

3 7 0 0 8 6 5

「障害者福祉施設およびグループホーム利用者の実態把握、利用のあり方に関する研究」への協力をお願い

謹啓 季夏の候、皆様におかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

群馬県高崎市寺尾町 2120-2

さて、当法人では、厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）を受けて、上記研究を平成 28 年度から 2 年間の予定で実施しています。

独立行政法人

このはがき調査では、主に、障害のある単身生活者の相談状況をお尋ねしたいと思っております。ご多忙とは存じますがご協力いただきますようお願い申し上げます。

国立重度知的障害者総合施設

お手数ですが、返信用はがきは **8月18日(木)** 迄にご投函くださいますようお願いいたします。なお、**該当者がいない(0件の)場合、事業休止・廃止の場合は、その旨を記入し、ご返信ください。**

のぞみの園 研究部研究課 行

謹白

(本件に関するお問い合わせ先)

独立行政法人  
国立重度知的障害者総合施設のぞみの園  
研究部研究課 志賀 古屋 村岡

〒370-0865 群馬県高崎市寺尾町 2120-2  
☎ 027-320-1450 FAX 027-320-1391  
E-mail muraoka-m@nozomi.go.jp

障害者の単身生活者等に関する調査

1. 平成 28 年 7 月の 1 ヶ月間に相談を受けた障害者のうち、単身生活をしている人の数（実数）を教えてください。

- 貴相談支援事業所で相談を受けている障害者のうち、平成 28 年 7 月 1 日から 7 月 31 日の実績をお答えください。
- 電話のみの相談も数に含めてください。
- 件数がない場合は「0（ゼロ）」、不明の場合は「不明」にカウントしてください。
- 「0（ゼロ）」件の場合も、必ずご返信ください。
- 障害種別：重複の方は、**主な障害**でカウントしてください。
- 年齢、障害種別、支援区分、それぞれの合計は  と同じ数になります。

【宛名欄】

		件						
内 訳	年齢	～19 歳	20～29 歳	30～39 歳	40～49 歳	50～64 歳	65 歳以上	不明
		人	人	人	人	人	人	人
障害種別	身体	知的	精神	発達	その他	不明		
	人	人	人	人	人	人	人	人
支援区分	1	2	3	4	5	6	不明	
	人	人	人	人	人	人	人	人

情報保護シールの位置

2. 2 次調査協力の可否について

- 単身生活をしている障害者の生活状況や課題等について、ヒアリング調査を行いたいと考えております。協力の可否に「○」をつけてください。

可 ・ 否

事業所名

ご住所 〒

TEL

(ふりがな) 担当者名

※実績に関する回答を隠すのにお使いください。

障害者支援施設における利用者の入退所の実態に関する調査へのご協力をお願い

障害者支援施設 施設長 殿

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。また、平素より当法人の事業運営にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当法人では、厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業を受けて、平成28年度から2か年の計画で、障害者福祉施設およびグループホーム利用者の実態把握、利用のあり方に関する研究を行っております。

今年度は、障害者支援施設における利用者の入退所の実態に関する調査を実施し、今後の障害者の住まい等を考えるうえでの基礎資料の充実を図りたいと考えております。ご多忙のところ恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

平成28年9月

独立行政法人  
国立重度知的障害者総合施設のぞみの園  
事業企画局研究部長 志賀 利一

● お送りした物

1. 調査へのご協力をお願い及び「障害者支援施設における利用者の入退所の実態に関する調査」票 両面 2枚
2. 調査票記入例 両面 2枚
3. 返信用封筒 1枚

計 A4用紙4枚 + 封筒1枚

● 記入上のお願

- 同封しております記入例を参考にしてください。
- 同封の返信用封筒にて**平成28年10月12日（水）**までにご投函ください。切手は不要です。
- FAX**で回答される場合は、**事業所名・電話番号**が明記されていることをご確認の上ご送信ください。
- 記入欄が足りない場合は、お手数ですが調査票をコピーしてご利用ください。
- 本調査に関する疑問やご不明な点がございましたら、下記の問い合わせ先にご連絡ください。
- 「**該当者がいない**」場合も、必ずご返信ください。

● 本研究事業について

本研究は、障害者の居住のあり方と必要とされる支援や支援のネットワーク作りについて、実態調査を通して明らかにすることを目的に、障害者支援施設、グループホーム、相談支援事業所、当事者等を対象に5つの調査を行い、障害者総合支援法附則第3条の見直しにおける「新たな地域生活の展開」へ向けての提言を行うものです。

● 本調査の目的

障害者支援施設に新たに入所した人ならびに退所した人の状態像を調査し、障害者支援施設に求められる機能について考察することを目的としています。ご記入いただいた情報は、本研究以外では使用いたしません。また、研究結果の公表に当たっては事業所名等の匿名性を保ち行います。

