

# タイムスタディ集計結果（就寝時のみ）

生活支援型C

※就寝時のみ

⑬

⑭

⑮

中分類	小分類	コード	直接支援		見守り・声掛け		直接支援		見守り・声掛け		直接支援		見守り・声掛け	
			回	時間	回	時間	回	時間	回	時間	回	時間	回	時間
身体介護	寝返り	101												
	座位保持	103												
	移乗	104												
	移動	109			1	0:26	2	0:02						
	衣服の着脱	110												
	食事	201												
	口腔清潔	202												
	入浴	203												
	排尿	204			2	0:02			1	0:02	1	0:07		
	排泄	205	2	0:13										
	清潔保持・整容	206					1	0:01						
	飲水・水分補給	217												
	その他身体介護	218	2	0:06	7	0:09								
	小計		4	0:19	10	0:37	3	0:03	1	0:02	1	0:07		
医療	薬の管理	207							3	0:04	1	0:01	1	1:30
	点滴の管理	501												
	ストーマの処置	504												
	酸素療法	505												
	レスピレーター(人工呼吸器)	506												
	気管切開の処置	507												
	疼痛の看護	508												
	経管栄養	509												
	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和)	510												
	褥瘡の処置	511												
	カテーテル	512												
	吸引	513												
	その他の(特別な)医療	514												
	小計								3	0:04	1	0:01	1	1:30
行動関連	コミュニケーション支援	303					1	0:01						
	説明の理解への支援	304					1	0:01						
	大声・奇声を発することへの対応	407												
	異食行動への対応	416												
	多動・行動停止への対応	419												
	不安定な行動への対応	420												
	自らを傷つける行為への対応	421					10	0:10						
	他人を傷つける行為	422												
	不適切な行為への対応	423												
	突発的な行動への対応	424												
	過食・反すう等への対応	425												
	てんかん発作への対応	440												
	その他の行動障害への対応	441			3	0:10								
小計				3	0:10	12	0:12							
家事援助	調理	212	2	0:08										
	掃除	213												
	洗濯	214	1	0:02										
	買い物	215												
	その他家事援助	223												
	小計		3	0:10										
その他の支援	金銭の管理	208												
	電話等の利用	209												
	日常の意思決定(代弁)	210												
	危機の認識	211												
	温度管理・調節	219								1	0:03			
	話し相手	220												
	記録・引き継ぎ	600	3	0:54										
小計		3	0:54						1	0:03				
待機	待機	221			10	6:57	18	1:49	2	6:43			2	7:49
移動・外出、他サービス利用等	交通手段の利用	216												
	外出準備	222	1	0:01										
	日中活動・余暇支援	300												
	他サービス利用	301												
	ヘルパー不在	302												
合計			11	1:24	23	7:44	33	2:04	6	6:49	3	0:11	3	9:19

