

令和4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）

「障害者総合支援法の見直しを踏まえた、地域で暮らす障害者の地域生活支援の効果的な支援方法及び評価方法についての研究」へのご協力をお願い

この調査は、病院や施設等から地域生活へ移行した経験をもつ障害者の日常生活と利用サービスの状況を把握し、効果的な支援や評価方法を見出す目的で実施するものです。日本相談支援専門員協会や日本精神保健福祉士協会のご紹介を受けてご協力について予めご了承を得られた相談支援専門員の方へお送りしていますが、調査票の提出前までは協力を取り消すことができます。なお、調査への協力をしなくてもみなさまが不利益を受けることはありません。

みなさまが計画相談を担当されている利用者の生活状況、障害の状態や利用しているサービス内容などをお聞きしますので、質問項目にそってご回答をお願いいたします。

【調査票と回答方法について】

本調査は、A：事業所及び支援者に関する調査、B：ご利用者様の個票、C：地域で生活するみなさま（調査趣旨を理解でき、回答が可能な方）への調査、の3種類です。

■A（白色）：本調査にご協力いただく支援者の方（調査票を受け取られた方）に回答をお願いいたします。

■BとC：各4名分同封しています。色は、桃、青、緑、黄でセットになっています。BとCを同じ色で管理し、同一人物となるようにお願いいたします。

■B：Aを回答した方が、支援計画を立案している利用者様の個票として回答してください。利用者様を選定する要件は、調査趣旨を理解してご自身の意向を回答できる方とし、以下の2つとも満たすことです。

- ア. 地域で生活している方（グループホームやサービス付き高齢者住宅の入居者は可、訓練施設や介護施設の入所者は除く）
- イ. 精神科病院や障害者支援施設、訓練事業所やグループホーム等から地域での生活に移行した方  
※障害福祉サービスである「地域移行支援」の利用の有無は問いません。

上限4名とし、身体障害、知的障害、精神障害、その他（発達障害・高次脳機能障害・難病）の各障害種別から、できるだけまんべんなく選んでください。難しい場合は、特定の障害種別のみで構いません。また、候補者のうち、地域生活を開始してから月日の短い人を選んでください。

質問の15は、WHODAS2.0という評価尺度を使用します。回答方法について追加の説明が必要な場合は右記を参照してください。

<https://youtu.be/LO4ZDczNqhI>



※動画では新型コロナウイルス感染症の影響を加味し「コロナ禍前」の回答に関する説明をしている箇所（15分頃、21分頃）がありますが、今年度の調査ではこの項目はありませんのでご放念ください。

■C：Bの個票で選定された利用者様ご本人に回答をお願いしてください。

支援者のみなさまより調査趣旨をご説明のうえ、回答をご依頼いただきますようお願いいたします。その際、協力しなくても不利益は一切受けないことを十分にご説明ください。なお、回答にあたり必要な場合は、代筆等のサポートをお願いいたします。



### 【倫理的配慮等について】

いずれの調査票にもお名前を書く必要はありません。ご回答いただいた内容は、個人が特定されないように取り扱い、個人情報を外部には漏らしません。返送いただいた調査票は、鍵をかけて保存するなど、管理をしっかりとすることをお約束します。また、研究終了から5年経過後速やかにすべて適切な方法で廃棄処分します。

調査結果は統計的にまとめ、研究のための補助金をいただいている厚生労働省に報告書として提出します。また、論文を作成することがありますが、公表の際にみなさまの個人情報を記載することは一切ありません。本調査の実施にあたり、聖学院大学研究倫理委員会における審査によって承認を得ております（承認番号 2022-17b）。

### 【返送先等及び回答期日について】

調査票の発送及び返送の受付、入力については、委託先との間で情報保護を記載した契約書を交わしており、業務終了後は委託先において速やかにデータの削除を行います。

委託先：166-0015 東京都杉並区成田東 5 - 35 - 15 The Plaza F 2階  
株式会社コモン計画研究所

また、調査は、**2023年1月15日（日）**までにご回答いただきたく存じます。

### 【調査協力へのお礼について】

本調査へのご協力のお礼として、相談支援専門員のみなさまへクオカード 5000 円分（当事者2名様以上の場合、1名につき追加 3000 円分ずつ）、障害当事者のみなさまへクオカード 1000 円分を後日送付させていただきます。

