添付資料③

豊岡市障害者自立支援協議会
せいかつ部会　重度心身障害者（児）の支援を検討するプロジェクトチーム

重症心身障害者（児）望むくらし調査 ㊙ （おもて）

質問１	ご本人の年齢・性別を記入してください	年齢：（　　歳）　性別：（　男性　・　女性　）
質問２	ご本人の居住地に〇をつけてください。	竹野　・　城崎　・　豊岡　・　日高　・　出石　・　但東
質問３	ご本人は医療的ケアが必要ですか？	（　必要　・　不要　）
質問４	ご本人に必要な医療的ケアについて、あてはまるものすべてに〇をつけてください。	①人工呼吸器の管理　②気管切開部の管理　③吸引　④吸入　⑤在宅酸素 ⑥在宅中心静脈栄養　⑦経管栄養　⑧人工透析（腹膜透析を含む）　⑨自己注射 ⑩ストマ管理　⑪導尿（膀胱留置カテーテルを含む）　⑫排便管理（浣腸、摘便など） ⑬スキンケア（褥瘡予防など）　⑭服薬管理　⑮その他（　　）

質問５　各種サービスについて、それぞれの項目に関する情報を教えてください。

支給決定が下りているサービスの種類	支給決定が下りているサービスの量	実際に利用できたサービス量	希望するサービス量
(A)居宅介護（身体介護）	時間/月	時間/月	時間/月
(B)居宅介護（家事援助）	時間/月	時間/月	時間/月
(C)重度訪問介護	時間/月	時間/月	時間/月
(D)児童発達支援	日/月	日/月	日/月
(E)放課後等デイサービス	日/月	日/月	日/月
(F)生活介護	日/月	日/月	日/月
(G)就労継続支援（B 型）	日/月	日/月	日/月
(H)短期入所	日/月	日/月	日/月
(I)訪問看護		回/週	回/週
(J)その他 a（　　）			
(K)その他 b（　　）			
(L)その他 c（　　）			

質問６　支給決定が下りているが、全く利用できていないサービスがある方にお聞きします。サービスを利用できていない理由を、サービスごとに教えてください。下の語群の記号を、書き込んでください。

【語群】

(あ) そもそもサービス事業所が近隣にない
(い) 事業所で医療的ケアを実施してもらえない
(う) 利用したい日に予約がとれない
(え) 送迎サービスがない
(お) 利用者負担の金額が大きい
(か) 急な利用時に対応してもらえない
(き) サービス希望者が多いため、利用を控えざるを得ない
(く) サービス提供や内容に関する情報がない
(け) サービスの内容や利用方法について相談できる相手がいない
(こ) サービス利用の手続きが大変
(さ) 事業者との日時などの調整が大変
(し) 利用できる回数や日時が少ない
(す) その他１　（　　）
(せ) その他２　（　　）

サービスの種類 【記号：(A) ～ (L)】	理由 【記号：(あ) ～ (せ)】※複数選択可	自由記述

質問７　サービスを利用できた方の中で、希望通りサービスを利用できていない方にお聞きします。サービス利用が希望通りできていない理由を教えてください。質問６の語群の記号を、書き込んでください。

サービスの種類 【記号：(A) ～ (L)】	理由 【記号：(あ) ～ (せ)】※複数選択可	自由記述

重症心身障害者（児）　望むくらし調査 ㊟ （うら）

質問８	様々な支えやサービスが利用できると仮定した場合、どのようなスケジュールを組み立てるか教えてください。							
	月	火	水	木	金	土	日・祝	週単位以外のサービス
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								自由記述
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								