

24知福発371号
平成24年10月16日

障害福祉サービス事業所 各位

財団法人 日本知的障害者福祉協会
会長 橘 文 也
平成24年度障害者総合福祉推進事業
研究統括者 瀬野 淳一
(公 印 省 略)

厚生労働省 平成24年度障害者総合福祉推進事業
地域における高齢の障害者の居住支援の在り方に関する調査について (お願い)

日頃より、本会の活動に際しましては、ご理解ご協力を賜り、心より感謝申し上げます。
このたび、本会では 厚生労働省の 平成24年度 障害者総合福祉推進事業 「地域における高
齢の障害者の居住支援の在り方に関する調査・研究」を受託いたしました。

昨年、障害者基本法が改正され、共生社会の実現に向けた国の方向性が明確化されるととも
に、国会では「障害者総合支援法」が成立し、その附帯決議では、障害者の高齢化・重度化や
「親亡き後」も見据えつつ、障害児・者の地域生活支援をさらに推進する観点を含め、地域に
おける居住の支援等の在り方について、早急に検討を行う必要性が指摘されています。

こうした背景を踏まえ、本会では、障害者の重度化・高齢化を焦点に、入所施設における支
援と地域生活における支援の両面から、高齢障害者の支援にどのようなニーズがあり、どのよ
うなサービスや配慮が求められるのか、また、意思疎通の支援や身体介護等、一般の高齢者や
若年の障害者への支援と異なる点等について調査し実態を把握するとともに、グループホーム
及び小規模入所施設等を含め、高齢障害者の地域における居住支援の在り方について、検討を
行うこといたしました。

つきましては、お忙しい折に誠に恐縮に存じますが、主旨をご理解の上、本調査にご協力く
ださいようお願い申し上げます。

記

調査の目的 高齢障害者の居住支援の実態（障害者支援施設、生活介護事業所、グループ
ホーム・ケアホーム等）を把握し、今後の高齢障害者の居住支援のあり方に関
する具体的な提言を行う。

調査対象 障害者支援施設、生活介護事業所、グループホーム・ケアホーム等

調査基準日 平成24年10月1日現在

提出期限 平成24年11月5日（水） ※同封の返信用封筒にてご返送ください。

調査結果の報告 平成24年度 障害者総合福祉推進事業報告書 において報告
(本会ホームページにも掲載致します。)

お問い合わせ 財団法人 日本知的障害者福祉協会 事務局
TEL: 03-3438-0466 担当/三浦・水内・末吉

厚生労働省・平成24年度 障害者総合福祉推進事業
地域における高齢の障害者の居住支援の在り方に関する調査・研究

高齢障害者の居住支援の在り方に関する実態調査票

施設・事業所用

【平成24年10月1日現在】

財団法人 日本知的障害者福祉協会

1. 事業所の状況

| | | |
|-----------------------|--|--|
| [1] 事業所の名称 | | |
| [2] 事業所所在地 | 都・道・府・県 | 区・市・町・村 |
| | <input type="checkbox"/> ① 30万人以上 | <input type="checkbox"/> ② 10万~30万人未満 |
| | <input type="checkbox"/> ④ 1万~5万人未満 | <input type="checkbox"/> ③ 5万~10万人未満 |
| [3] 運営主体 (法人等) | 名称 | |
| | 区分 | <input type="checkbox"/> ① 地方自治体 <input type="checkbox"/> ② 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> ③ 医療法人 <input type="checkbox"/> ④ その他 () |
| [4] 事業種別 | <input type="checkbox"/> ① 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> ② 生活介護 <input type="checkbox"/> ③ グループホーム・ケアホーム <input type="checkbox"/> ④ その他 () | |
| [5] 主たる障害種別 | <input type="checkbox"/> ① 知的障害 <input type="checkbox"/> ② 精神障害 <input type="checkbox"/> ③ 身体障害 | |
| [6] 開設年月日 | 西暦 年 月 日 ※旧法からの移行の場合には旧法事業所の設置年月日 | |
| [7] 認可定員 | 名 | ※グループホーム・ケアホームの場合には事業所単位で回答のこと |
| [8] 利用現在員数 | 名 | ※グループホーム・ケアホームの場合には事業所単位で回答のこと |
| [9] 事業所の利用者の 平均年齢 | 歳 | ※平成24年10月1日現在の年齢を基準とし、少数第二位を四捨五入 |
| [10] ホーム数・ ユニット数 | 棟 | ※グループホーム・ケアホームの場合にはホーム数を、障害者支援施設の場合に は居住棟の棟数(ユニット数)を回答のこと |
| [11] 職員数 | ① サービス管理責任者 ()人 ② 生活支援員 ()人 ③ 世話人 ()人 | ※常勤換算で回答のこと ※少数第二位を四捨五入のこと |
| [12] 夜間の職員配置 | 夜間職員配置 ⇒ 職員 対 利用者 (1 :) 小数第二位を四捨五入 | |
| [13] 事業所の バリアフリー対応 | <input type="checkbox"/> ① すべてバリアフリー化している <input type="checkbox"/> ② 一部バリアフリー化している ⇒ <input type="checkbox"/> a. 階段・廊下等 <input type="checkbox"/> b. 浴室 <input type="checkbox"/> c. トイレ <input type="checkbox"/> d. 玄関 <input type="checkbox"/> e. その他 <input type="checkbox"/> ③ バリアフリー化していない | |

2. 利用者の状況

[1] 障害程度区分

| | 40歳未満 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 | 75～79歳 | 80歳以上 | 計 | |
|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---|---|
| 非該当 | | | | | | | | | | 名 |
| 区分1 | | | | | | | | | | 名 |
| 区分2 | | | | | | | | | | 名 |
| 区分3 | | | | | | | | | | 名 |
| 区分4 | | | | | | | | | | 名 |
| 区分5 | | | | | | | | | | 名 |
| 区分6 | | | | | | | | | | 名 |
| 不明・未認定 | | | | | | | | | | 名 |
| 計 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

[2] 要介護認定取得者（特定疾患等により介護判定を取得している40歳以上の者も含む）

| | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 | 75～79歳 | 80歳以上 | 計 |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---|
| 要支援1 | | | | | | | | 名 |
| 要支援2 | | | | | | | | 名 |
| 要介護1 | | | | | | | | 名 |
| 要介護2 | | | | | | | | 名 |
| 要介護3 | | | | | | | | 名 |
| 要介護4 | | | | | | | | 名 |
| 要介護5 | | | | | | | | 名 |
| 不明 | | | | | | | | 名 |
| 計 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

[3] 健康の状況

平成23年度の1年間の状況で回答してください。内科的に健康か否かで判断してください。

| | 40歳未満 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 | 75～79歳 | 80歳以上 | 計 |
|--------------------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---|
| ①元気でこの1年病気らしい病気はない | | | | | | | | | 名 |
| ②ときに風邪をひいたり、下痢などをする程度 | | | | | | | | | 名 |
| ③やや病弱(風邪などをひき)でよく医者にかかる | | | | | | | | | 名 |
| ④ほとんど病気がちで治療を受けている | | | | | | | | | 名 |
| ⑤入院中である | | | | | | | | | 名 |
| 計 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 生活習慣や慢性疾患があり継続診療が必要な人を再掲 | | | | | | | | | 名 |

[4] 支援の程度（福祉協会版）の状況

| 支援の程度 項目 | 1級 常時全ての面で支援が必要 | 2級 常時多くの面で支援が必要 | 3級 時々又は一時的にあるいは一部支援が必要 | 4級 点検、注意又は配慮が必要 | 5級 ほとんど支援の必要がない |
|-------------|---|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ①日常生活面 | 基本的な生活習慣が形成されていないため、常時全ての面での介助が必要。それがないと生命維持も危ぶまれる。 | 基本的な生活習慣がほとんど形成されていないため、常時多くの面での介助が必要。 | 基本的な生活習慣の形成が十分でないため、一部介助が必要。 | 基本的な生活習慣の形成が不十分ではあるが、点検、助言が必要とされる程度。 | 基本的な生活習慣はほとんど形成されている。自主的な生活態度の養成が必要。 |
| ②行動面 | 多動、自他傷、拒食などの行動が顕著で常時付添いの注意が必要。 | 多動、自閉などの行動があり、常時注意が必要。 | 行動面での問題に対し注意したり、時々指導したりすることが必要。 | 行動面での問題に対し、多少注意する程度。 | 行動面にはほとんど問題がない。 |
| ③保健面 | 身体的健康に厳重な看護が必要。生命維持の危険が常にある。 | 身体的健康に十分に注意、看護が必要。発作頻発傾向。 | 発作が時々あり、あるいは周期的精神変調がある等のため一時的又は時々看護の必要がある。 | 服薬等に対する配慮程度。 | 身体的健康にはほとんど配慮を要しない。 |

上表を参考に、①日常生活面、②行動面、③保健面 について各々『支援の程度』を判定し、年齢区分ごとに人数を計上してください。

①日常生活面

| | 40歳未満 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 | 75～79歳 | 80歳以上 | 計 |
|----|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---|
| 1級 | | | | | | | | | 名 |
| 2級 | | | | | | | | | 名 |
| 3級 | | | | | | | | | 名 |
| 4級 | | | | | | | | | 名 |
| 5級 | | | | | | | | | 名 |
| 計 | | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

②行動面

| | 40歳未満 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 | 75～79歳 | 80歳以上 | 計 |
|----|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---|
| 1級 | | | | | | | | | 名 |
| 2級 | | | | | | | | | 名 |
| 3級 | | | | | | | | | 名 |
| 4級 | | | | | | | | | 名 |
| 5級 | | | | | | | | | 名 |
| 計 | | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