相談支援専門員のみなさまは「別紙 謝礼受領希望書（支援者様用）」にご記入をお願いいたします。また、大変お手数ですが、本調査のC票にご協力くださったご本人様に意向をご確認のうえ、希望される方には「別紙 ご利用者様用」にご記入をお願いし、調査票と一緒にご返送ください。

ご回答には、大変お手数をおかけいたしますが、何卒ご協力くださいますようお願いいたします。

問合せ先：

研究代表者 田村 綾子（聖学院大学心理福祉学部教授）

電話：048-780-1867（研究室直通）

E-mail: a\_tamura@seigakuin-univ.ac.jp

（出来る限りメールでのお問合せをお願いします）

### 【追跡調査（令和5年度）への協力のお願い】

今回ご回答いただく利用者様を対象として、支援内容や欲求充足の状態等に関する追跡調査を1年後に実施させていただきたいと考えております。ご協力の可否につきまして、「別紙 謝礼受領希望書（支援者様用）」の該当欄にチェックを入れていただきますようよろしくお願いいたします。

## A 票：事業所及び支援者に関する調査

### ■あなたが所属する事業所について教えてください。

#### 1. あなたが所属する事業所の所在地（都道府県）を教えてください。（1つに○）

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 1. 北海道   | 17. 石川県  | 33. 岡山県  |
| 2. 青森県   | 18. 福井県  | 34. 広島県  |
| 3. 岩手県   | 19. 山梨県  | 35. 山口県  |
| 4. 宮城県   | 20. 長野県  | 36. 徳島県  |
| 5. 秋田県   | 21. 岐阜県  | 37. 香川県  |
| 6. 山形県   | 22. 静岡県  | 38. 愛媛県  |
| 7. 福島県   | 23. 愛知県  | 39. 高知県  |
| 8. 茨城県   | 24. 三重県  | 40. 福岡県  |
| 9. 栃木県   | 25. 滋賀県  | 41. 佐賀県  |
| 10. 群馬県  | 26. 京都府  | 42. 長崎県  |
| 11. 埼玉県  | 27. 大阪府  | 43. 熊本県  |
| 12. 千葉県  | 28. 兵庫県  | 44. 大分県  |
| 13. 東京都  | 29. 奈良県  | 45. 宮崎県  |
| 14. 神奈川県 | 30. 和歌山県 | 46. 鹿児島県 |
| 15. 新潟県  | 31. 鳥取県  | 47. 沖縄県  |
| 16. 富山県  | 32. 島根県  |          |

#### 2. あなたが所属する事業所が指定、もしくは委託を受けている事業を教えてください。 （あてはまるもの全てに○）

- |                   |
|-------------------|
| 1. 特定相談支援（計画相談支援） |
| 2. 一般相談支援（地域相談支援） |
| 3. 障害児相談支援        |
| 4. 基幹相談支援センター     |
| 5. 障害者相談支援事業      |
| 6. 居宅介護支援         |
| 7. いずれにも当てはまらない   |

※ 「いずれにも当てはまらない」方は、ここから先にお答えいただく必要はありません。  
このまま回答を終えて、本調査票を返送してください。B票、C票につきましては、  
お手数ですが廃棄をお願いいたします。

■あなたご自身のことを教えてください。

3. あなたの年齢について教えてください。(1つに○)

- |        |        |
|--------|--------|
| 1. 20代 | 5. 60代 |
| 2. 30代 | 6. 70代 |
| 3. 40代 | 7. 80代 |
| 4. 50代 |        |

4. あなたが所持する資格について教えてください。(あてはまるもの全てに○)

- |             |               |
|-------------|---------------|
| 1. 社会福祉士    | 9. 理学療法士      |
| 2. 介護福祉士    | 10. 言語聴覚士     |
| 3. 精神保健福祉士  | 11. 視能訓練士     |
| 4. 相談支援専門員  | 12. 管理栄養士・栄養士 |
| 5. 介護支援専門員  | 13. 歯科衛生士     |
| 6. 看護師・准看護師 | 14. 公認心理士     |
| 7. 保健師      | 15. その他       |
| 8. 作業療法士    | (具体的に )       |

