2. 利用できる回数の増 3. 1回当たりの時間数の増 4. 小児も利用できる事業所の増 5. 早朝・夜間も利用できる事業所の増 6. その他 { 具体的に }
⑫ 相談支援	1. 重症心身障がいを理解し、相談に対応できる事業所の増 2. 障害福祉サービス及び医療系サービス(訪問看護等)利用の調整を行う事業所の増 3. その他 { 具体的に }
⑬ 医療機関	1. 訪問診療を行う医療機関の増 2. 気軽に利用できる診療所の増 3. 重症心身障がい児・者を診察する専門医の増 4. 医療機関のレスパイト入院 5. 退院時支援の充実 6. 地域生活に必要な情報提供の充実 7. その他 { 具体的に }
⑭ 障害児入所施設 (旧重症心身障がい児施設) 障害者支援施設	1. 入所できる施設の増 2. 生活施設としてのサービス内容の充実 3. 地域からの相談への対応 4. 施設からの看護師やヘルパーの派遣 5. 短期入所の充実 6. その他 { 具体的に }
⑮ 共同生活介護 (ケアホーム)	1. 医療的ケアに対応できる共同生活介護(ケアホーム)の創設 2. 利用料の軽減 3. その他 { 具体的に }

※障害福祉サービスの内容については、17 ページ【サービス等の概要】をご覧ください。

A	もっとも利用したいサービスの番号	2番目に利用したいサービスの番号	3番目に利用したいサービスの番号
A			
B	もっとも利用したいサービスで、特に必要とされる項目	2番目に利用したいサービスで、特に必要とされる項目	3番目に利用したいサービスで、特に必要とされる項目
B			

VI その他

問 38 ご意見・要望などありましたらご自由にお書きください。

補装具や日常生活用具について

日常生活の中で困っていることや心配なこと

その他（行政、相談機関、医療機関、障害福祉サービス事業所などに対するご意見・要望）

ご協力ありがとうございました。

【サービス等の概要】

障害福祉サービス名	サービスの内容
1. 居宅介護(ホームヘルプ)	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等や調理、洗濯及び掃除等の家事を行います。
2. 重度訪問介護	重度の肢体不自由者で常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動中の介護などを総合的に行います。
3. 行動援護	知的障がい、精神障がいにより行動上、著しい困難を有する人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出時の介護を行います。
4. 生活介護	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供します。
5. 児童発達支援	障がい児を対象とする通所支援の一つ。障がい児を児童発達支援センターなどの施設に通わせ、日常生活における基本的動作の指導、知識や技能の習得、集団生活への適応訓練を行います。
6. 短期入所(ショートステイ)	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設等で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
7. 日中一時支援事業	日中において監護する者がいないため、一時的に見守り等の支援が必要な障がい者等の日中における活動の場を確保し、障がい者等の家族の就労支援及び障がい者等を日常的に介護している家族の一時的な休息を図ります。
8. 移動支援	円滑に外出できるよう、移動を支援します。
9. 訪問入浴	お一人での入浴またはご家族等のサポートだけでは入浴が困難な方のご自宅にお伺いし、入浴をサポートするサービスです。
10. 訪問看護	訪問看護ステーションから、病気や障がいがある人が住み慣れた地域やご家庭で、その人らしく療養生活を送れるように、看護師等が生活の場へ訪問し、看護ケアを提供し、自立への援助を促し、療養生活を支援するサービスです。
11. 訪問リハビリ	通所が困難な利用者を対象に、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を支援するために、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などが自宅を訪問し、主治医の指示に基づいて、「理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション」を行うものをいいます。
12. 相談支援	障がいのある人の福祉に関する様々な問題について、障がいのある人等からの相談に応じ、必要な情報の提供、障害福祉サービスの利用支援等を行うほか、権利擁護のために必要な援助も行います。
13. 医療機関	病院、診療所等です。
14. 障害児入所施設 (旧重症心身障がい児施設)	障がいのある児童を入所させて、保護、日常生活の指導及び自活に必要な知識や技能の付与を行う施設です。福祉サービスを行う「福祉型」と、福祉サービスに併せて治療を行う「医療型」があります。
障害者支援施設	障がい者の方に対し、夜間に「施設入所支援」を行うとともに、昼間に「生活介護」、「自立訓練」又は「就労移行支援」を行う施設です。
15. ケアホーム	夜間や休日、共同生活を行う住居で、入浴、排せつ、食事の介護等や調理、洗濯及び掃除等の家事を行います。

※必要な方は点線から切り取ってご利用ください。