③保健面

| | 40歳未満 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 | 75～79歳 | 80歳以上 | 計 |
|----|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---|
| 1級 | | | | | | | | | 名 |
| 2級 | | | | | | | | | 名 |
| 3級 | | | | | | | | | 名 |
| 4級 | | | | | | | | | 名 |
| 5級 | | | | | | | | | 名 |
| 計 | | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

3. 高齢化・老化（早期退行含む）の状況

[1] 高齢化・老化及び早期退行等の問題について、年齢区別別に人数を計上してください。

| | 40歳未満 | 40~49歳 | 50~59歳 | 60~64歳 | 65~69歳 | 70~74歳 | 75~79歳 | 80歳以上 | 計 |
|--------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---|
| ①問題となっている | | | | | | | | | 名 |
| ②特に問題となっていない | | | | | | | | | 名 |
| 不明 | | | | | | | | | 名 |
| 計 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

[2] [1]で①問題となっている に計上された人たちの状況についてお答えください。

(1) 毎日の行動の範囲

| 状 況 | 計 |
|---|---|
| ①施設敷地外（あるいは家庭生活での生活圏外）への外出もみられるなど、行動は活発であり、危なげはない。 | 名 |
| ②普通に行動はしているが、その範囲は生活寮の周辺、あるいは家庭では、日常の散歩等が行われている生活空間に限られている。 | 名 |
| ③行動はほとんどホーム（居住棟）あるいは家庭の中である。 | 名 |
| ④動きは少なく、居室中心である。 | 名 |
| ⑤ほとんど寝たきり、移動は介助のもとで行われる。 | 名 |
| ⑥寝たきりである。 | 名 |
| 計 | 名 |

(2) 日常生活動作の状況

| | 自立 | 見守り又は注意が必要 | 一部介助 | 全介助 |
|-------|----|------------|------|-----|
| ①寝返り | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ②座位保持 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ③移 動 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ④食 事 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ⑤排 泄 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ⑥入 浴 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ⑦整 容 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ⑧着 衣 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ⑨服 薬 | 名 | 名 | 名 | 名 |

*整容には洗顔、歯磨き(口腔清潔)を含みます。

*服薬は本人の目の前に事前に用意された薬がある状況で判断して下さい。

(3) 日常の意思疎通等の状況

| | ほぼできる又はほぼ理解している | 一部できる又は一部理解している | ほとんどできない又はほとんど理解していない | 不明 | 計 |
|---------|-----------------|-----------------|-----------------------|----|---|
| ①意思決定 | | | | | 名 |
| ②日課の理解 | | | | | 名 |
| ③意思伝達 | | | | | 名 |
| ④指示への反応 | | | | | 名 |
| 計 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

(4) 問題行動の状況

| 問題行動 | 人数 | 問題行動 | 人数 |
|-----------|----|-------|----|
| ①睡眠障害 | 名 | ⑨異食行為 | 名 |
| ②昼夜逆転 | 名 | ⑩不潔行為 | 名 |
| ③被害妄想等 | 名 | ⑪大声 | 名 |
| ④幻視幻聴 | 名 | ⑫暴言暴行 | 名 |
| ⑤常時の徘徊 | 名 | ⑬自傷 | 名 |
| ⑥外出して戻れない | 名 | ⑭器物破損 | 名 |
| ⑦失禁 | 名 | ⑮その他 | 名 |
| ⑧性的な異常行動 | 名 | () | 名 |
| | | 計 | 名 |

(5) 医療的ケア（経管栄養、痰の吸引、導尿等のケア）が必要な方

| | 40歳未満 | 40~49歳 | 50~59歳 | 60~64歳 | 65~69歳 | 70~74歳 | 75~79歳 | 80歳以上 | 計 |
|------------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---|
| ①透析 | | | | | | | | | |
| ②経管栄養(経口・経鼻・胃ろう) | | | | | | | | | 名 |
| ③痰の吸引 | | | | | | | | | 名 |
| ④導尿 (留置カテーテル含む) | | | | | | | | | 名 |
| ⑤排便 | | | | | | | | | 名 |
| ⑥ストーマの処置 | | | | | | | | | 名 |
| ⑦血糖値測定 | | | | | | | | | 名 |
| ⑧インシュリン注射 | | | | | | | | | 名 |
| ⑨褥瘡の処置 | | | | | | | | | 名 |
| ⑩在宅酸素療法 | | | | | | | | | 名 |
| ⑪その他 | | | | | | | | | 名 |

(6) 主な日中の過ごし方

| | 40歳未満 | 40~49歳 | 50~59歳 | 60~64歳 | 65~69歳 | 70~74歳 | 75~79歳 | 80歳以上 | 計 |
|---|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---|
| ①作業的活動をしている（掃除・洗濯なども含む） | | | | | | | | | 名 |
| ②創作的活動をしている（好きなテレビを観るなど趣味的な活動も含む） | | | | | | | | | 名 |
| ③何もしていない（部屋にいる、活動への参加を拒む、目的なくテレビを観る、施設内を移動する等も含む） | | | | | | | | | 名 |
| ④ほぼベッドの上で生活している（車椅子を含め目的を持った活動や趣味等が見られないことが常態となっている場合。ベッドの上でも①②をしている場合は①②を選択） | | | | | | | | | 名 |
| ⑤その他 | | | | | | | | | 名 |
| 計 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

高齢障害者調査：施設・事業所用

[3] 高齢化・老化及び早期退行等が問題となっている人に対する特別な日中活動プログラムの有無についてご回答ください。

- ①特別な日中活動プログラムはない
- ②特別な日中活動プログラムはないが、検討中もしくは今後作成する予定
- ③特別な日中活動プログラムがある

[4] 上記[3]で③特別な日中活動プログラムがあると回答した事業所にお尋ねします。

(1) 特別な日中活動プログラムの対象者数をお答えください。

⇒ 対象者数 人

(2) 特別な日中活動プログラムの主な内容（ポイント）を具体的に記載してください。

[5] 高齢化・老化及び早期退行等が問題となっている人への夜間支援についてご回答ください。

※障害者支援施設 及び グループホーム・ケアホーム のみご回答ください。

(1) 夜間の身体介護の状況

| | 40歳未満 | 40~49歳 | 50~59歳 | 60~64歳 | 65~69歳 | 70~74歳 | 75~79歳 | 80歳以上 | 計 |
|--|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---|
| ①一晩（就寝後から起床まで）に2回以上の身体介護（排せつ介助、体位変換等）が必要 | | | | | | | | | 名 |
| ②一晩（就寝後から起床まで）に1回程度の身体介護（排せつ介助、体位変換等）が必要 | | | | | | | | | 名 |
| ③特に夜間の身体介護の必要はない | | | | | | | | | 名 |
| 計 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

(2) 夜間の見回り支援の状況

| | 40歳未満 | 40~49歳 | 50~59歳 | 60~64歳 | 65~69歳 | 70~74歳 | 75~79歳 | 80歳以上 | 計 |
|----------------------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---|
| ①一晩（就寝後から起床まで）に2回以上の見回りが必要 | | | | | | | | | 名 |
| ②一晩（就寝後から起床まで）に1回程度の見回りが必要 | | | | | | | | | 名 |
| ③特に夜間支援の必要はない | | | | | | | | | 名 |
| 計 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

高齢障害者調査：施設・事業所用

[6] 高齢化・老化及び早期退行等が問題となっている方の外出状況についてご回答ください。

※障害者支援施設 及び グループホーム・ケアホームのみご回答ください。

(1) 施設の行事や本人の都合による外出の状況（職員付添のもの。通院並びに施設周辺の散歩等は除く。）

| | 40歳未満 | 40~49歳 | 50~59歳 | 60~64歳 | 65~69歳 | 70~74歳 | 75~79歳 | 80歳以上 | 計 |
|-----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---|
| ①年に2回以下 | | | | | | | | | 名 |
| ②年に3~4回程度 | | | | | | | | | 名 |
| ③月に1回程度 | | | | | | | | | 名 |
| ④月に2~3回程度 | | | | | | | | | 名 |
| ⑤週に1回程度 | | | | | | | | | 名 |
| ⑥週に2回以上 | | | | | | | | | 名 |
| 計 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

(2) 散歩等の日々の外出状況（日々の日課や通院等も含む）

| | 40歳未満 | 40~49歳 | 50~59歳 | 60~64歳 | 65~69歳 | 70~74歳 | 75~79歳 | 80歳以上 | 計 |
|-----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---|
| ①月に1~2回以下 | | | | | | | | | 名 |
| ②週に1~2回程度 | | | | | | | | | 名 |
| ③日に1回程度 | | | | | | | | | 名 |
| ④日に2回以上 | | | | | | | | | 名 |
| 計 | | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