5. あなたの計画作成※の経験年数を教えてください。(数値を記入)

( ) 年

※ここでの計画とは、サービス等利用計画、障害児支援利用計画、居宅サービス計画、介護予防サービス・支援計画のことを言います。複数の計画作成の経験がある場合には、その経験年数を通算して記入してください。

6. あなたが現在、計画作成を担当する利用者の実人数を教えてください。(数値を記入)

( ) 人

A票の質問は以上です。引き続き、**B票**・**C票**へのご協力をお願いいたします。

**B票**：Aを回答した方が、支援計画を立案している利用者様の個票として回答してください。

**C票**：Bの個票で選定された利用者様ご本人に回答をお願いしてください。

## B 票 : ご利用者様の個票

1. あなたが本票の対象となる利用者の支援を始めてからの期間について教えてください。(1つに○)

- |             |              |
|-------------|--------------|
| 1. 1年未満     | 3. 5年以上10年未満 |
| 2. 1年以上5年未満 | 4. 10年以上     |

2. 利用者の年齢について教えてください。(1つに○)

- |        |        |          |
|--------|--------|----------|
| 1. 10代 | 4. 40代 | 7. 70代   |
| 2. 20代 | 5. 50代 | 8. 80代以上 |
| 3. 30代 | 6. 60代 |          |

3. 利用者の性別について教えてください。(1つに○)

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. 女性 | 2. 男性 | 3. どちらでもない |
|-------|-------|------------|

4. 利用者の障害種別などについて教えてください。(あてはまるもの全てに○)

- |              |                 |   |
|--------------|-----------------|---|
| 1. 身体障害      | → 障害の部位を教えてください | 1. 視覚<br>2. 聴覚<br>3. 肢体不自由<br>4. 内部<br>5. その他 |
| 2. 知的障害      | (あてはまるもの全てに○)   |   |
| 3. 精神障害      |                 |   |
| 4. 発達障害      |                 |   |
| 5. 難病        |                 |   |
| 6. 高次脳機能障害   |                 |   |
| 7. その他 (具体的に |                 |   |

5. 利用者の所持する手帳や難病指定の有無について教えてください。

(あてはまるもの全てに○)

- |                |
|----------------|
| 1. 身体障害者手帳     |
| 2. 療育手帳 (愛の手帳) |
| 3. 精神障害者保健福祉手帳 |
| 4. 指定難病        |
| 5. いずれもない      |

6. 利用者の（１）障害支援区分認定、（２）要介護（要支援）認定について教えてください。

（１）障害支援区分認定（１つに○）

<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 非該当</li> <li>2. 区分 1</li> <li>3. 区分 2</li> <li>4. 区分 3</li> <li>5. 区分 4</li> <li>6. 区分 5</li> <li>7. 区分 6</li> <li>8. 障害支援区分の認定を受けていない</li> </ul>	}	障害支援区分の認定を受けている
---	---	-----------------

（２）要介護（要支援）認定（１つに○）

<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 非該当</li> <li>2. 要支援 1</li> <li>3. 要支援 2</li> <li>4. 要介護 1</li> <li>5. 要介護 2</li> <li>6. 要介護 3</li> <li>7. 要介護 4</li> <li>8. 要介護 5</li> <li>9. 要支援・要介護認定を受けていない</li> </ul>	}	要支援・要介護認定を受けている
---	---	-----------------

7. 利用者は、退院・退所するために、障害福祉サービスである地域移行支援事業を利用しましたか。（１つに○）

<ul style="list-style-type: none"> <li>1. はい</li> <li>2. いいえ</li> <li>3. 不明</li> </ul>	貴事業所が支援しましたか →	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. はい</li> <li>2. いいえ （１つに○）</li> </ul>
--	-------------------	--

8. 利用者が現在居住している場所について教えてください。（１つに○）

<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 自宅</li> <li>2. グループホーム（共同生活援助）</li> <li>3. サービス付き高齢者向け住宅</li> <li>4. 福祉ホーム</li> <li>5. その他（具体的に</li> </ul>	)
--	---