## **2 調査票関連**

### **常時介護を要する障害者等のタイムスタディ調査 関連調査票**

# 事前概況調査 調査票

事業所名：

性別・調査時年齢	1. 男性 2. 女性 満 ( ) 歳
手帳保持の状況	①身体障害者手帳…………… 1級・2級・3級・4級・5級・6級 ②療育手帳…………… A判定(重度)・B判定(軽度) ③精神保健福祉手帳…………… 1級・2級・3級
障害支援区分	区分1 ・ 区分2 ・ 区分3 ・ 区分4 ・ 区分5 ・ 区分6
現在の居所	1. 自宅 (→1. 家族等と同居 2. 単身 ) 2. 旧グループホーム 3. 旧ケアホーム 4. 福祉ホーム
現在の居所について	現在の住まいで暮らして ( ) 年 ( ) ケ月
福祉サービス以外の在宅での支援 (家族、友人等) *特に、医療に関して 訪問、通院頻度等具体的に	①日中…1. なし 2. あり(具体的に: ) ②夜間…1. なし 2. あり(具体的に: )
障害サービス以外の日中活動	1. 学校に通っている 2. パート・アルバイトとして勤めている 3. 正規の社員・従業員として勤めている 4. 自営業として働いている 5. 家の手伝い 6. その他 ( ) 7. 何もしていない
ADL等の状況 (右の各項目について 該当するものに○)	①麻痺 1. ない 2. 左上肢 3. 右上肢 4. 左下肢 5. 右下肢 6. その他 ②寝返り 1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない ③座位保持 1. できる 2. 自分の手で支えればできる 3. 支えてもらえればできる 4. できない ④移乗 1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助 ⑤移動 1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助 ⑥嚙下 1. できる 2. 見守り等 3. できない ⑦飲水 1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助 ⑧排尿 1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助 ⑨排便 1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助
初回計画策定期期	(西暦) 年
ケアプラン	1. サービス等利用計画を作成 2. 障害児支援利用計画を作成 3. セルフプラン
利用している障害福祉サービスと月当たり支給決定量 [2015.6時点] (あてはまるものに○をつけて( )内に時間数等を記入)	【介護給付】 1. 居宅介護(ホームヘルプ)( )時間 2. 重度訪問介護 ( )時間 3. 同行援護 ( )時間 4. 行動援護 ( )時間 5. 重度障害者等包括支援 ( )時間 6. 短期入所(ショートステイ)( )日 7. 生活介護 ( )日 【訓練等給付】 8. 自立訓練 ( )日 9. 就労移行支援 ( )日 10. 就労継続支援 ( )日 【地域生活支援事業】 11. 成年後見制度利用支援 12. コミュニケーション支援 ( )日 13. 日常生活用具の給付又は貸与 14. 移動支援 ( )日 15. 地域活動支援センター ( )日 16. その他 ( )
利用者の状態像 (最も近いもの1つに○)	1. 気管切開または人工呼吸器装着者で、自分では吸引やケアができない 2. 四肢麻痺等でほとんど体が動かないか、自分でコールをすることが難しい 3. 強い行動障害がある 4. 強い行動障害はないものの陰性症状、意欲の低下、無為自閉等の状態にある 5. 上記にはあてはまらない (具体的に: )
行動上の障害の有無 (当てはまるものに○)	1. 昼夜逆転 2. 暴言 3. 暴行 4. 介護への抵抗 5. 火の不始末 6. 不潔行為 7. 異食 8. 性的行動障害

<p>強度の行動障害の有無 (当てはまるものに○)</p>	<p>①意思表示 1. 意思表示できる 2. 本人独自の表現を用いた意思表示 (常に・時々) 3. 意思表示できない</p> <p>②言葉以外のコミュニケーション手段を用いた説明の理解 1. 言葉による理解が可能 2. 言葉以外の方法でないと理解できない (常に・時々) 3. 言葉以外の方法を用いても説明を理解できない</p> <p>1. 多動または行動の停止 2. パニックや不安定な行動 3. 自分の体を叩いたり傷つけたりする行為 4. 他人に突然抱きついたり断りもなくものを持ってくる 5. 環境の変化により突発的に通常と違う声を出す 6. 突然走っていなくなるような突発的な行動 7. 過食・反すう等の食事に関する行動 8. 食べられないものを口に入れる 9. てんかん発作</p>
<p>精神・神経症状の有無 (当てはまるものに○)</p>	<p>1. せん妄 2. 傾眠傾向 3. 幻視・幻聴 4. 妄想 5. 失見当識 6. 失認 7. 失行 8. 認知障害 9. 記憶障害 (短期・長期) 10. 注意障害 11. 遂行機能障害 12. 社会的行動障害 13. てんかん 14. 憂鬱で悲観的 15. 対人面の不安緊張 16. 意欲が乏しい</p>
<p>特別な医療等の必要 (当てはまるものに○)</p>	<p>1. 点滴の管理 2. 中心静脈栄養 3. 透析 4. ストーマの処置 5. 酸素療法 6. レスプレーター 7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養 (胃ろう、鼻腔、口腔) 10. 吸引処置 (→回数 回/1日 一時的・継続的) 11. モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度) 12. 褥瘡の処置 13. カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル) 14. 導尿</p> <p>●具体的に</p> <p>[ ]</p>
<p>介護者に求められる 専門性</p>	<p>●ご本人の介護にあたり、介護者に求める資格要件、経験年数、専門的技術等があれば、具体的に</p>
<p>サービスに対する希望</p>	<p>◎常時介護が必要な方へのサービスとして、「こんなサービスがあったら、本人の生活や状態によりフィットする、効果的」と思うものがあれば、具体的に教えてください。 (具体的な内容や期待される本人の生活等の変化など)</p>

以上です。お忙しいところ、ありがとうございました。

お手数ですが、調査1週間程度前までに、調査担当あてに、メール、fax等でご返送ください。

社会福祉法人 昴 担当：丹羽(にわ)