[7] 貴事業所において、高齢化・老化及び早期退行等が問題となっている人への対応で苦慮している主な支援内容について、該当するものすべてを選択してください。

| 身体介助・介護 | | 身体介助・介護以外 | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | ①排泄の介助・オムツ交換等 | <input type="checkbox"/> | ⑩日常生活全般にわたる見守り・安全確保等 |
| <input type="checkbox"/> | ②移動の介助等 | <input type="checkbox"/> | ⑪食事の介助 (刻む・とろみをつける・魚の骨をとる等) |
| <input type="checkbox"/> | ③入浴の介助等 | <input type="checkbox"/> | ⑫薬の管理、服薬の介助 (薬を準備して飲ませる・座薬をさす等) |
| <input type="checkbox"/> | ④洗顔、歯磨き、口腔ケアの介助等 | <input type="checkbox"/> | ⑬医療的ケア (ストーマやカテーテルの処置、経管栄養、痰の吸引等) |
| <input type="checkbox"/> | ⑤衣服の着脱等 | <input type="checkbox"/> | ⑭通院の介助 |
| <input type="checkbox"/> | ⑥体位交換・座位保持等 | <input type="checkbox"/> | ⑮外出の介助 |
| <input type="checkbox"/> | ⑦褥瘡の処置等 | <input type="checkbox"/> | ⑯衰動・無気力等への対応 |
| <input type="checkbox"/> | ⑧食事の介助 (食べさせる・嚥下状態の確認等) | <input type="checkbox"/> | ⑰本人とのコミュニケーション (精神的安定・思いや希望の把握、意思決定支援等) |
| <input type="checkbox"/> | ⑨その他の身体介助・介護 | <input type="checkbox"/> | ⑱その他(身体介助・介護以外) |

[8] 老化（早期退行含む）に伴う様々な症状が顕著にみられる人への対応についてご回答ください。

- (1) 貴事業所における対応について、次より選択してください。
- ①ターミナルケアを含め、どんな人にも事業所内で対応する（予定含む）。
 - ②老化に伴う様々な症状が顕著にみられる人には、特養への移行等で対応する（予定含む）。
 - ③その他（ ）

(2) 老化（早期退行含む）に伴う症状が顕著にみられる人に対処するため、貴事業所ではどのような対策を講じていますか。（複数回答可）

| 老化の症状が顕著にみられる人に対応するための対策 | |
|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ①医療機関と連携している |
| <input type="checkbox"/> | ②各種専門職（理学療法士、言語聴覚士、作業療法士等）を受け入れている |
| <input type="checkbox"/> | ③職員研修等の実施 |
| <input type="checkbox"/> | ④対策を講じていない |
| <input type="checkbox"/> | ⑤その他（ex 音楽療法等） |
| <input type="checkbox"/> | ⑥老化に伴う顕著な症状のある人がいない |

(3) 上記（1）で ②特養への移行等で対応すると回答した事業所にお尋ねします。
貴事業所における特養への移行等の際の判断基準を次より選択してください。（複数選択可）

| 特養等への移行の際の判断基準 | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | ①老化（早期退行含む）に伴い、医療的ケア（胃ろう、経管栄養等）が必要になった場合 |
| <input type="checkbox"/> | ②老化（早期退行含む）に伴い、疾病等を併発し、入退院を繰り返すようになった場合 |
| <input type="checkbox"/> | ③老化（早期退行含む）に伴い、寝たきりに近い状態となった場合 |
| <input type="checkbox"/> | ④老化（早期退行含む）に伴い、寝たきりとなった場合 |
| <input type="checkbox"/> | ⑤認知症に伴う周辺症状が顕著にみられるようになった場合 |
| <input type="checkbox"/> | ⑥その他（ ） |

[9] 老化に伴う様々な症状が顕著にみられる人へ支援として、今後必要と思われることを選択してください。（複数選択可）

| 支援内容 | |
|--------------------------|---|
| 居住関係等 | <input type="checkbox"/> ①現行の障害者支援施設のさらなる機能強化 |
| | <input type="checkbox"/> ②グループホーム（ケアホーム）や自宅で積極的に居宅介護、移動支援等のサービス利用 |
| | <input type="checkbox"/> ③グループホーム（ケアホーム）や自宅で、訪問看護や訪問介護など介護保険サービスを積極的な活用 |
| | <input type="checkbox"/> ④現行の特別養護老人ホームの受入れ体制の強化 |
| | <input type="checkbox"/> ⑤それらの人に対応できる新たな居住支援サービスを地域に創設 |
| | <input type="checkbox"/> ⑥親と暮らすそれらの人が、親と共に支援を受けられる居住サービスを地域に創設 |
| | <input type="checkbox"/> ⑦その他（ ） |
| 日中活動関係等 | <input type="checkbox"/> ⑧現行の障害者支援施設のさらなる機能強化 |
| | <input type="checkbox"/> ⑨現行の通所介護（デイサービス）など、介護保険サービスを積極的な活用 |
| | <input type="checkbox"/> ⑩それらの人に対応できる新たな日中支援サービスや日中活動サービスの創設 |
| | <input type="checkbox"/> ⑪その他（ ） |
| その他 | <input type="checkbox"/> ⑫成年後見制度などの活用促進や意思決定支援の仕組みを整備し、権利擁護を強化 |
| | <input type="checkbox"/> ⑬地域医療との連携協力体制の確保 |
| | <input type="checkbox"/> ⑭地域において相談支援、居宅介護、移動支援等のサービス基盤を整備 |
| | <input type="checkbox"/> ⑮地域において関係機関との連携等、支援のネットワークを整備 |
| <input type="checkbox"/> | ⑯その他（ ） |

4. 障害者の高齢化と関係機関との連携

[1] 高齢障害者がグループホームや在宅で生活を維持していくために現在利用している居宅サービスを次から選択して下さい。（複数選択可）

| 自立支援法によるサービス | | 介護保険によるサービス | |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ①行動援護 | <input type="checkbox"/> | ①訪問介護（身体介護） |
| <input type="checkbox"/> | ②重度訪問介護 | <input type="checkbox"/> | ②訪問介護（生活援助） |
| <input type="checkbox"/> | ③重度障害者等包括支援 | <input type="checkbox"/> | ③訪問介護（病院等乗降介助） |
| <input type="checkbox"/> | ④居宅介護 | <input type="checkbox"/> | ④訪問入浴介護 |
| <input type="checkbox"/> | ⑤短期入所 | <input type="checkbox"/> | ⑤訪問看護 |
| <input type="checkbox"/> | ⑥移動支援 | <input type="checkbox"/> | ⑥訪問リハビリテーション |
| <input type="checkbox"/> | ⑦同行援護 | <input type="checkbox"/> | ⑦通所介護・デイサービスセンター |
| <input type="checkbox"/> | ⑧地域活動支援センター | <input type="checkbox"/> | ⑧通所リハビリテーション（デイケア） |
| <input type="checkbox"/> | ⑨相談支援 | <input type="checkbox"/> | ⑨短期入所 |
| <input type="checkbox"/> | ⑩日中活動サービス（生活介護、就労継続支援 A・B、就労移行支援、自立訓練等） | <input type="checkbox"/> | ⑩福祉用具貸与（車椅子・手すり・特殊寝台・スロープ・床ずれ防止用具など） |
| <input type="checkbox"/> | ⑪福祉用具貸与（車椅子・手すり・特殊寝台・スロープ・床ずれ防止用具など） | <input type="checkbox"/> | ⑪その他（ ） |
| <input type="checkbox"/> | ⑫その他（ ） | | |

[2] 現在の施設やグループホームで生活している障害者の生活圏域に知的障害者や精神障害者に対応してくれる居宅介護サービス事業所はありますか。 ※生活圏域の範囲は問いません。生活実感としての生活圏域で判断して下さい。

| 知的障害者に対応してくれる事業所の有無 | | 精神障害者に対応してくれる事業所の有無 | |
|--------------------------|------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | ①ある（種別）（ ） | <input type="checkbox"/> | ①ある（種別）（ ） |
| <input type="checkbox"/> | ②わからない | <input type="checkbox"/> | ②わからない |
| <input type="checkbox"/> | ③ない | <input type="checkbox"/> | ③ない |

[3] 現在の施設やグループホームから、かかりつけの内科等 医療機関までは車でどのくらいかかりますか。

| 車での距離（時間） | | | |
|--------------------------|--------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ①15分以内 | <input type="checkbox"/> | ③1時間以内 |
| <input type="checkbox"/> | ②30分以内 | <input type="checkbox"/> | ④1時間以上 |

[4] 施設やグループホームの運営において、現在、連携協力をしている専門職等について次から選択して下さい。（複数選択可）

| 職種 | | 職種 | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | ①医師 | <input type="checkbox"/> | ⑦精神保健福祉士 |
| <input type="checkbox"/> | ②保健師 | <input type="checkbox"/> | ⑧歯科衛生士 |
| <input type="checkbox"/> | ③理学療法士 | <input type="checkbox"/> | ⑨相談支援員 |
| <input type="checkbox"/> | ④作業療法士 | <input type="checkbox"/> | ⑩音楽療法士 |
| <input type="checkbox"/> | ⑤言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> | ⑪その他（ ） |
| <input type="checkbox"/> | ⑥医療ソーシャルワーカー | | |

6. 高齢障害者の居住支援の在り方について

高齢障害者の居住支援の在り方について、ご意見をお聞かせください。

ご協力ありがとうございました。

24知福発第 号
平成24年10月12日

〇〇〇〇 施設
施設長 〇〇〇〇 様

財団法人 日本知的障害者福祉協会
会長 橋 文 也
平成24年度障害者総合福祉推進事業
研究統括者 瀬 野 淳 一

厚生労働省 平成24年度障害者総合福祉推進事業 地域における高齢の障害者の居住支援の在り方に関する調査について

— 訪問調査へのご協力をお願い —

日頃より、本会の活動に際しましては、ご理解ご協力を賜り、心より感謝申し上げます。
このたび、本会では 厚生労働省の平成24年度 障害者総合福祉推進事業 「地域における高齢の障害者の居住支援の在り方に関する調査・研究」を受託いたしました。

昨年、障害者基本法が改正され、共生社会の実現に向けた国の方向性が明確化されるとともに、国会では「障害者総合支援法」が成立し、その附帯決議では、障害者の高齢化・重度化や「親亡き後」も見据えつつ、障害児・者の地域生活支援をさらに推進する観点を含め、地域における居住の支援等の在り方について、早急に検討を行う必要性が指摘されています。