## 9. 利用者の現在の居住形態について教えてください。(1つに○)

- |              |   |
|--------------|---|
| 1. 単身        |   |
| 2. 家族と同居     |   |
| 3. 家族以外の人と同居 |   |
| 4. その他 (具体的に | ) |

同居している人を  
教えてください。  
(あてはまるもの全てに○)

- |                |          |
|----------------|----------|
| 1. 配偶者 (非婚も含む) | 4. 母親    |
| 2. 子ども         | 5. きょうだい |
| 3. 父親          | 6. その他   |
|                | (具体的に    |
|                | )        |

## 10. 利用者が退院・退所してから現在までの年数を教えてください。(数値を記入)

退院・退所して ( )年

## 11. 地域移行 (病院や障害者支援施設、グループホーム等から地域での生活へ移行) する直前の居場所について教えてください。(1つに○)

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| 1. 共同生活援助 (グループホーム) を利用       |   |
| 2. 宿泊型自立訓練を利用                 |   |
| 3. 障害者支援施設に入所                 |   |
| 4. 高齢者施設 (特養・老健・養護老人ホーム等) に入所 |   |
| 5. 生活保護施設 (救護施設、更生施設等) に入所    |   |
| 6. 精神科病院に入院                   |   |
| 7. 精神科病院以外の病院に入院              |   |
| 8. 不明                         |   |
| 9. その他 (具体的に                  | ) |

## 12. 利用者の収入源について教えてください。(あてはまるもの全てに○)

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1. 就労による収入 | 5. 特別障害給付金  |
| 2. 障害年金    | 6. 生活保護     |
| 3. 老齢年金    | 7. 家族等からの援助 |
| 4. 遺族年金    | 8. その他      |
|            | (具体的に       |
|            | )           |

## 13. 利用者のサービス利用について教えてください。

(1) 現在利用している制度・サービスについて教えてください。(あてはまるもの全てに○)

## ■障害福祉サービス等（障害者総合支援法に基づくサービス）

- |                         |                    |
|-------------------------|--------------------|
| 1. 居宅介護                 | 11. 自立訓練（機能訓練）     |
| 2. 重度訪問介護               | 12. 自立訓練（生活訓練）     |
| 3. 同行援護                 | 13. 就労移行支援         |
| 4. 行動援護                 | 14. 就労継続支援（A型）     |
| 5. 重度障害者等包括支援           | 15. 就労継続支援（B型）     |
| 6. 短期入所                 | 16. 就労定着支援         |
| 7. 療養介護                 | 17. 計画相談支援         |
| 8. 生活介護                 | 18. 地域定着支援         |
| 9. 自立生活援助               | 19. 地域活動支援センター     |
| 10. 共同生活援助<br>（グループホーム） | 20. その他<br>（具体的に ) |

## ■介護サービス等（介護保険法に基づくサービス） ※介護予防（予防給付）を含む

- |                 |  |
|-----------------|--|
| 21. 訪問介護        | 33. 夜間対応型訪問介護                            |
| 22. 訪問入浴介護      | 34. 認知症対応型通所介護                           |
| 23. 訪問看護        | 35. 小規模多機能型居宅介護（短期利用型を含む）                |
| 24. 訪問リハビリテーション | 36. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                     |
| 25. 通所介護        | 37. 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）<br>（短期利用型を含む） |
| 26. 通所リハビリテーション | 38. 認知症対応型共同生活介護（短期利用型を含む）               |
| 27. 短期入所生活介護    | 39. 居宅介護支援・介護予防支援                        |
| 28. 短期入所療養介護    | 40. その他<br>（具体的に )                       |
| 29. 居宅療養管理指導    |  |
| 30. 福祉用具貸与      |  |
| 31. 特定福祉用具販売    |  |
| 32. 住宅改修        |  |

## ■医療サービス等（医療保険制度に基づくサービス）

- |                  |  |
|------------------|--|
| 41. 精神科ショートケア    | 45. 訪問看護                                 |
| 42. 精神科デイ・ケア     | 46. 精神科訪問看護                              |
| 43. 精神科ナイト・ケア    | 47. 精神科在宅患者支援管理（精神科訪問診療）<br>（オンライン診療を含む） |
| 44. 精神科デイ・ナイト・ケア | 48. 在宅療養継続支援加算                           |