● 本件に関する問い合わせ先

国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 研究部  
担当：志賀・古屋・信原・村岡

TEL:027-320-1450（土・日・祝を除く8時30分～17時15分）

FAX:027-320-1391

E-Mail:muraoka-m@nozomi.go.jp

● 当法人に関する情報

ホームページをご参照ください。 URL : <http://www.nozomi.go.jp/>

平成28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  
 障害者支援施設における利用者の入退所の実態に関する調査

I. 貴施設の施設入所支援についてご記入ください。なお、定員・現員・平均支援区分・平均年齢・入所者の主な障害の内訳は、平成28年7月1日現在の人数をご記入ください。

定員数	現員数	平均支援区分	平均年齢	開設年月	西暦	年	月
人	人	人	歳	記入者氏名			
平均入所期間	事業所名	TEL		重症心身障害	その他	人	人
年	ヶ月	電話	知的障害	精神障害		人	人
入所者の主な障害の内訳	身体障害	知的障害	人				

II. 貴施設を運営する法人で実施している、施設入所支援以外の事業に○をつけてください。

居宅介護	行動支援	療養介護	就労移行支援
重度訪問介護	重度障害者等包括支援	生活介護	就労継続支援 (A型=雇用型)
同行支援	短期入所 (ショートステイ)	自立訓練	就労継続支援 (B型=非雇用型)
共同生活援助(グループホーム)	その他 ( )		

III. 過去10年間の貴施設の入所定員の変化について教えてください。

増員した  減員した  変化なし  その他 ( )

●「増員した」、「減員した」施設の方は、何年(西暦)に何人定員から何人定員にしたのかお教えてください。また、その理由についてもご記入ください。

\_\_\_\_\_年に\_\_\_\_\_人から\_\_\_\_\_人にした / \_\_\_\_\_年に\_\_\_\_\_人から\_\_\_\_\_人にした

●【定員を変更した理由】

IV. 平成27年4月から28年3月までに、新規に入所した方についてご記入ください。

IV. 該当者なし

性別	入所時の年齢	入所時の障害支援区分※	所持手帳	入所直前の居住の場		入所前の貴法人のサービス利用の有無		主な照会先		入所時身体等状況	入所前利用サービス		重度障害者支援加算II
				No	その他(記述)	No	有	No	その他(記述)		No	その他	
1 男・女							有・無						>
2 男・女							有・無						>
3 男・女							有・無						>
4 男・女							有・無						>
5 男・女							有・無						>
6 男・女							有・無						>
7 男・女							有・無						>
8 男・女							有・無						>
9 男・女							有・無						>
10 男・女							有・無						>

※平成26年3月31日までは「障害程度区分」となります。

下記の基準を参照いただき、該当する番号をご記入ください

《所持手帳》  
●複数回答可

1. 身体障害者手帳
2. 療育手帳
3. 精神障害者保健福祉手帳 (みどりの手帳、愛の手帳)
4. なし
5. 分からない

《入所直前の居住の場》

1. 家庭(単身を含む)
2. 障害者グループホーム
3. 障害者支援施設
4. 老人福祉施設・老人保健施設
5. 一般病院
6. 精神科病院
7. 障害児施設
8. 短期入所
9. その他 (※右に具体的に記入)

《主な照会先》  
●複数回答可

1. 本人
2. 病院
3. 家族
4. 市町村
5. 都道府県
6. 相談支援事業所
7. 他の事業所
8. その他 (※右に具体的に記入)

《入所時の身体等状況》

知的障害の程度	11	12	13	14	15
なし					
不明					
中度軽度	6	7	8	9	10
最重度	1	2	3	4	5
重度					

身体機能  
走れる  
歩ける  
歩行障害  
座れる  
寝たきり

《入所前の利用サービス》 ●複数回答可

1. 居宅介護
2. 行動援護
3. 療養介護
4. 就労移行・継続
5. 重度訪問介護
6. 生活介護
7. 同行援護
8. 短期入所 (ショートステイ)
9. 自立訓練
10. 共同生活援助 (グループホーム)
11. なし
12. その他 (※右に具体的に記入)

V. 平成27年4月から平成28年3月までに、退所した方についてご記入ください（死亡退所を含む）。

V. 該当者なし

性別	退所時の年齢	退所時の障害 支援区分※	入所 期間	所持 手帳	退所 理由	退所後の居住の場 No		移行に向けて の準備期間		退所理由 No		退所支援時の 関係機関	入所期間中の成年後 見制度の利用の有無
						No	その他（記述）	No	その他（記述）	No	その他（記述）		
1 男・女					死亡・他								有・無
2 男・女					死亡・他								有・無
3 男・女					死亡・他								有・無
4 男・女					死亡・他								有・無
5 男・女					死亡・他								有・無
6 男・女					死亡・他								有・無
7 男・女					死亡・他								有・無
8 男・女					死亡・他								有・無
9 男・女					死亡・他								有・無
10 男・女					死亡・他								有・無