こうした背景を踏まえ、本会では、障害者の重度化・高齢化を焦点に、入所施設における支援と地域生活における支援の両面から、高齢障害者の支援にどのようなニーズがあり、どのようなサービスや配慮が求められるのか、また、意思疎通の支援や身体介護等、一般の高齢者や若年の障害者への支援と異なる点等について調査し実態を把握するとともに、グループホーム及び小規模入所施設等を含め、高齢障害者の地域における居住支援の在り方について、検討を行うことといたしました。

つきましては、下記のとおり、高齢障害者及び担当支援職員に対し、別紙によりヒアリングをさせていただきます。業務ご多忙の折まことに恐縮に存じますが、よろしくご協力を賜りますようお願い申し上げます。

記

| | |
|---------|---|
| 本調査の目的 | 高齢障害者の居住支援の実態を把握し、今後の高齢障害者の居住支援の在り方に関する具体的な提言を行う |
| 調査対象 | 高齢障害者（ご家族含む）及び担当支援職員等 |
| 調査結果の報告 | 平成24年度 障害者総合福祉推進事業報告書において報告 （本会ホームページにも掲載いたします。） |
| 訪問調査員氏名 | 〇〇 ●〇（調査委員 所属：〇〇〇〇〇） |
| 訪問調査希望日 | 平成24年10月▲日（ ） |
| その他 | 到着の時刻及び訪問時お伺いしたい内容の詳細等につきましては、訪問調査員より調査ご担当者様宛てに直接連絡させていただきます。 |
| お問い合わせ | 財団法人 日本知的障害者福祉協会 事務局 TEL：03-3438-0466 担当/水内・三浦 |

No.

厚生労働省・平成24年度障害者総合福祉推進事業
 地域における高齢の障害者の居住支援の在り方に関する調査・研究

訪問調査票

注：この調査票は、**支援職員様用**と**ご本人様用**の2部構成となっています。
 2部で1セット（調査対象者1名分）となりますので、ホチキスを外したり、バラバラにしないでください。

支援職員様用

★ 訪問調査前までにご回答をお願いいたします ★

| | | | |
|----------------|--------------|------|---------------|
| 訪問調査実施日 | 平成24年 月 日 | 都道府県 | 都・道・府・県 |
| 訪問先事業所名 | | | |
| 訪問先電話番号 | () | 事業種別 | |
| 調査対象者 (利用者) | ケース イニシャル | ・ | 生年月日 西暦 年 月 日 |
| | 年 齢 | 満 歳 | 性 別 男 ・ 女 |

No.

厚生労働省・平成24年度障害者総合福祉推進事業
 地域における高齢の障害者の居住支援のあり方に関する調査・研究

訪問調査票（個人別調査）

調査日 平成24年 月 日
 都道府県名 訪問先事業所（施設）名
 訪問先TEL 訪問先事業種別

支援職員様用 ※調査対象者（ご本人様）の状況について、ご担当の支援職員様にご回答ください。

I 調査対象者の基本事項

| | | | |
|----------|---|------|-------------|
| ケースイニシャル | ・ | 生年月日 | 西暦 19 年 月 日 |
|----------|---|------|-------------|

1.性別・年齢

| | コード | 性別 | 年齢 |
|--------------------------|-------|-----|----|
| <input type="checkbox"/> | 01-01 | 男 性 | 歳 |
| <input type="checkbox"/> | 01-02 | 女 性 | |

2.手帳の有無

| | コード | 有無 |
|--------------------------|-------|----|
| <input type="checkbox"/> | 02-01 | 有 |
| <input type="checkbox"/> | 02-02 | 無 |

2-1.手帳の種類・身障手帳の場合はその内容（該当すべて）

| | コード | 手帳の区分 | 身体障害の内容 |
|--------------------------|----------|-------|--|
| <input type="checkbox"/> | 02-01-01 | 知的障害 | / |
| <input type="checkbox"/> | 02-01-02 | 精神障害 | |
| <input type="checkbox"/> | 02-01-03 | 身体障害 | <input type="checkbox"/> 02-01-03-01 視覚 <input type="checkbox"/> 02-01-03-02 聴覚 <input type="checkbox"/> 02-01-03-03 言語 <input type="checkbox"/> 02-01-03-04 咀嚼 <input type="checkbox"/> 02-01-03-05 肢体 <input type="checkbox"/> 02-01-03-06 内部 |

3.ダウン症の有無

| | コード | 有無 |
|--------------------------|-------|----|
| <input type="checkbox"/> | 03-01 | 有 |
| <input type="checkbox"/> | 03-02 | 無 |

4.障害程度区分

| | コード | 有無 | 区分 |
|--------------------------|-------|----|----|
| <input type="checkbox"/> | 04-01 | 有 | / |
| <input type="checkbox"/> | 04-02 | 無 | |

4-1.障害支援区分の更新

| | コード | 更新有無 | 更新前の区分 |
|--------------------------|----------|------|--------|
| <input type="checkbox"/> | 04-01-01 | 有 | / |
| <input type="checkbox"/> | 04-01-02 | 無 | |

5.介護保険の要介護認定の有無等

| | コード | 有無 | コード | 要介護認定区分 |
|--------------------------|-------|-----|----------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 05-01 | 有 | 05-01-01 | / |
| <input type="checkbox"/> | 05-02 | 無 | | |
| <input type="checkbox"/> | 05-03 | 非該当 | | |

6.障害基礎年金の受給の有無等

| | コード | 有無 | コード | 年金の級 |
|--------------------------|-------|----|----------|------|
| <input type="checkbox"/> | 06-01 | 有 | 06-01-01 | 級 |
| <input type="checkbox"/> | 06-02 | 無 | | |

7.生活保護受給の有無

| | コード | 有無 |
|--------------------------|-------|----|
| <input type="checkbox"/> | 07-01 | 有 |
| <input type="checkbox"/> | 07-02 | 無 |

8.家族の状況

| | コード | 有無 | 家族（該当するものすべて） |
|--------------------------|-------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | 08-01 | 有 | <input type="checkbox"/> 08-01-01 父と母 <input type="checkbox"/> 08-01-02 父又は母 <input type="checkbox"/> 08-01-03 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 08-01-04 親戚など |
| <input type="checkbox"/> | 08-02 | 無 | |

II 調査対象者の生活の現状と変化

9.現在の住まい

| コード | 内訳 | 種類 | |
|--------------------------|-------|----------|---|
| <input type="checkbox"/> | 09-01 | 障害福祉サービス | <input type="checkbox"/> 09-01-01 グループホーム・ケアホーム |
| | | | <input type="checkbox"/> 09-01-02 施設入所支援 |
| | | | <input type="checkbox"/> 09-01-03 宿泊型自立訓練 |
| | | | <input type="checkbox"/> 09-01-04 福祉ホーム |
| | | | <input type="checkbox"/> 09-01-05 その他 () |
| <input type="checkbox"/> | 09-02 | 居宅 | <input type="checkbox"/> 09-02-01 家族と同居 |
| | | | <input type="checkbox"/> 09-02-02 一人暮らし(アパート等) |
| | | | <input type="checkbox"/> 09-02-03 その他 () |

9-3.(訪問先事業所の)利用年数

| コード | 利用年数 |
|-----------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 09-03-01 | 年 |

*居宅の際には記入不要

10.就労(一般就労・家業含む)の状況

| コード | 内訳 | 種類 | |
|--------------------------|-------|--------|--|
| <input type="checkbox"/> | 10-01 | 就労中 | |
| <input type="checkbox"/> | 10-02 | 就労経験あり | <input type="checkbox"/> 10-02-01 6年以上前に離職 |
| | | | <input type="checkbox"/> 10-02-02 4~5年前に離職 |
| | | | <input type="checkbox"/> 10-02-03 2~3年前に離職 |
| | | | <input type="checkbox"/> 10-02-04 1年前に離職 |
| <input type="checkbox"/> | 10-03 | 就労経験なし | |

11.現在の日中活動等における障害福祉サービス利用の有無等

| コード | 有無 | 障害福祉サービスの種類等(該当するものすべて) | |
|--------------------------|----|--|---|
| | | 日中活動系 | 訪問系等 |
| <input type="checkbox"/> | 有 | <input type="checkbox"/> 11-01-01 生活介護 | <input type="checkbox"/> 11-01-11 行動支援 |
| | | <input type="checkbox"/> 11-01-02 就労継続支援B型 | <input type="checkbox"/> 11-01-12 重度訪問介護 |
| | | <input type="checkbox"/> 11-01-03 就労継続支援A型 | <input type="checkbox"/> 11-01-13 居宅介護 |
| | | <input type="checkbox"/> 11-01-04 自立訓練 | <input type="checkbox"/> 11-01-14 短期入所 |
| | | <input type="checkbox"/> 11-01-05 就労移行支援 | <input type="checkbox"/> 11-01-15 移動支援 |
| | | <input type="checkbox"/> 11-01-06 地域活動支援センター | <input type="checkbox"/> 11-01-16 同行支援 |
| | | <input type="checkbox"/> 11-01-07 法外の作業所等 | <input type="checkbox"/> 11-01-17 相談支援 |
| | | | <input type="checkbox"/> 11-01-18 その他 () |
| <input type="checkbox"/> | 無 | | |

