FAX：083-924-2798

障害福祉サービス利用者等の高齢化に関するアンケート

山口県障害福祉サービス協議会　研修委員会

＊＊＊下記の各項目について、該当のものに✔や記入をお願いします＊＊＊

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所（施設）の名称 |  |
| 事業所（施設）責任者 |  |

１　事業所（施設）について

**（１）障害福祉サービス事業所（施設）の開設年代**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　代 | ✔ | 年　　代 | ✔ |
| 1960年以前 |  | 1990年(平成2年) |  |
| 1960年(昭和35年) |  | 2000年(平成12年) |  |
| 1970年(昭和45年) |  | 2010年(平成22年) |  |
| 1980年(昭和55年) |  | 2020年(令和2年) |  |

**（２）サービス事業内容（複数回答可）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業種 | 通所 | 入所 |
| 療養介護 |  |  |
| 生活介護 |  |  |
| 居宅介護等 |  |  |
| 短期入所 |  |  |
| 機能訓練 |  |  |
| 生活訓練 |  |  |
| 就労移行 |  |  |
| 就労継続Ａ |  |  |
| 就労継続Ｂ |  |  |
| 地域活動支援センター |  |  |
| 共同生活援助 |  |  |
| 相談支援 |  |  |
| 児童発達支援 |  |  |
| 放課後等デイサービス |  |  |

**（３）設置（経営）法人の高齢者対応施設保有**

|  |  |
| --- | --- |
| 同一法人の高齢者対応施設保有 | ✔ |
| あ　り |  |
| な　し |  |

**（４）共生型サービス（介護保険と障害福祉の一体的サービス）**

|  |  |
| --- | --- |
| 共生型サービス | ✔ |
| 行っている |  |
| 行っていない |  |

２　利用者について

**（１）高齢者（65歳以上）の利用者について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 高齢者（65歳以上）の利用者 | ✔ |  |
| い　る |  | →※下記のア、イも御回答ください |
| いない |  | →３へ |

　※上記で「いる」と回答された事業所・施設について

**ア　利用者の人数**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 高齢者（65歳以上）の利用者 | 通所 | 入所 | 合計 |
| 65歳～75歳 | 人 | 人 | 人 |
| 76歳～85歳 | 人 | 人 | 人 |
| 85歳以上 | 人 | 人 | 人 |
| 合　　計 | 人 | 人 | 人 |

**イ　利用者の障害種別**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 障　害　種　別 | 通所 | 入所 | 合計 |
| 身体障害 | 人 | 人 | 人 |
| 知的障害 | 人 | 人 | 人 |
| 精神障害 | 人 | 人 | 人 |
| （上記のうち重複障害の方） | 人 | 人 | 人 |

３　利用者の高齢化について

**（１）利用者の高齢化が課題となっているか**

|  |  |
| --- | --- |
| はい |  |
| いいえ |  |

**（２）利用者の高齢化による課題について**

**ア　支援の提供について**

　　　□日常生活動作（食事、入浴、排泄、更衣整容、起居動作、移乗、生活リズム、危険物の認知など）の課題について

|  |
| --- |
| 具体例 |

　　　□就労・作業場面での課題について

|  |
| --- |
| 具体例 |

□余暇活動での課題について

|  |
| --- |
| 具体例 |

□その他支援の提供に関して困っている、課題となっていること

|  |
| --- |
| 具体例 |

**イ　事業所・施設の建物や設備について**

・利用者の高齢化に対応するために改修や改築等した箇所（具体的に）

|  |
| --- |
|  |

・利用者の高齢化に起因する事業所・施設での事故やヒヤリハット（具体的に）

|  |
| --- |
|  |

**ウ　利用者家族や身元引受人等に関する課題について（具体的に）**

|  |
| --- |
|  |

**エ　高齢化により、認知的な機能の変化があった利用者の支援の課題について（具体的に）**

|  |
| --- |
|  |

**（３）利用者の高齢化に対する事業所・施設の対応について**

**ア　新規利用者として契約する年齢の上限について**

|  |
| --- |
| （　　　　　　　　　　）歳まで |
| その他（具体的に） |

**イ　利用者の高齢化に伴い、どこまで支援可能かについて**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 移乗・移動・排泄に常時介護が必要になるまで |
|  | 認知機能の低下による他害行為などで、対応が困難になるまで |
|  | 自力で嚥下が出来なくなるまで、または、常時の医療を必要とするまで |
|  | その他（下記に具体的に記入） |
|  |  |

**ウ　看取り介護について**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 看取りを行う、看取りを行う方針である |
|  | 看取りを行う方針はないが、必要が生じている（下記に具体例を記入） |
|  |  |
|  | 看取りを行う方針はない |
|  | その他（下記に具体的に記入） |
|  |  |

**（４）障害福祉から介護保険への移行について**

**ア　高齢者施設への移動事例はあるか**

　　　□ある　（　　　　　　件）※下記イも御回答お願いします

　　　□ない

　　　□その他

|  |
| --- |
|  |

**イ　※アで「あり」の場合**

　　・移動のきっかけは何だったか

|  |
| --- |
| 具体例 |

　　・本人の意思確認はどのように行ったか

|  |
| --- |
| 具体例 |

　　・移動にあたり、本人の思いより家族や身元引受人等の判断が優先されたことがあるか

|  |
| --- |
| 具体例 |

　　・移動にあたり、大変だったことや気を付けたこと

|  |
| --- |
| 具体例 |

　　・移動後の利用者の状況について

|  |
| --- |
| 具体例 |

**（５）障害福祉サービス事業所（施設）における高齢化した利用者の支援に関する、現在の制度に対する意見・要望について**

|  |
| --- |
|  |

御回答、ありがとうございました。

回答期限：９月２５日（金）