## 14. 利用者の就労の有無を教えてください。(1つに○)

- |  |
|--|
| 1. 一般就労 (フルタイム)<br>2. 一般就労 (パート・アルバイト)<br>3. 職業訓練中・就労準備中 (就労移行支援の利用を含む・ <u>就労継続支援の利用を除く</u> )<br>4. 就労していない (職業訓練中・就労準備中を除く)<br>5. その他 |
|--|

## 15. 過去1か月間の利用者の【ア】～【オ】の「活動のむずかしさ」について、それぞれあてはまるもの1つに○をつけてください。

※必要に応じて利用者様に確認したうえでご回答ください。

※状態に波がある場合は、よい時と悪い時を平均して評価します。

※日常的に支援が入っている場合は、支援を受けている状態を想定して評価します。

質 問	1 な全 しなく 問題	2 あり 少し 問題	3 いく 問題 あり らかの	4 ひ 問題 あり どく	5 全 でき ない 何も	6 該 当 なし
<b>【ア】 10分間何かをすることに集中する</b> ・何かに気をとられていたり気が散る環境ではない通常の状態、何か(仕事、読書、描画、書き物、演奏、創作活動など)をするときに10分程度集中できるかどうか。	1	2	3	4	5	6
<b>【イ】 新しいことを学ぶ</b> ・例：新しい道順を覚える、新しい作業手順や道具の使い方等の学習等がどのくらい難しかったか。	1	2	3	4	5	6
<b>【ウ】 30分間程度の長い時間を立っていられる</b> ・補助具を使えば問題なく立っていられる場合は「1」(全く難しくない)。	1	2	3	4	5	6
<b>【エ】 家の外に出る(最近30日間)</b> ・コロナ感染を避けるために、外出自粛しており、最近1カ月は外出していない場合は「6」(該当なし)。	1	2	3	4	5	6
<b>【オ】 全身を洗う</b> ・ひとりでは入浴できないが、ヘルパーの介助で入浴でき、全身を洗うことに支障がない場合は「1」(全く難しくない)。 ・日常的に支援が入っていない場合は、本人が困難を感じる程度に応じて評価する。	1	2	3	4	5	6

質 問	1 な 全 く 問 題	2 あ り 少 し 問 題	3 い く ら か の 問 題 あ り	4 ひ ど く 問 題 あ り	5 全 く 何 も で き な い	6 該 当 な し
<p><b>【カ】 自分で服を着る</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・上下すべての着衣を想定。</li> <li>・衣類の保管場所から出す・ボタン掛け・紐を結ぶなどができるかどうか。</li> </ul> <p>※ボタンをとめられず、ボタンのある衣服はもってないため着衣に支障がない場合は「1」（全く難しくない）。</p>	1	2	3	4	5	6
<p><b>【キ】 知らない人とやりとりする</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・さまざまな状況の、知らない人（例：コンビニの店員、病院の受付、新聞代の集金、宅配便の配達員など）との対応、知らない人からの電話やメールへの対応などを含めた評価。</li> </ul>	1	2	3	4	5	6
<p><b>【ク】 友人関係を維持する</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・連絡をとりあう・活動を一緒にするなど、友人とのつきあいの維持。</li> <li>・1カ月間、連絡していない場合、それが健康状態や障害によるもの（例：気分が落ち込み、誰ともかかわりたくなかった、等）であれば「5」（できない）、</li> <li>・健康状態や障害によるものではなく、1カ月間程度連絡をとらないことは普通にあり、友人関係は維持されている場合は「1」（全く難しくない）となる。</li> <li>・友人がいない場合は「5」。</li> </ul>	1	2	3	4	5	6
<p><b>【ケ】 家の中で与えられている役割を行う</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族同居で食器洗いや洗濯が本人の役割の場合、それを行うのはどの程度難しいかを評価。</li> <li>・単身の場合、生活を維持するための活動全般を想定する。</li> </ul> <p>※「役割」は、体を動かすものに限らず、情緒的、心理、財政的役割（例：家族の話を聴く・元気づけ・子のしつけ・家計管理等）も含む。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族や支援者のサポートで問題なく遂行できている場合は「1」。</li> </ul>	1	2	3	4	5	6
<p><b>【コ】 他の人と同じに地域活動に参加する（最近30日間）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の行事や会合、レジャーやスポーツなどに参加することがどの程度難しいかを評価する。</li> <li>・本人の要因のみでなく、例えば、バリアフリーではないため参加できないといった外的な要因も考慮する。</li> <li>・コロナ感染対策のため、活動が開催されない/出席自粛などで最近1カ月は活動していない場合は、「6」（該当なし）。</li> </ul>	1	2	3	4	5	6