12.現在の日中活動等における介護保険サービス利用の有無等

| コード | 有無 | 介護保険サービスの種類等(該当するものすべて) | |
|--------------------------|-----|---|---|
| | | 日中活動系 | 訪問系等 |
| <input type="checkbox"/> | 有 | <input type="checkbox"/> 12-01-01 通所介護 | <input type="checkbox"/> 12-01-11 訪問介護 |
| | | <input type="checkbox"/> 12-01-02 通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 12-01-12 訪問リハビリテーション |
| | | <input type="checkbox"/> 12-01-03 その他 () | <input type="checkbox"/> 12-01-13 訪問看護 |
| | | | <input type="checkbox"/> 12-01-14 短期入所 |
| | | <input type="checkbox"/> 12-01-15 その他 () | |
| <input type="checkbox"/> | 無 | | |
| <input type="checkbox"/> | 非該当 | | |

13.健康の状況

| コード | 現在の状況 |
|--------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 13-01 | 元気で、ときに風邪をひく程度 |
| <input type="checkbox"/> 13-02 | やや病弱で、時折医師にかかっている |
| <input type="checkbox"/> 13-03 | 定期的に診断を受け、服薬をしている |
| <input type="checkbox"/> 13-04 | 寝たり起きたりで、介助を受けている |
| <input type="checkbox"/> 13-05 | ほとんど寝たきりである |
| <input type="checkbox"/> 13-06 | 入院中である。 |

14.現在かかっている疾患の状況(該当するものすべて。但し医師の診断によるもののみ)

| コード | 診療科等 | 主たる疾患名 | | |
|--------------------------|-------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> | 14-01 | 内科系 | <input type="checkbox"/> 14-01-01 高血圧性疾患 | <input type="checkbox"/> 14-01-02 虚血性心疾患 |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-01-03 脳血管疾患 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-01-04 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 14-01-05 糖尿病 |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-01-06 肺炎 | <input type="checkbox"/> 14-01-07 嚥下性肺炎 |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-01-08 腎不全 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-01-09 肝疾患 | <input type="checkbox"/> 14-01-10 胃炎・潰瘍及び十二指腸炎・潰瘍 |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-01-11 貧血 | |
| | | <input type="checkbox"/> 14-01-12 その他 () | | |
| <input type="checkbox"/> | 14-02 | 精神・神経科系 | <input type="checkbox"/> 14-02-01 アルツハイマー病の認知症 | <input type="checkbox"/> 14-02-02 血管性認知症 |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-02-03 せん妄 | <input type="checkbox"/> 14-02-04 統合失調症 |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-02-05 うつ病 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-02-06 躁うつ病 | <input type="checkbox"/> 14-02-07 気分障害 |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-02-08 摂食障害 | |
| | | <input type="checkbox"/> 14-02-09 その他 () | | |
| <input type="checkbox"/> | 14-03 | 外科・整形外科系 | <input type="checkbox"/> 14-03-01 関節障害 | <input type="checkbox"/> 14-03-02 痛風 |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-03-03 骨折 | <input type="checkbox"/> 14-03-04 骨粗鬆症 |
| | | <input type="checkbox"/> 14-03-05 その他 () | | |
| <input type="checkbox"/> | 14-04 | 皮膚科系 | <input type="checkbox"/> 14-04-01 尋常瘡 | <input type="checkbox"/> 14-04-02 水虫・白癬 |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-04-03 その他 () | |
| <input type="checkbox"/> | 14-05 | 眼科系 | <input type="checkbox"/> 14-05-01 屈折異常 | <input type="checkbox"/> 14-05-02 白内障 |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-05-03 緑内障 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-05-04 その他 () | |
| <input type="checkbox"/> | 14-06 | 歯科系 | <input type="checkbox"/> 14-06-01 歯肉炎及び歯周疾患 | <input type="checkbox"/> 14-06-02 その他 () |
| <input type="checkbox"/> | 14-07 | その他 | <input type="checkbox"/> 14-07-01 尿路結石症 | <input type="checkbox"/> 14-07-02 前立腺肥大 |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-07-03 その他 () | |
| <input type="checkbox"/> | 14-08 | 悪性新生物(がん) | <input type="checkbox"/> 14-08-01 消化器の悪性新生物 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-08-02 呼吸器及び胸腔内臓器の悪性新生物 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-08-03 骨及び関節軟骨の悪性新生物 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-08-04 皮膚の黒色腫及びその他の皮膚の悪性新生物 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-08-05 乳房の悪性新生物 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-08-06 子宮体部の悪性新生物 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 14-08-07 その他 () | |
| | | | | |

15.現在の通院の有無とその回数(月平均)

| コード | 有無 | コード | 通院回数(月平均) |
|--------------------------|----|----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | 有 | 15-01-01 | 回 |
| <input type="checkbox"/> | 無 | | |

16現在の神経学的異常の有無

| コード | 状況 |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 16-01 | 言語障害（構音障害等） <input type="checkbox"/> 16-01-01 有 <input type="checkbox"/> 16-01-02 無 <input type="checkbox"/> 16-01-03 不明 |
| <input type="checkbox"/> 16-02 | 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 16-02-01 有 <input type="checkbox"/> 16-02-02 無 <input type="checkbox"/> 16-02-03 不明 |
| <input type="checkbox"/> 16-03 | 歩行障害 <input type="checkbox"/> 16-03-01 有 <input type="checkbox"/> 16-03-02 無 <input type="checkbox"/> 16-03-03 不明 |
| <input type="checkbox"/> 16-04 | 麻痺 <input type="checkbox"/> 16-04-01 有 <input type="checkbox"/> 16-04-02 無 <input type="checkbox"/> 16-04-03 不明 |
| <input type="checkbox"/> 16-05 | 不随意運動 <input type="checkbox"/> 16-05-01 有 <input type="checkbox"/> 16-05-02 無 <input type="checkbox"/> 16-05-03 不明 |
| <input type="checkbox"/> 16-06 | てんかん性痙攣発作 <input type="checkbox"/> 16-06-01 有 <input type="checkbox"/> 16-06-02 無 <input type="checkbox"/> 16-06-03 不明 |

17毎日の行動の範囲

| コード | 現在の状況 |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 17-01 | 施設敷地外（あるいは家庭生活での生活圏外）への外出もみられるなど、行動は活発であり、危なげはない。 |
| <input type="checkbox"/> 17-02 | 普通に行動はしているが、その範囲は生活圏の周辺、あるいは家庭では、日常の散歩等が行われている生活空間に限られている。 |
| <input type="checkbox"/> 17-03 | 行動はほとんどホーム（居住棟）あるいは家庭の中である。 |
| <input type="checkbox"/> 17-04 | 動きは少なく、居室中心である。 |
| <input type="checkbox"/> 17-05 | ほとんど寝たきり、移動は介助のもとで行われる。 |
| <input type="checkbox"/> 17-06 | 寝たきりである。 |

18日常生活動作の状況

| コード | 現在の状況 | 2～3年前との比較 |
|--------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 18-01 | 寝返り <input type="checkbox"/> 18-01-01 自立 <input type="checkbox"/> 18-01-03 つかまれば可 <input type="checkbox"/> 18-01-02 注意が必要 <input type="checkbox"/> 18-01-04 要介助 | <input type="checkbox"/> 18-01-10 低下はみられない <input type="checkbox"/> 18-01-20 低下した |
| <input type="checkbox"/> 18-02 | 座位保持 <input type="checkbox"/> 18-02-01 自立 <input type="checkbox"/> 18-02-03 支えが必要 <input type="checkbox"/> 18-02-02 注意が必要 <input type="checkbox"/> 18-02-04 できない | <input type="checkbox"/> 18-02-10 低下はみられない <input type="checkbox"/> 18-02-20 低下した |
| <input type="checkbox"/> 18-03 | 移動 <input type="checkbox"/> 18-03-01 自立 <input type="checkbox"/> 18-03-03 一部介助 <input type="checkbox"/> 18-03-02 見守り <input type="checkbox"/> 18-03-04 全介助 | <input type="checkbox"/> 18-03-10 低下はみられない <input type="checkbox"/> 18-03-20 低下した |
| <input type="checkbox"/> 18-04 | 食事 <input type="checkbox"/> 18-04-01 自立 <input type="checkbox"/> 18-04-03 一部介助 <input type="checkbox"/> 18-04-02 見守り <input type="checkbox"/> 18-04-04 全介助 | <input type="checkbox"/> 18-04-10 低下はみられない <input type="checkbox"/> 18-04-20 低下した |
| <input type="checkbox"/> 18-05 | 排泄 <input type="checkbox"/> 18-05-01 自立 <input type="checkbox"/> 18-05-03 一部介助 <input type="checkbox"/> 18-05-02 見守り <input type="checkbox"/> 18-05-04 全介助 | <input type="checkbox"/> 18-05-10 低下はみられない <input type="checkbox"/> 18-05-20 低下した |
| <input type="checkbox"/> 18-06 | 入浴 <input type="checkbox"/> 18-06-01 自立 <input type="checkbox"/> 18-06-03 一部介助 <input type="checkbox"/> 18-06-02 見守り <input type="checkbox"/> 18-06-04 全介助 | <input type="checkbox"/> 18-06-10 低下はみられない <input type="checkbox"/> 18-06-20 低下した |
| <input type="checkbox"/> 18-07 | 整容 <input type="checkbox"/> 18-07-01 自立 <input type="checkbox"/> 18-07-03 一部介助 <input type="checkbox"/> 18-07-02 見守り <input type="checkbox"/> 18-07-04 全介助 | <input type="checkbox"/> 18-07-10 低下はみられない <input type="checkbox"/> 18-07-20 低下した |
| <input type="checkbox"/> 18-08 | 着衣 <input type="checkbox"/> 18-08-01 自立 <input type="checkbox"/> 18-08-03 一部介助 <input type="checkbox"/> 18-08-02 見守り <input type="checkbox"/> 18-08-04 全介助 | <input type="checkbox"/> 18-08-10 低下はみられない <input type="checkbox"/> 18-08-20 低下した |
| <input type="checkbox"/> 18-09 | 服薬 <input type="checkbox"/> 18-09-01 自立 <input type="checkbox"/> 18-09-03 一部介助 <input type="checkbox"/> 18-09-02 見守り <input type="checkbox"/> 18-09-04 全介助 | <input type="checkbox"/> 18-09-10 低下はみられない <input type="checkbox"/> 18-09-20 低下した |

