

## 令和5年度 重症心身障がい児者 実態把握調査(案)

問1 障がい児(者)ご本人のお住まいの市町村をお答えください。

(市・町・村)

問2 主たる介護者の障がい児(者)との続柄について○をしてください。

1 母 2 父 3 祖父母 4 兄弟姉妹 5 その他( )

問3 主たる介護者と障がい児(者)以外に同居されている方の人数を回答してください。

人

問4 障がい児(者)の令和6年4月1日現在の年齢をお答えください。

歳

問5 障がい児(者)の身体障がい者手帳の総合等級について○をしてください。

1級 ・ 2級

問6 障がい児(者)ご本人の状態、特性について当てはまる項目**すべて**に☑をしてください。

- |                      |   |   |                                 |
|----------------------|---|---|---------------------------------|
| (1) 運動発達             | <input type="checkbox"/> 寝たきり   | <input type="checkbox"/> 座れる                    | <input type="checkbox"/> 歩行障がい  |
|                      | <input type="checkbox"/> 歩ける  | <input type="checkbox"/> 走れる                    |                                 |
| (2) 食事(経管栄養を含む)      | <input type="checkbox"/> 全介助  | <input type="checkbox"/> 一部介助                   | <input type="checkbox"/> 自立     |
| (3) 排泄(おむつ、浣腸の使用を含む) | <input type="checkbox"/> 全介助  | <input type="checkbox"/> 一部介助                   | <input type="checkbox"/> 自立     |
| (4) 入浴               | <input type="checkbox"/> 全介助  | <input type="checkbox"/> 一部介助                   | <input type="checkbox"/> 自立     |
| (5) 口腔清掃             | <input type="checkbox"/> 全介助  | <input type="checkbox"/> 一部介助                   | <input type="checkbox"/> 自立     |
| (6) 言語理解             | <input type="checkbox"/> 言語理解不可   | <input type="checkbox"/> 簡単な言語理解可(学齢期の場合は指示理解可) |                                 |
|                      | <input type="checkbox"/> 日常の言語理解可   | <input type="checkbox"/> 簡単な言語や色・数の理解可          | <input type="checkbox"/> 特に問題ない |
| (7) 意思表示             | <input type="checkbox"/> 言語での表出 <input type="checkbox"/> 身ぶりやサインで表現(指差し、ジェスチャーなど) |   |                                 |
|                      | <input type="checkbox"/> 意思表示が確認できない  | <input type="checkbox"/> その他( )                 |                                 |
| (8) その他              | <input type="checkbox"/> 突発的な発作   | <input type="checkbox"/> 装着している医療的ケア用品の自己・事故抜去  |                                 |
|                      | <input type="checkbox"/> 異食行動   | <input type="checkbox"/> 自傷・他傷                  |                                 |
|                      | <input type="checkbox"/> ものを壊す  | <input type="checkbox"/> パニックや不安定な行動            |                                 |
|                      | <input type="checkbox"/> 感覚過敏   |   |                                 |





問11 障がい児(者)ご本人が現在利用中の障がい福祉サービス等について当てはまる項目**すべて**に☑をしてください。また利用を希望しているにもかかわらず、利用ができないサービス等がありましたらそのサービスごとに利用できない理由を下の枠から選択し、該当する番号に○をつけてください。

サービス等	利用サービス	利用を希望したが利用できないサービス及びその理由（複数回答可）
<b>訪問系</b>		
居宅介護	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
重度訪問介護	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
同行援護	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
行動援護	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
<b>日中活動系</b>		
短期入所（福祉施設）	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
短期入所（医療機関）	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
生活介護	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
<b>訓練系・就労系</b>		
自立訓練（機能訓練）	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
自立訓練（生活訓練）	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
就労移行支援	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
就労継続支援A型（雇用型）	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
就労継続支援B型（非雇用型）	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
就労定着支援	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
<b>障害児通所支援</b>		
児童発達支援	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
医療型児童発達支援	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
放課後等デイサービス	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
居宅訪問型児童発達支援	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
保育所等訪問支援	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
<b>その他のサービス</b>		
日中一時支援	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
移動支援	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
訪問入浴	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
訪問看護	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
訪問診療	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）
訪問リハビリ	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 その他（ ）

**【理由】**

- 1 医療的ケアを理由に断られた
- 2 医療的ケアに対応できる人員が確保できないと言われた
- 3 定員が埋まっていた
- 4 身近な地域に事業所などがなかった
- 5 費用が高かった
- 6 利用するための手続きや情報を得ることができなかった

その他（理由をお書きください）

問12 18歳以下の障がい児ご本人の就園・就学（入園・入学）についてお聞きします。希望した園や学校に就園・就学（入園・入学）できなかった理由や就園・就学（入園・入学）に際して課題となったことについて、当てはまるものすべてに☑してください。

保育所・学校等	理由（複数回答可）						
<input type="checkbox"/> 保育所・認定こども園	1	2	3	4	5	6	その他（ ）
<input type="checkbox"/> 幼稚園	1	2	3	4	5	6	その他（ ）
<input type="checkbox"/> 小学校・義務教育学校（前期課程）	1	2	3	4	5	6	その他（ ）
<input type="checkbox"/> 中学校・義務教育学校（後期課程）	1	2	3	4	5	6	その他（ ）
<input type="checkbox"/> 高等学校	1	2	3	4	5	6	その他（ ）
<input type="checkbox"/> 支援学校	1	2	3	4	5	6	その他（ ）
<input type="checkbox"/> その他（ ）	1	2	3	4	5	6	その他（ ）

**【理由】**

1 医療的ケアを理由に断られた

2 医療的ケアに対応できる人員が確保できないと言われた

3 定員が埋まっていた

4 医療的ケアへの対応が不十分だった

5 身近な地域に保育所などがなかった

6 保護者の同伴通園（通学）を求められた

その他（理由をお書きください）

問13 今後、どのようなサービスや支援策の充実を希望されますか。当てはまるもの**すべて**に☑してください。

また、具体的な内容があれば（ ）内にご記入ください。

- 1  必要な時に利用できる短期入所事業所の充実  
（ ） 例：緊急時の受け入れをしてほしい
- 2  早朝、夜間も利用できる訪問看護事業所の充実  
（ ） 例：特に夜間対応してほしい
- 3  日中の生活支援となる生活介護事業所や日中一時支援事業所の充実  
（ ） 例：土日に開所している生活介護事業所を増やしてほしい
- 4  風邪などの日常的な疾病等に対応してもらえる地域の医療機関の充実  
（ ）
- 5  医療的ケアが必要であっても通うことができる通所事業所の充実  
（ ） 例：医療的ケアに対応できる生活介護事業所を増やしてほしい
- 6  福祉サービスや訪問看護の利用調整してくれる相談支援事業所  
（ ）
- 7  医療的ケアが必要であっても入居することが可能なグループホームの充実  
（ ）
- 8  身近な地域で入所できる施設の新設  
（ ） 例：親が介護できなくなった時の受け入れ先の確保
- 9  訪問系サービスや通所事業所のヘルパー知識、技術の向上  
（ ） 例：医療的ケアに対応してもらえるヘルパーを増やしてほしい
- 10  その他  
（ ）

問14 問13で希望された1～10のうち、最も充実を希望される内容を1つ選び番号を記入してください。

（ ）

問15 医療型短期入所を利用している方にお聞きします。支給決定の日数と、実際の利用日数を教えてください。

・支給決定日数 日／月 ・希望する利用日数（月平均） 日／月 ・実際の利用日数（月平均） 日／月

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。