※平成26年3月31日までは「障害程度区分」となります。

下記の基準を参照いただき、該当する番号をご記入ください

《所持手帳》	《退所後の居住の場》	《移行に向けての準備期間》	《退所理由》	《退所支援時の関係機関》
●複数回答可 1. 身体障害者手帳 2. 療育手帳 (みどりの手帳、 愛の手帳) 3. 精神障害者保健 福祉手帳 4. なし 5. 分からない	1. 家庭(単身を含む) 2. 障害者グループホーム (同一法人) 3. 障害者グループホーム (他法人) 4. 障害者支援施設 5. 老人福祉施設・老人保健施設 6. 一般病院 7. 精神科病院 8. その他 (※右に具体的記入)	1. 半年未満 2. 約半年～1年 3. 約1年～3年 4. 約3年以上 5. 不明	●複数回答可 1. 本人の希望 2. 年齢 3. 本人の介護度 4. 本人の傷病 5. 家族や親族の希望 6. その他 (※右に具体的記入)	●複数回答可 1. 退所先の事業所 2. 相談支援事業所 (同一法人) 3. 相談支援事業所 (他法人) 4. 地域包括支援センター 5. ケアマネジャー 6. 市町村担当者 7. 病院 8. 家族親族以外の係りなし 9. その他 (記述)

スプリンクラーの設置状況調査協力をお願い

3 7 0 0 8 6 5

謹啓 紅葉の季節、皆様におかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

群馬県高崎市寺尾町 2120-2

さて、グループホームにおきましては、平成 27 年 4 月より、障害支援区分（平成 26 年 3 月 31 日までは「障害程度区分」）4 以上の方が 8 割を超える場合に、スプリンクラーの設置が義務付けられており、早急な実態調査が必要となっております。ご多忙とは存じますが調査にご協力いただきますようお願い申し上げます。

独立行政法人

お手数ですが、返信用はがきは **11月25日（金）迄**にご投函くださいますようお願いいたします。なお、貴事業所で所有しているホームが**5 ホーム以上**の場合は、メールで回答フォームをお送り致しますので、**muraoka-m@nozomi.go.jp**までご一報下さい。

国立重度知的障害者総合施設

また、**事業所休止・廃止**の場合は、その旨を記入し、ご返信ください。

のぞみの園 研究部研究課 行

謹白

※本調査は、平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金事業「障害者福祉施設およびグループホーム利用者の実態把握、利用のあり方に関する研究」の一環で行うものです。

（本件に関するお問い合わせ先）

独立行政法人  
国立重度知的障害者総合施設のぞみの園  
研究部研究課 志賀 古屋 信原 村岡

〒370-0865 群馬県高崎市寺尾町 2120-2  
☎ 027-320-1450 FAX 027-320-1391  
E-mail muraoka-m@nozomi.go.jp

スプリンクラーの設置状況調査 事業所 No

【宛名欄】

1. 平成 28 年 10 月 1 日現在の貴事業所で所有しているホームについて教えて下さい。なお、貴事業所で所有しているホームが**5 ホーム以上**の場合は、メールで回答フォームをお送り致しますので、**muraoka-m@nozomi.go.jp**までご一報下さい。

ホーム No	物件	住宅形式
1	賃貸・所有	集合（アパート形式）・単独（戸建て形式）
2	賃貸・所有	集合（アパート形式）・単独（戸建て形式）
3	賃貸・所有	集合（アパート形式）・単独（戸建て形式）
4	賃貸・所有	集合（アパート形式）・単独（戸建て形式）
5	賃貸・所有	集合（アパート形式）・単独（戸建て形式）

情報保護シールの位置

2. スプリンクラーは設置されていますか。ホーム No 毎にご記入下さい。

ホーム No	設置済み	H30.3 迄に設置予定	H30.4 以降に設置予定	設置しない予定
1				
2				
3				
4				
5				

「H30.4 以降に設置」「設置しない」理由を教えてください。

※実績に関する回答を隠すのにお使いください。

（ふりがな）  
ご担当者名

TEL

## スプリンクラーの設置状況調査 2次調査ご協力をお願い

謹啓 初春の候、皆様におかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、先日はご多忙の中、グループホームのスプリンクラーの設置状況調査にご協力いただき誠にありがとうございます。お陰様で 6 割弱の事業所からご回答をいただくことができました。速報値ではありますが、結果を同封いたします。