*整容には洗顔、歯磨き（口腔清潔）を含みます。
 *服薬は本人の目の前に事前に用意された薬がある状況で、それ以後の服薬状況で判断して下さい。

19日常の意思疎通能力

| コード | 日常の意思疎通等 | 2～3年前との比較 |
|--------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 19-01 | 意思決定 <input type="checkbox"/> 19-01-01 ほぼ自分でできる <input type="checkbox"/> 19-01-02 興味のある事に関してはできる <input type="checkbox"/> 19-01-03 日常的に困難・できない | <input type="checkbox"/> 19-01-10 低下はみられない <input type="checkbox"/> 19-01-20 低下した |
| <input type="checkbox"/> 19-02 | 日課の理解 <input type="checkbox"/> 19-02-01 日々の日課(生活リズム)を理解できる <input type="checkbox"/> 19-02-02 食事や就寝の時間は理解している <input type="checkbox"/> 19-02-03 ほとんど理解していない | <input type="checkbox"/> 19-02-10 低下はみられない <input type="checkbox"/> 19-02-20 低下した |
| <input type="checkbox"/> 19-03 | 意思伝達 <input type="checkbox"/> 19-03-01 だいたい自分の意思を伝えられる <input type="checkbox"/> 19-03-02 興味のある事に関して伝えられる <input type="checkbox"/> 19-03-03 ほとんど伝えられない・できない | <input type="checkbox"/> 19-03-10 低下はみられない <input type="checkbox"/> 19-03-20 低下した |
| <input type="checkbox"/> 19-04 | 指示への反応 <input type="checkbox"/> 19-04-01 だいたい通じている <input type="checkbox"/> 19-04-02 特定のことだけ通じる <input type="checkbox"/> 19-04-03 ほとんど通じない・通じない | <input type="checkbox"/> 19-04-10 低下はみられない <input type="checkbox"/> 19-04-20 低下した |

20日常の活動性等の変化

| コード | 変化の内容例 | 2～3年前との比較 |
|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 20-01 | 日常活動性 やたらと動き回る、外出せず部屋でじっとしていることが多くなる、それまでしていた家事などが億劫になる、その他 | <input type="checkbox"/> 20-01-01 特にな <input type="checkbox"/> 20-01-02 ある |
| <input type="checkbox"/> 20-02 | 記憶力 物忘れ、おき忘れ、同じ話を何度もする、朝・夕の取り違い、季節の取り違い、自室・トイレの間違い、人物認識、その他 | <input type="checkbox"/> 20-02-01 特にな <input type="checkbox"/> 20-02-02 ある |
| <input type="checkbox"/> 20-03 | 感情面 ぼんやりしている、表情が乏しくなる、笑わなくなる、無関心になる、涙もろい、緊張しやすい、不安・抑うつ的になる、パニックになりやすい、多幸的、病的爽快、気分易変、イライラ、易怒、興奮、攻撃性、その他 | <input type="checkbox"/> 20-03-01 特にな <input type="checkbox"/> 20-03-02 ある |
| <input type="checkbox"/> 20-04 | 意欲・行動面 小声、寡言、寡動、言語緩慢、閉居、無気力、易疲労、意思表示減少、依存性が増す、他者との係わり合い減少、他者への働きかけ減少、自傷行為減少、常同行為減少、固執傾向減少、多動・逸脱行為が増す、その他 | <input type="checkbox"/> 20-04-01 特にな <input type="checkbox"/> 20-04-02 ある |

21現在の問題行動（該当するものすべて）

| コード | 問題行動 | コード | 問題行動 | コード | 問題行動 |
|--------------------------------|-------|--------------------------------|----------|--------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 21-01 | 睡眠障害 | <input type="checkbox"/> 21-06 | 外出して戻れない | <input type="checkbox"/> 21-11 | 大声 |
| <input type="checkbox"/> 21-02 | 昼夜逆転 | <input type="checkbox"/> 21-07 | 失禁 | <input type="checkbox"/> 21-12 | 暴言暴行 |
| <input type="checkbox"/> 21-03 | 被害妄想等 | <input type="checkbox"/> 21-08 | 性的な異常行動 | <input type="checkbox"/> 21-13 | 自傷 |
| <input type="checkbox"/> 21-04 | 幻視幻聴 | <input type="checkbox"/> 21-09 | 異食行為 | <input type="checkbox"/> 21-14 | 器物破損 |
| <input type="checkbox"/> 21-05 | 常時の徘徊 | <input type="checkbox"/> 21-10 | 不潔行為 | <input type="checkbox"/> 21-15 | その他（ ） |

22特別な医療（次の医療を受けている場合は全て）

| コード | 特別な医療 | コード | 特別な医療 |
|--------------------------------|---------------------|--------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 22-01 | 透析 | <input type="checkbox"/> 22-07 | 血糖値測定 |
| <input type="checkbox"/> 22-02 | 経管栄養(経口・経鼻・胃ろう・腸ろう) | <input type="checkbox"/> 22-08 | インシュリン注射 |
| <input type="checkbox"/> 22-03 | 痰の吸引 | <input type="checkbox"/> 22-09 | 褥瘡の処置 |
| <input type="checkbox"/> 22-04 | 導尿（留置カテーテル含む） | <input type="checkbox"/> 22-10 | 在宅酸素療法 |
| <input type="checkbox"/> 22-05 | 排便 | <input type="checkbox"/> 22-11 | その他（ ） |
| <input type="checkbox"/> 22-06 | ストーマの処置 | <input type="checkbox"/> | |

23地域の関係機関との連携（対象者の支援において次の中から協力関係にあるもの全て）

| コード | 関係機関 | コード | 関係機関 |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 23-01 | 医療機関（医師、歯科医師、医療ソーシャルワーカー等） | <input type="checkbox"/> 23-04 | 精神保健機関（精神保健福祉士） |
| <input type="checkbox"/> 23-02 | 保健所（保健師） | <input type="checkbox"/> 23-05 | 相談支援機関（相談支援員等） |
| <input type="checkbox"/> 23-03 | リハビリテーション機関（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士） | <input type="checkbox"/> 23-06 | 老人福祉サービス機関 |

24成年後見制度の利用の有無等

| コード | 有無 | 後見人等の類型 |
|--------------------------------|----|--|
| <input type="checkbox"/> 24-01 | 有 | <input type="checkbox"/> 24-01-01 後見人を選任 |
| | | <input type="checkbox"/> 24-01-02 保佐人を選任 |
| | | <input type="checkbox"/> 24-01-03 補助人を選任 |
| <input type="checkbox"/> 24-02 | 無 | |

25後見人などに選任された人

| コード | 選任された人 |
|--------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 25-01 | 親 |
| <input type="checkbox"/> 25-02 | 兄弟姉妹 |
| <input type="checkbox"/> 25-03 | 親戚 |
| <input type="checkbox"/> 25-04 | 弁護士 |
| <input type="checkbox"/> 25-05 | 司法書士 |
| <input type="checkbox"/> 25-06 | 社会福祉士 |
| <input type="checkbox"/> 25-07 | その他（ ） |

26 対象者への支援に際し、特に重きを置いている「身体介護・介助」の支援を、次より3つ選択してください。

| コード | 身体介護・介助 |
|--------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> 26-01 | 排泄の介助・オムツ交換等 |
| <input type="checkbox"/> 26-02 | 移動の介助等 |
| <input type="checkbox"/> 26-03 | 入浴の介助等 |
| <input type="checkbox"/> 26-04 | 洗顔、歯磨き、口腔ケアの介助等 |
| <input type="checkbox"/> 26-05 | 衣服の着脱等 |
| <input type="checkbox"/> 26-06 | 体位交換・座位保持等 |
| <input type="checkbox"/> 26-07 | 褥瘡の処置等 |
| <input type="checkbox"/> 26-08 | 食事の介助（食べさせる・嚥下状態の確認等） |
| <input type="checkbox"/> 26-09 | その他の身体介護・介助（ ） |

27 対象者への支援に際し、特に重きを置いている「身体介護・介助以外」の支援を、次より3つ選択してください。

| コード | 身体介護・介助以外 |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 27-01 | 日常生活全般にわたる見守り・安全保持等 |
| <input type="checkbox"/> 27-02 | 食事の介助（刻む・とろみをつける・魚の骨をとるなど） |
| <input type="checkbox"/> 27-03 | 服薬の管理や介助(薬を準備して飲ませる・座薬をさすなど) |
| <input type="checkbox"/> 27-04 | 医療的ケア(ストーマやカテーテルの処置・経管栄養・痰の吸引など) |
| <input type="checkbox"/> 27-05 | 通院の介助 |
| <input type="checkbox"/> 27-06 | 外出の介助 |
| <input type="checkbox"/> 27-07 | 震動・無気力等への対応 |
| <input type="checkbox"/> 27-08 | 本人とのコミュニケーション(精神的安定・思いや希望の把握・意思決定支援など) |
| <input type="checkbox"/> 27-09 | その他（身体介護・介助以外）（ ） |

No.