〒355-0047 埼玉県東松山市高坂 1056-1 いんくる堂

TEL 0493-81-5310 FAX 0493-81-5315

E-mail subaru.research2013@gmail.com

事業所名：

ご本人名：

調査担当：

調査日時： 月 日 時 ~ 月 日 時

### 調査当日 タイムスタディ前後の確認項目

#### ①本人の夜間の様子

1. ほぼ規則正しい睡眠をとる おおむね 就寝 時頃 ・ 起床 時頃
2. 睡眠時間等は規則正しいが、夜間に頻回に目覚める ( ) 回くらい
3. 体調によって不規則である (眠らない、昼夜逆転など)
4. ほぼ昼夜逆転の状態である
5. 上記以外 ( )

★調査後 今回の調査はおおむね普段通りの生活リズムだったかどうか

#### ②介護者と本人の距離

1. 常に間近に寄り添っている必要がある
2. 常に視界/音が聞こえる範囲にいる (隣室でも可) 必要がある
3. 時間を決めて見守る必要がある
4. 必要な時に本人が支援者を呼ぶ [介護者は待機している]

★調査では〇〇だったが、他の方法があるのか

#### ③主な介護

1. 排せつ、食事、飲水、清潔、入浴等の身体介護・介助
2. 体位交換、寝返り
3. 上記 1. 2. 以外の身の回りの世話
4. 突発的な行動による危険回避
5. 吸引等の医療的ケア
6. 服薬の介助・管理
7. 空調等の環境調整
8. コミュニケーションや意思決定の支援
9. 本人の精神的不安への対応
10. その他 ( )

夜間の介護[含見守り]  
体制について

●不安や困りごとの内容を具体的にお書きください。

( )

●不安回避や予防、迅速な対応のために、夜間の介護中に留意するように、介護者に指示していることがあれば具体的にお教えてください。

( )

★今回の調査では発生しなかったが、起こりうる介護について追加がないか

#### ④介護発生時の合図方法

1. 本人による声かけ
2. アラーム (具体的に 呼吸器、Spo2 モニターなど )
3. 介護者の気づき (具体的に 痰がらみの音、物音など )
4. その他 ( )

	<p>★調査時は●●だったが、他にも方法があるのか</p> <p>⑤夜間の介護の頻度  1. ほぼ定期・定時（具体的に )  2. 不定期（回数の幅 最短 分くらい 最長 分くらい )  3. 切れ目なく</p> <p>★調査では〇〇だったが、どのくらい頻度に幅があるのか</p>
<p>夜間の 介護体制等の変化 (支援開始当初に比べて)</p>	<p>1. 軽減傾向                      2. 変化なし                      3. 増加傾向</p> <p>◎具体的な内容と想定される要因（本人状態、支援の工夫・効果（環境変化）等）  [ ]</p> <p>◎モニタリング等の実施状況やアセスメント指標等で活用しているものがあれば  [ ]</p>
<p>緊急事態について</p>	<p>●想定される緊急事態と、その対応方法を具体的に（家族・福祉事業所・医療・警察など誰がどのように対応するのかも含めて）</p> <p>●直近で発生した緊急事態の具体例</p> <p>日中  いつ頃？  年  月頃</p> <p>・具体的な内容と発生の頻度（初めてか、経験ありの場合その頻度）  [ ]</p> <p>・対応方法  例  事業所責任者を呼ぶ、家族を呼ぶ、救急車で搬送、警察を呼ぶ など</p> <p>夜間  いつ頃？  年  月頃</p> <p>・具体的な内容と発生の頻度（初めてか、経験ありの場合その頻度）  [ ]</p>

	<p>・対応方法  例 事業所責任者を呼ぶ、家族を呼ぶ、救急車で搬送、警察を呼ぶ など</p>
--	---

<p>住まいの構造や環境設定等で気づいた点があれば</p>	<p>身体障害の方向け配慮として</p> <p>医療的ケアが必要な方向けの配慮として</p> <p>行動障害、知的障害等への配慮として</p> <p>その他</p>
-------------------------------	--