今回の往復はがき調査では、「設置義務がない」ホームが多く確認された一方で、設置義務ホーム数を正確に把握することが難しく、併せて、設置義務があるものの何らかの理由で設置が困難なホームがどれくらいあるのか、十分把握できませんでした。また、そういったホームにおいて経過措置期間が終了となる平成 30 年 4 月以降にどのような形で運営等をされていくのか、これらをより詳細に把握することで、グループホームのスプリンクラー設置の今後のあり方について、厚生労働省始め、関係機関等に検討していただく際の大変重要な資料となると考えております。

つきましては、ご多忙な時期とは存じますが、**2 次調査票に回答をご記入後同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、2017 年 2 月 14 日（火）までにご投函**いただければ幸いです。ご協力の程よろしくお願ひ申し上げます。

謹白

※本調査は、平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金事業「障害者福祉施設およびグループホーム利用者の実態把握、利用のあり方に関する研究」の一環で行うものです。

### 記

1. スプリンクラーの設置状況調査 2次調査ご協力のお願ひ 1枚
2. 2次調査票 1枚
3. 返信用封筒（水色）1枚
4. 1次調査結果速報 1枚

（本件に関するお問い合わせ先）

独立行政法人  
国立重度知的障害者総合施設のぞみの園  
研究部研究課 志賀 古屋 信原 村岡

〒370-0865 群馬県高崎市寺尾町 2120-2  
☎ 027-320-1450 FAX 027-320-1391

## スプリンクラーの設置状況調査 2次調査票

1. 貴事業所で運営しているグループホームの数  ホーム

2017年1月31日時点で、障害支援区分4以上の利用者が8割のホームの有無  
有り ・ 無し ⇒ 「無し」の場合は調査終了となります

「有り」とお答えの方は、障害支援区分4以上の利用者が8割のホームの数  
 ホーム

2. 「有り」の場合、以下の問いにお答え下さい。

平成30年3月でスプリンクラーの設置に係る経過措置期間が終了となりますが、平成30年4月以降、スプリンクラーの設置予定の有無とホーム数をお教え下さい。

設置予定有り  ホーム

設置予定無し  ホーム ★

3. 「設置予定無し」の場合、以下の①と②の問いにお答え下さい。

① スプリンクラー設備の設置義務がない理由を選びホーム数をご記入下さい

<input type="checkbox"/> 床面積が100㎡以下であって、なおかつグループホームの各住戸（居室）が準耐火構造の壁等で区画されている等の要件を満たす	ホーム
<input type="checkbox"/> 各自治体の消防本部の判断により設置義務なしと判断されている	ホーム
合計 a	ホーム

② 現時点でスプリンクラー設備の設置義務がある場合、設置しない理由を選びでホーム数をご記入下さい。

<input type="checkbox"/> スプリンクラー設備を設置するための費用を負担できない	ホーム
<input type="checkbox"/> 家主等の物件管理者の同意を得られないためスプリンクラー設備を設置できない	ホーム
<input type="checkbox"/> 入居する利用者の移動等により、障害支援区分4以上の利用者を8割未満に調整予定	ホーム
<input type="checkbox"/> 他の物件に移転予定	ホーム
<input type="checkbox"/> 廃業又は休業予定	ホーム
<input type="checkbox"/> その他( )	ホーム
合計 b	ホーム
★合計 a + 合計 b	ホーム

★「設置予定無しホーム数 = 合計 a + 合計 b」となっているか確認をお願いします。



サポート 福祉セミナー第1回：悴田寮長

						軽度 (51~70)
						中度 (36~50)
5人		1人				重度 (21~35)
6人					2人	最重度 (~20)
2人		1人			1人	測定不能
戸外歩行 可	室内歩行 可	室内移動 可	座位保持 可	寝返り 可	寝返り 不可	知能指数 (IQ) 運動機能

こすもす寮 (n=18人)

サポート 福祉セミナー第2回：小島寮長

						軽度 (51~70)
	1人					中度 (36~50)
4人		1人				重度 (21~35)
2人		3人				最重度 (~20)
6人		2人				測定不能
戸外歩行 可	室内歩行 可	室内移動 可	座位保持 可	寝返り 可	寝返り 不可	知能指数 (IQ) 運動機能

もくれん寮 (n=19人)

サポート 福祉セミナー第3回：織茂寮長

						軽度 (51~70)
					2人	中度 (36~50)
					3人	重度 (21~35)
					4人	最重度 (~20)
					13人	測定不能
戸外歩行 可	室内歩行 可	室内移動 可	座位保持 可	寝返り 可	寝返り 不可	知能指数 (IQ) 運動機能

あかしあ寮 (n=22人)