ご本人様用

★ 記入しないでください ★

訪問時に、担当支援職員同席のもと、調査対象者(ご本人)に対して
訪問調査員が聴き取りを行います。

No.

ご本人様用

*ご本人からの聞き取りが難しい場合は、支援職員や家族が同席し、必要に応じて支援職員や家族から聞き取り。

1.聞き取りの状況（調査員が回答）

| コード | 状況 |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01-01 | 支援職員または家族が同席せずに、本人のみから聞き取り |
| <input type="checkbox"/> 01-02 | 支援職員または家族が同席し、本人から聞き取り |
| <input type="checkbox"/> 01-03 | 支援職員または家族が同席し、支援職員または家族から必要に応じて聞き取り |
| <input type="checkbox"/> 01-04 | 支援職員または家族からのみ聞き取り |

2.日中の過ごし方

「毎日、昼間はどのように過ごしていますか。」

| コード | 過ごし方 | その内容(具体的記載) |
|--------------------------------|-----------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> 02-01 | 仕事をしている (会社に勤めている) | |
| <input type="checkbox"/> 02-02 | 作業をしている | |
| <input type="checkbox"/> 02-03 | 趣味など好きなことをしている | |
| <input type="checkbox"/> 02-04 | 特に何もしていない | |
| <input type="checkbox"/> 02-05 | ほぼベット上で横になっている | |
| <input type="checkbox"/> 02-06 | その他 | |

02-02「作業をしている」には掃除や洗濯など目的をもって体を動かす活動も含みます。
02-03「趣味など好きなことをしている」にはCDを聴く、好きなテレビを見るなどの趣味的なものも含みます。
02-04「特に何もしていない」には特に目的もなく施設内を移動する、単にテレビを見ているなどを含みます。
02-05「ほぼベット上で横になっている」には車椅子の使用を含め、目的を持った活動や趣味的な活動がほぼ見られないことが常態となっている場合です。ベット上の生活でも目的を持った活動や趣味的な活動がある場合は02-02または02-03を選択して下さい。

3.余暇の過ごし方・趣味
「好きなことや趣味はありますか。」

| コード | 趣味 | 余暇の過ごし方や趣味の内容(具体的記載) |
|--------------------------------|-------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 03-01 | ある | |
| <input type="checkbox"/> 03-02 | 特にない | |
| <input type="checkbox"/> 03-03 | わからない | |
| <input type="checkbox"/> 03-04 | 不明 | |

4.外出の機会

「病院への通院以外で、事業所（施設）の行事や自分の希望で外出することはありますか。」

| コード | 外出機会 | 外出の頻度と内容等 |
|--------------------------------|------|---|
| <input type="checkbox"/> 04-01 | ある | 「外出は月に何回くらいしますか。」 <input type="checkbox"/> 04-01-01 週に1回（それ以上） <input type="checkbox"/> 04-01-02月に2回程度 <input type="checkbox"/> 04-01-03年に数回（それ以下） 外出の内容(具体的記載) *例 「どこへ」「何しに」「誰と」など |
| <input type="checkbox"/> 04-02 | ない | 「ないのはどうしてですか」(該当するものすべて) <input type="checkbox"/> 04-02-01 外出したいと思わない <input type="checkbox"/> 04-02-02体の具合で外出できない <input type="checkbox"/> 04-02-03行きたいが、一緒に行ってくれる人がいない <input type="checkbox"/> 04-02-04その他 () |
| <input type="checkbox"/> 04-03 | 特記事項 | |

5.楽しいと思うこと

『毎日の生活で楽しいと思うことはありますか。』

| コード | 楽しいと思うこと(該当するもの全て) | |
|--------------------------------|--------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 05-01 | ある | <input type="checkbox"/> 05-01-01 仕事や作業をすること。 <input type="checkbox"/> 05-01-02 好きなテレビを見たり、音楽を聴くこと。 <input type="checkbox"/> 05-01-03 食べること。 <input type="checkbox"/> 05-01-04 自分の趣味をすること。 <input type="checkbox"/> 05-01-05 散歩すること。 <input type="checkbox"/> 05-01-06 外出し、買い物やレストランで食事すること。 <input type="checkbox"/> 05-01-07 友達や仲間と一緒に暮らすこと。 <input type="checkbox"/> 05-01-08 家族と一緒に暮らすこと。 <input type="checkbox"/> 05-01-09 友達や仲間と一緒に活動したり、遊ぶこと(旅行含む)。 <input type="checkbox"/> 05-01-10 家族と一緒に活動したり、遊ぶこと(旅行含む)。 <input type="checkbox"/> 05-01-11 職員と話をしたり、一緒に活動すること。 <input type="checkbox"/> 05-01-12 その他() |
| <input type="checkbox"/> 05-02 | 特に思わない | |
| <input type="checkbox"/> 05-03 | よくわからない | |
| <input type="checkbox"/> 05-04 | 不明 | |
| <input type="checkbox"/> 05-06 | 特記事項 | |

6.困っていること

『毎日の生活で困っていることはありますか。』

| コード | 困っていること(該当するもの全て) | |
|--------------------------------|-------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 06-01 | ある | <input type="checkbox"/> 06-01-01 病気などで仕事や作業ができないこと。 <input type="checkbox"/> 06-01-02 病気で寝ていたり、外出できないこと。 <input type="checkbox"/> 06-01-03 病気で好きな食べ物が食べられないこと。 <input type="checkbox"/> 06-01-04 一人で歩けなくなって、動けないこと。 <input type="checkbox"/> 06-01-05 体が不自由で友達や仲間と一緒に動けないこと。 <input type="checkbox"/> 06-01-06 テレビや文字が見えづらくなったこと。 <input type="checkbox"/> 06-01-07 人の話が聞きづらくなったこと。 <input type="checkbox"/> 06-01-08 仲間が自分の話を聞いてくれないこと。 <input type="checkbox"/> 06-01-09 職員が自分の話を聞いてくれないこと。 <input type="checkbox"/> 06-01-10 その他() |
| <input type="checkbox"/> 06-02 | 特にない | |
| <input type="checkbox"/> 06-03 | よくわからない | |
| <input type="checkbox"/> 06-04 | 不明 | |
| <input type="checkbox"/> 06-05 | 特記事項 | |

7.歳をとったと感じること

『最近、自分がおじいさんやおばあさんになったと思うことがありますか。』

| コード | その理由(該当するもの全て) | |
|--------------------------------|----------------|---|
| <input type="checkbox"/> 07-01 | ある | <input type="checkbox"/> 07-01-01 手や足が不自由になった。 <input type="checkbox"/> 07-01-02 病気にかかりやすくなった。 <input type="checkbox"/> 07-01-03 耳が聞こえなくなった。 <input type="checkbox"/> 07-01-04 目が見えづらくなってきた。 <input type="checkbox"/> 07-01-05 食べるときに咳き込むようになった。 <input type="checkbox"/> 07-01-06 膝が痛い。 <input type="checkbox"/> 07-01-07 体のあちこちが痛い。 <input type="checkbox"/> 07-01-08 その他() |
| <input type="checkbox"/> 07-02 | 特にない | |
| <input type="checkbox"/> 07-03 | よくわからない | |
| <input type="checkbox"/> 07-04 | 不明 | |
| <input type="checkbox"/> 07-05 | 特記事項 | |

8.支援職員に望むこと

『支援職員に対して「こうして欲しい」と思うことはありますか。』

| コード | 望むこと(該当するもの全て) | |
|--------------------------------|----------------|---|
| <input type="checkbox"/> 08-01 | ある | <input type="checkbox"/> 08-01-01 いつも「こうしろ」と言わないでほしい。 <input type="checkbox"/> 08-01-02 ゆっくりと話をしてほしい。 <input type="checkbox"/> 08-01-03 もっとたくさん話を聞いてほしい。 <input type="checkbox"/> 08-01-04 いつもそばにいてほしい。 <input type="checkbox"/> 08-01-05 もっと外出や買い物などができるようにしてほしい。 <input type="checkbox"/> 08-01-06 好きな物を食べさせてもらいたい。 <input type="checkbox"/> 08-01-07 もっと友達と一緒に話をしたり活動できるようにしてほしい。 <input type="checkbox"/> 08-01-08 もっと家に帰れるようにしてほしい。 <input type="checkbox"/> 08-01-09 家族に電話して話をさせてほしい。 <input type="checkbox"/> 08-01-10 その他() |
| <input type="checkbox"/> 08-02 | 特にない | |
| <input type="checkbox"/> 08-03 | よくわからない | |
| <input type="checkbox"/> 08-04 | 不明 | |
| <input type="checkbox"/> 08-05 | 特記事項 | |

9. 親やきょうだいに望むこと
 『親や兄弟に対して「こうして欲しい」と思うことはありますか』

| 望むこと(該当するもの全て) | | |
|--------------------------|-------|---|
| コード | | |
| <input type="checkbox"/> | 09-01 | ある <input type="checkbox"/> 09-01-01 いつも「こうしろ」と言わないでほしい。 <input type="checkbox"/> 09-01-02 ゆっくりと話をしてほしい。 <input type="checkbox"/> 09-01-03 もっとたくさん話を聞いてほしい。 <input type="checkbox"/> 09-01-04 いつもそばにいてほしい。 <input type="checkbox"/> 09-01-05 もっと外出や買い物などをできるようにしてほしい。 <input type="checkbox"/> 09-01-06 好きな物を食べさせてもらいたい。 <input type="checkbox"/> 09-01-07 もっと友達と一緒に話したり活動できるようにしてほしい。 <input type="checkbox"/> 09-01-08 その他() |
| <input type="checkbox"/> | 09-02 | 特にない |
| <input type="checkbox"/> | 09-03 | よくわからない |
| <input type="checkbox"/> | 09-04 | 不明 |
| <input type="checkbox"/> | 09-05 | 特記事項 |