**「常時介護を要する状態像」に準ずる  
障害者の支援に関するヒアリング調査関連**



事業所票

I 事業所の基本情報

① 事業所名	
② 法人種類 (1つに○)	1. 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 2. 社会福祉協議会 3. 医療法人 4. 社団・財団法人 5. 協同組合(生協、農協) 6. NPO法人 7. 営利法人 8. その他( )
③ 所在地	〒 都道府県 区・市・町・村・郡
④ 連絡先	TEL : FAX : E-mail :
⑤ 回答代表者(役職)	
⑥ 同一法人・グループ法人で実施している障害福祉分野のサービス・施設  (回答者の所属している事業所に○、その他あてはまるすべてに○)	<p><b>【介護給付】</b> 1. 居宅介護(ホームヘルプ) 2. 重度訪問介護 3. 同行援護 4. 行動援護 5. 重度障害者等包括支援 6. 短期入所(ショートステイ) 7. 療養介護 8. 生活介護 9. 施設入所支援 10. 旧共同生活介護(ケアホーム)</p> <p><b>【訓練等給付】</b> 11. 自立訓練(機能訓練) 12. 自立訓練(生活訓練 ⇒ 宿泊型 あり・なし) 13. 就労移行支援 14. 就労継続支援A型 15. 就労継続B型 16. 旧共同生活援助(グループホーム)</p> <p><b>【相談支援事業】</b> 17. 計画相談支援 18. 地域移行支援 19. 地域定着支援</p> <p><b>【地域生活支援】</b> 20. 成年後見制度利用支援 21. コミュニケーション支援 22. 日常生活用具の給付又は貸与 23. 移動支援 24. 地域活動支援センター 25. 福祉ホーム 26. 居住サポート 27. その他( )</p> <p><b>【介護保険の下記事業】</b> 28. 訪問介護事業所、 29. 居宅介護支援事業所 30. その他( )</p>
⑦ 事業所指定年月	平成 年 月 *自立支援法以降で指定を受けた年月
⑧ 事業範囲(利用対象者の居住範囲) (1つに○)	1. 同一区市町村内 2. 近隣区市町村を含む 3. 上記「2.」で回答した以上の広域
備考	

## Ⅱ ご本人に関する基本情報

### 基本属性

性別・調査時年齢	1. 男性 2. 女性 満 ( ) 歳
貴団体の障害福祉サービス利用開始年	西暦 年 月 ~ (→当初から継続利用 いったん中断して再利用)
手帳保持の状況(現在)	①身体障害者手帳…………… 1級・2級・3級・4級・5級・6級 ②療育手帳…………… A判定(重度)・B判定(軽度) ③精神保健福祉手帳…………… 1級・2級・3級
主な疾患名	

### サービス利用開始当初の状況

利用開始当初の居所	1. 自宅 (→1. 家族等と同居 2. 単身 ) 2. 旧グループホーム 3. 旧ケアホーム 4. 福祉ホーム
直前の居所	1. 自宅 (→1. 家族等と同居 2. 単身 ) 2. 旧グループホーム 3. 旧ケアホーム 4. 福祉ホーム 5. 入所施設 6. 病院
利用開始当初の本人の活動範囲	1. 社会参加している (就労・就学・福祉施設などへの通所をしている) 2. 自由に外出可能 (就労や通所はしていないが、活動に制限はない) 3. 条件付で外出可能 (時間帯・場所など限定で外出可能) 4. 外出不可・自宅内で生活 (外出できず、自宅内だけで生活している) 5. 自室にひきこもっている (原則的に自室)
障害サービス以外の 日中活動	1. 学校に通っている 2. パート・アルバイトとして勤めている 3. 正規の社員・従業員として勤めている 4. 自営業として働いている 5. 家の手伝い 6. その他 ( ) 7. 何もしていない
経済的な状況 (該当するものすべてに○)	1. 障害基礎年金 (1級・2級) 2. 障害厚生年金 (1級・2級・3級) 3. 生活保護 4. 自立支援医療費
ADL等の状況 (右の各項目について 該当するものに○)	①麻痺 1. ない 2. 左上肢 3. 右上肢 4. 左下肢 5. 右下肢 6. その他 ②寝返り 1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない ③座位保持 1. できる 2. 自分の手で支えればできる 3. 支えてもらえばできる 4. できない ④移乗 1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助 ⑤移動 1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助 ⑥嚙下 1. できる 2. 見守り等 3. できない ⑦飲水 1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助 ⑧排尿 1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助 ⑨排便 1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助
IADLの状況 (各項目について、 ・支援が必要なものに○ ・見守りが必要なものに△)	①健康管理 1. 服薬管理 2. 通院行動 3. 身体面の病気への留意 ②日常生活 1. 衣類着脱(上衣)(ズボン) 2. 食事行為 3. 排泄行為(排尿)(排便) 4. 入浴行為 5. 調理(後片付けを含む) 6. 洗濯 7. 掃除 8. 整理・整頓 9. 買物 10. 衣類の補修 11. 生活リズム ③社会生活 1. 交通機関の利用 2. 銀行・郵便局の利用 3. 公的機関利用 4. 金銭管理 6. 危険の管理(火気・防犯等)