質問は以上です。  
ご協力ありがとうございました。

# C 票：地域で生活するみなさまへの調査

厚生労働科学研究へのご協力のお願い

この調査は、障害のある方の生活や利用サービスについて調べ、より良い支援や評価方法を考えるために行うものです。そこで、みなさまの生活やお気持ちなどをお聞きし、支援者にはみなさまの障害の程度や利用しているサービスなどについてお聞きします。

用紙にはお名前を書く必要はありません。いただいたご回答は、どなたが書いたかわからないようにまとめます。回答用紙は、カギをかけて保存するなど、管理をしっかりとすることをお約束します。また、研究が終わって5年たったらすべて正しい方法で処分します。

調査結果はまとめて、研究のための補助金をいただいている厚生労働省に報告します。また、調査結果をふまえて論文を作成することがありますが、みなさまの個人情報を書きません。

これらのことをご理解のうえご協力くださいますようお願いいたします。

協力したくないときは、断ってかまいません。協力を断っても不利益を受けることはいっさいありません。答えたくない質問には答えなくてかまいません。

## 1. 地域生活について教えてください。

(1) 現在のところでの地域生活に移行して、だいたい何年たちましたか。(1つに○)

1. 1年未満
2. 1～3年くらい
3. 4～6年くらい
4. 7～9年くらい
5. 10年以上

(2) 病院や施設から、地域での生活に移って良かったと思いますか。(1つに○)

1. とっても良かった
2. どちらかといえば良かった
3. どちらともいえない
4. どちらかといえば良くなかった
5. 全然良くなかった

(3) 病院や施設から出て、良いと思うことや、大変だと感じていることについて教えてください。

良い/良かったこと：
大変なこと/大変だったこと：

2. あなたの普段の生活についてお聞きします。【ア】～【ツ】について、それぞれもっとも近い番号1つに○をしてください。

質問項目	評価点
【ア】 家族・親戚と話をする機会はどのくらいありますか。	1. ほぼ毎日 2. 週2度位 3. 週1度位 4. 月1度以下
【イ】 家族・親戚以外の方と話をする機会はどのくらいありますか。	1. ほぼ毎日 2. 週2度位 3. 週1度位 4. 月1度以下
【ウ】 誰かが訪ねてきたり訪ねて行ったりする機会はどのくらいありますか。	1. ほぼ毎日 2. 週1度位 3. 月1度位 4. 3カ月に1度以下
【エ】 地区会、センター、公民館活動などに参加する機会はどのくらいありますか。	1. ほぼ毎日 2. 週1度位 3. 月1度位 4. 3カ月に1度以下
【オ】 テレビを見ますか。	1. ほぼ毎日 2. 週2度位 3. 週1度位 4. ほとんど見ない

質問項目	評価点
【カ】新聞を読みますか。	1. ほぼ毎日 2. 週2度位 3. 週1度位 4. ほとんど読まない
【キ】本・雑誌を読みますか。	1. ほぼ毎日 2. 週2度位 3. 週1度位 4. ほとんど読まない
【ク】 <sup>しよくぎやう</sup> 職業や家事など何か決まった <sup>やくわり</sup> 役割がありますか。	1. いつもある 2. 時々 3. たまに 4. 特にない
【ケ】困った時に相談にのってくれる方がいますか。	1. いつもいる 2. 時々 3. たまに 4. 特にいない
【コ】 <sup>きんきゆうじ</sup> 緊急時に手助けをしてくれる方がいますか。	1. いつもいる 2. 時々 3. たまに 4. 特にいない
【サ】近所づきあいはどの程度しますか。	1. 手助けを頼む 2. 立ち話程度 3. 挨拶程度 4. ほとんどしない
【シ】 <sup>しゆみ</sup> 趣味などを楽しむ方ですか。	1. とても 2. まあまあ 3. あまり 4. 特に趣味はない
【ス】インターネットやスマートフォン、 <sup>けいたいでんわ</sup> 携帯電話など <sup>べんり</sup> 便利な <sup>どうぐ</sup> 道具を利用する方ですか。	1. とても 2. まあまあ 3. あまり 4. 利用しない
【セ】 <sup>けんこう</sup> 健康には <sup>くば</sup> 気を配る方ですか。	1. とても 2. まあまあ 3. あまり 4. 配らない