10. 今後の暮らし方

10-1 「これからどこで暮らしていきたいですか。」

| 今後の暮すところ | | |
|--------------------------|-------|--|
| コード | | |
| <input type="checkbox"/> | 10-01 | これからも今のところで暮らしていきたい。 |
| <input type="checkbox"/> | 10-02 | 別のところで暮らしたい <input type="checkbox"/> 10-02-01 アパートなどを借りて一人で暮らしたい。 <input type="checkbox"/> 10-02-02 アパートなどで友達と一緒に暮らしたい。 <input type="checkbox"/> 10-02-03 グループホーム(ケアホーム)で仲間や友達と暮らしたい。 <input type="checkbox"/> 10-02-04 親や家族と一緒に暮らしたい。 <input type="checkbox"/> 10-02-05 老人ホームなどでお年寄りと一緒に暮らしたい。 <input type="checkbox"/> 10-02-06 障害を持つ方の施設で仲間や友達と暮らしたい。 <input type="checkbox"/> 10-02-07 その他() |
| <input type="checkbox"/> | 10-03 | その他() |
| <input type="checkbox"/> | 10-04 | よくわからない |
| <input type="checkbox"/> | 10-05 | 不明 |
| <input type="checkbox"/> | 10-06 | 特記事項 |

10-2 「これからの昼間の過ごし方はどうしたいですか。」

| これからの昼間の過ごし方 | | |
|--------------------------|-------|---|
| コード | | |
| <input type="checkbox"/> | 11-01 | 今のままでいい |
| <input type="checkbox"/> | 11-02 | もっと、したいことがある(該当するものすべて) <input type="checkbox"/> 11-02-01 会社や施設(作業所)で仕事や作業をしたい。 <input type="checkbox"/> 11-02-02 好きなテレビを見たり、音楽を聴きたい。 <input type="checkbox"/> 11-02-03 自分の趣味をしたい。 <input type="checkbox"/> 11-02-04 外出し、買い物をしたりレストランで食事したい。 <input type="checkbox"/> 11-02-05 友達や仲間と一緒に活動したり遊びたい(旅行含む)。 <input type="checkbox"/> 11-02-06 家族と一緒に活動したり、遊びたい(旅行含む)。 <input type="checkbox"/> 11-02-07 職人と話をしたり、一緒に活動したい。 <input type="checkbox"/> 11-02-08 地域のお年寄りと一緒に活動したい。 <input type="checkbox"/> 11-02-09 その他() |
| <input type="checkbox"/> | 11-03 | 何もしたくない |
| <input type="checkbox"/> | 11-04 | その他() |
| <input type="checkbox"/> | 11-05 | よくわからない |
| <input type="checkbox"/> | 11-06 | 不明 |
| <input type="checkbox"/> | 11-07 | 特記事項 |

その他、調査対象者について特記することがあればご記載ください。

No.

厚生労働省・平成24年度障害者総合福祉推進事業
地域における高齢の障害者の居住支援のあり方に関する調査・研究

訪問調査票（調査協力支援職員個人票）

調査日 平成24年 ____月 ____日

都道府県名 _____ 所属事業所（施設）名 _____

連絡先 TEL _____ 所属事業種別 _____

調査協力支援職員用

※ 調査協力支援職員1人につき1票ご回答ください。

1. 支援職員の性別・年齢

| | コード | 性別 | 年齢 |
|--------------------------|-------|----|----|
| <input type="checkbox"/> | 01-01 | 男性 | 歳 |
| <input type="checkbox"/> | 01-02 | 女性 | |

2. 事業所における経験年数

| | コード | 経験年数 |
|--------------------------|-------|------|
| <input type="checkbox"/> | 02-01 | 年 |

3. 老化に伴う症状が顕著にみられる人に対して今後求められる支援体制について、望ましいと思われるものを選択してください。（複数選択可）

| | コード | 内容 |
|--------|--------------------------------|--|
| 居住関係 | <input type="checkbox"/> 03-01 | 現行の障害者支援施設を機能強化する。 |
| | <input type="checkbox"/> 03-02 | グループホーム（ケアホーム）や自宅で、積極的に居宅介護、移動支援等のサービスを利用できるようにする。 |
| | <input type="checkbox"/> 03-03 | グループホーム（ケアホーム）や自宅で、訪問看護や訪問介護など介護保険サービスを積極的に活用できるようにする。 |
| | <input type="checkbox"/> 03-04 | 現行の特別養護老人ホームの受入れ体制を強化する。 |
| | <input type="checkbox"/> 03-05 | それらの人に対応できる新たな居住サービスを地域に創設する。 |
| | <input type="checkbox"/> 03-06 | 親と暮らすそれらの人が、親と共に支援が受けられる居住サービスを地域に創設する。 |
| | <input type="checkbox"/> 03-07 | その他 () |
| 日中活動関係 | <input type="checkbox"/> 03-08 | 現行の障害者支援施設を機能強化する。 |
| | <input type="checkbox"/> 03-09 | 現行の通所介護（デイサービス）など、介護保険サービスを積極的に活用できるようにする。 |
| | <input type="checkbox"/> 03-10 | それらの人に対応できる新たな日中支援サービスや日中活動サービスを創設する。 |
| その他 | <input type="checkbox"/> 03-11 | その他 () |
| | <input type="checkbox"/> 03-12 | 成年後見制度などの活用促進や意思決定支援の仕組みを整備し、権利擁護を強化する。 |
| | <input type="checkbox"/> 03-13 | 地域医療との連携協力体制を確保する。 |
| | <input type="checkbox"/> 03-14 | 地域において相談支援、居宅介護、移動支援等のサービス基盤を整備する。 |
| | <input type="checkbox"/> 03-15 | 地域において関係機関との連携等、支援のネットワークを整備する。 |
| | <input type="checkbox"/> 03-16 | その他 () |

その他、ご自由にご意見をご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

あとがき

1. 基本姿勢

1. 社会福祉に従事する者として、利用者の尊厳と人権を守ります。
2. 支援者としての職務を自覚し、利用者の自己選択権、自己決定を重んじます。
3. 利用者が安心かつ安全で快適な自立生活が送れるよう支援します。
4. 利用者一人ひとりの自己実現に向けた専門的支援を行います。
5. 利用者が自らの尊厳に気づき、自らの潜在的な力を発揮できるよう支援します。
6. 支援者は自身の使命を自覚し、絶えずモラルの向上と自己研鑽に努めます。

(以下、省略)

これは、財団法人日本知的障害者福祉協会が制定する『知的障がいのある方を支援するための行動規範』（基本姿勢）の一節です。今回の『地域における高齢の障害者の居住支援の在り方に関する調査・研究』の実施過程においてはソーシャルワークの重要性を改めて認識したところです。施設・事業所に対する調査の集計過程では障がいによる支援上の特性が明らかとなり、また、訪問調査においては一人ひとりの多様なニーズと生活実態にふれることができました。そして、社会的存在としての関係性の調整と支援の専門性の追及が益々必要であることを確認しました。

昭和24年の身体障害者福祉法の制定以来、昭和35年の知的障害者に関する福祉法、昭和63年の精神保健福祉法、そして障害者自立支援法と障害者に関する福祉法が制定され、福祉事業も幾多の変遷を重ねてきました。その時代的・社会的背景のもとに、そして当事者とその家族のニーズのもとにソーシャルワーク実践が行われてきたといえます。今後とも、わたしたちはその実践に学ぶとともに新たな社会的要請と当事者のニーズに即応した福祉実践と事業経営を追求していきたいと考えます。一人ひとりの障害者の自己実現と地域の福祉文化の創造をめざすソーシャルワーカー（専門職）として。

時代はこれまでの福祉実践に立脚しつつも個別支援の具体化をわたしたちに求めています。『行動規範』にあるように、障がいをもつ人も人間として尊厳され、価値ある社会的存在として人権と社会正義のもとに生きる権利を有しているからです。

「時代の要請と多様なニーズに対応するためのたゆまない自己変革の姿勢こそが福祉事業に対する社会的な評価軸であることの普遍性を今後とも共有していきたい。」この思いとともに、本事業の実施にご協力いただいた多くの関係者皆様、さらには障がい者福祉の現場に働く全ての皆様に心より感謝申し上げます。

平成25年3月

調査事業担当(総括) 瀬野 淳一

A series of 25 vertical dashed lines spanning the page, providing a guide for writing.

A series of 25 horizontal dashed lines for writing.

【参考文献一覧】

- 内閣府 「平成 24 年度版障害者白書」(佐伯印刷 2012 年)
日本知的障害者福祉協会 「精神障害者加齢の軌跡—高齢精神薄弱者実態調査研究報告」
(第一印刷所 1987 年)
日本知的障害者福祉協会 「平成 22 年度全国知的障害児者施設・事業実態調査報告書」
(第一印刷所 2012 年)
高谷清著 「重い障害を生きること」(岩波書店 2011 年)
厚生労働省 障害者政策委員会資料

平成 24 年度障害者総合福祉推進事業
指定課題 29 地域における高齢の障害者の居住支援等の在り方に関する調査・研究報告書

平成 25 年 3 月

発行者 財団法人 日本知的障害者福祉協会
会 長 橋 文 也

〒 105-0013 東京都港区浜松町 2-7-19

KDX 浜松町ビル 6 階

TEL 03-3438-0466 (代表) / Fax 03-3431-1803

<http://www.aigo.or.jp>