行動上の障害の有無 (当てはまるものに○)	1. 昼夜逆転 2. 暴言 3. 暴行 4. 介護への抵抗 5. 火の不始末 6. 不潔行為 7. 異食 8. 性的行動障害
強度の行動障害の有無 (当てはまるものに○)	①意思表示 1. 意思表示できる 2. 本人独自の表現を用いた意思表示 (常に・時々) 3. 意思表示できない ②言葉以外のコミュニケーション手段を用いた説明の理解 1. 言葉による理解が可能 2. 言葉以外の方法でないと理解できない (常に・時々) 3. 言葉以外の方法を用いても説明を理解できない
精神・神経症状の有無 (当てはまるものに○)	1. 多動または行動の停止 2. パニックや不安定な行動 3. 自分の体を叩いたり傷つけたりする行為 4. 他人に突然抱きついたり断りもなくものを持ってくる 5. 環境の変化により突発的に通常と違う声を出す 6. 突然走っていなくなるような突発的な行動 7. 過食・反すう等の食事に関する行動 8. 食べられないものを口に入れる 9. てんかん発作
精神・神経症状の有無 (当てはまるものに○)	1. せん妄 2. 傾眠傾向 3. 幻視・幻聴 4. 妄想 5. 失見当識 6. 失認 7. 失行 8. 認知障害 9. 記憶障害 (短期・長期) 10. 注意障害 11. 遂行機能障害 12. 社会的行動障害 13. てんかん 14. 憂鬱で悲観的 15. 対人面の不安緊張 16. 意欲が乏しい
特別な医療等の必要 (当てはまるものに○)	1. 点滴の管理 2. 中心静脈栄養 3. 透析 4. ストーマの処置 5. 酸素療法 6. レスプレーター 7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養 (胃ろう、鼻腔、口腔) 10. 吸引処置 (→回数 回/1日 一時的・継続的) 11. モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度) 12. 褥瘡の処置 13. カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル) 14. 導尿 ●具体的に 〔 〕
初回計画策定期	(西暦) 年
ケアプラン	1. サービス等利用計画を作成 2. 障害児支援利用計画を作成 3. セルフプラン
利用開始当時利用していた障害福祉サービスと月当たり支給決定量  (あてはまるものに○をつけて ( ) 内に時間数等を記入)	【介護給付】 1. 居宅介護 (ホームヘルプ) ( 時間) 2. 重度訪問介護 ( 時間) 3. 同行援護 ( 時間) 4. 行動援護 ( 時間) 5. 重度障害者等包括支援 ( 時間) 6. 短期入所 (ショートステイ) ( 日) 7. 生活介護 ( 日) 【訓練等給付】 8. 自立訓練 ( 日) 9. 就労移行支援 ( 日) 10. 就労継続支援 ( 日) 【地域生活支援事業】 11. 成年後見制度利用支援 12. コミュニケーション支援 ( 日) 13. 日常生活用具の給付又は貸与 14. 移動支援 ( 日) 15. 地域活動支援センター ( 日) 16. その他 ( )
利用当時、利用していた医療サービス	1. 精神科病院クリニック (本人定期受診) 2. 精神科病院クリニック (家族定期受診) 3. 精神科デイケア 4. 訪問看護 5. 保健所相談

**現在の状況**

現在の居所	1. 自宅 (→1. 家族等と同居 2. 単身 ) 2. 旧グループホーム 3. 旧ケアホーム 4. 福祉ホーム
現在の本人の活動範囲	1. 社会参加している (就労・就学・福祉施設などへの通所をしている) 2. 自由に外出可能 (就労や通所はしていないが、活動に制限はない) 3. 条件付で外出可能 (時間帯・場所など限定で外出可能) 4. 外出不可・自宅内で生活 (外出できず、自宅内だけで生活している) 5. 自室にひきこもっている (原則的に自室)
現在の障害サービス以外の日中活動	1. 学校に通っている 2. パート・アルバイトとして勤めている 3. 正規の社員・従業員として勤めている 4. 自営業として働いている 5. 家の手伝い 6. その他 ( ) 7. 何もしていない
現在の経済的な状況 (該当するものすべてに○)	1. 障害基礎年金 (1級・2級) 2. 障害厚生年金 (1級・2級・3級) 3. 生活保護 4. 自立支援医療費
A D L等の状況 (右の各項目について 該当するものに○)	①麻痺 1. ない 2. 左上肢 3. 右上肢 4. 左下肢 5. 右下肢 6. その他 ②寝返り 1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない ③座位保持 1. できる 2. 自分の手で支えればできる 3. 支えてもらえればできる 4. できない ④移乗 1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助 ⑤移動 1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助 ⑥嚙下 1. できる 2. 見守り等 3. できない ⑦飲水 1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助 ⑧排尿 1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助 ⑨排便 1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助
I A D Lの状況 (各項目について、 ・支援が必要なものに○ ・見守りが必要なものに△)	①健康管理 1. 服薬管理 2. 通院行動 3. 身体面の病気への留意 ②日常生活 1. 衣類着脱(上衣)(ズボン) 2. 食事行為 3. 排泄行為(排尿)(排便) 4. 入浴行為 5. 調理(後片付けを含む) 6. 洗濯 7. 掃除 8. 整理・整頓 9. 買物 10. 衣類の補修 11. 生活リズム ③社会生活 1. 交通機関の利用 2. 銀行・郵便局の利用 3. 公的機関利用 4. 金銭管理 6. 危険の管理(火気・防犯等)
行動上の障害の有無 (当てはまるものに○)	1. 昼夜逆転 2. 暴言 3. 暴行 4. 介護への抵抗 5. 火の不始末 6. 不潔行為 7. 異食 8. 性的行動障害
強度の行動障害の有無 (当てはまるものに○)	①意思表示 1. 意思表示できる 2. 本人独自の表現を用いた意思表示(常に・時々) 3. 意思表示できない ②言葉以外のコミュニケーション手段を用いた説明の理解 1. 言葉による理解が可能 2. 言葉以外の方法でないと理解できない(常に・時々) 3. 言葉以外の方法を用いても説明を理解できない 1. 多動または行動の停止 2. パニックや不安定な行動 3. 自分の体を叩いたり傷つけたりする行為 4. 他人に突然抱きついたり断りもなくものを持ってくる 5. 環境の変化により突発的に通常と違う声を出す 6. 突然走っていなくなるような突発的な行動 7. 過食・反すう等の食事に関する行動 8. 食べられないものを口に入れる 9. てんかん発作
精神・神経症状の有無 (当てはまるものに○)	1. せん妄 2. 傾眠傾向 3. 幻視・幻聴 4. 妄想 5. 失見当識 6. 失認 7. 失行 8. 認知障害 9. 記憶障害(短期・長期) 10. 注意障害 11. 遂行機能障害 12. 社会的行動障害 13. てんかん 14. 憂鬱で悲観的 15. 対人面の不安緊張 16. 意欲が乏しい



### Ⅲ サービス提供（計画作成）の経過と成果と課題等

（ウィークリープランを元に）

Q 1 計画作成・モニタリングに際しての工夫や困難点について、お教えてください。

例 本人の意向や目的の引き出し・アセスメントに関して／適切なサービス種類・量や事業所の選定に関して（地域の社会資源の過不足を含め）／ご家族の意向と本人の希望との相違等

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

Q 2 サービス等利用計画作成者・サービス提供事業者からみた、サービス提供の効果と難しさ、今後の課題

① サービス提供による効果（生活上の変化、サービスがなかったらどうなるか、利用経過とともにサービス提供の内容や時間等の変化）

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

② (現在) 改善が必要な点、ご本人にとって不足しているサービス、あったらいいサービスや活動等

例 定期巡回・随時対応型訪問介護看護(介護保険)、訪問型自立訓練、地域定着支援、話し相手(地域のインフォーマルサービス) 等

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

② (将来的に) ご家族が介護できなくなった場合、ご本人が希望する住まい方を実現していくための条件や必要なサービスの整備方向についてご意見があれば

- \* ご本人の意向、親御さんの意向について
- \* 意向を実現していくための条件 特に在宅生活継続を念頭に置いた場合

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

平成27年度厚生労働科学研究費補助金  
(障害者政策総合研究事業)

常時介護を要する障害者等の状態像並びに  
支援体制の在り方に関する研究  
報告書

平成28年3月

研究代表者 細 瀧 富 夫