質問項目	評価点
【ソ】生活は規則的 <small>きそくてき</small> ですか。	1. とても 2. まあまあ 3. あまり 4. 不規則 <small>ふそく</small> ぎみ
【タ】生活の仕方 <small>しかた</small> を自分なりに工夫 <small>くふう</small> していますか。	1. とても 2. まあまあ 3. あまり 4. 工夫 <small>くふう</small> しない
【チ】物事 <small>ものごと</small> に積極的 <small>せっきよくてき</small> に取り組む方ですか。	1. とても 2. まあまあ 3. あまり 4. 取り組ま <small>と</small> ない
【ツ】自分は社会に何か役に立つことができると思 <small>おも</small> いますか。	1. とても 2. まあまあ 3. あまり 4. 役立 <small>やくた</small> たない

### 3. 【欲求よっきゅうの充足じゅうそくに関する質問について】

欲求について、障害福祉サービスを利用することによって満たされているかどうかをおききします。以下の【ア】～【ヒ】の質問について、それぞれ一番あてはまる番号1つに○をしてください。

障害福祉サービスによってではなく、ご自身の力やご家族によって満たされていると思われる場合は「5」を選んでください。

質 問		1 満 <small>み</small> た <small>た</small> さ <small>さ</small> れ <small>れ</small> て <small>て</small> い <small>い</small> る	2 やや満 <small>み</small> た <small>た</small> さ <small>さ</small> れ <small>れ</small> て <small>て</small> い <small>い</small> る	3 あまり満 <small>み</small> た <small>た</small> さ <small>さ</small> れ <small>れ</small> て <small>て</small> い <small>い</small> ない	4 満 <small>み</small> た <small>た</small> さ <small>さ</small> れ <small>れ</small> て <small>て</small> い <small>い</small> ない	5 自力 <small>じり</small> または家族 <small>かぞ</small> によっ <small>つ</small> て満 <small>み</small> た <small>た</small> さ <small>さ</small> れ <small>れ</small> て <small>て</small> い <small>い</small> る
生理的欲求	【ア】 食べること	1	2	3	4	5
	【イ】 眠ること	1	2	3	4	5

質 問		満たされている	やや満たされている	あまり満たされていない	満たされていない	自力または家族によって満たされている
生理的欲求	【ウ】 排泄 <small>はいせつ</small> すること	1	2	3	4	5
	【エ】 性的なこと	1	2	3	4	5
	【オ】 清潔 <small>せいけつ</small> にしていること	1	2	3	4	5
	【カ】 痛みやかゆみ、苦しさなどへの対応	1	2	3	4	5
	【キ】 生きることへの意欲 <small>いよく</small>	1	2	3	4	5
安全の欲求	【ク】 現在の住む場所	1	2	3	4	5
	【ケ】 生活するためのお金	1	2	3	4	5
	【コ】 必要な医療 <small>ひつよう</small> を受けること	1	2	3	4	5
	【サ】 生活上の安全・安心	1	2	3	4	5
社会的欲求	【シ】 家族間の愛情	1	2	3	4	5
	【ス】 仲間がいること	1	2	3	4	5
	【セ】 人とのつながり	1	2	3	4	5
	【ソ】 地域の <small>いちいん</small> 一員であること	1	2	3	4	5
	【タ】 仕事・家事など自分の役割があること	1	2	3	4	5
	【チ】 「自分の居場所 <small>いばしょ</small> 」と感 <small>かん</small> じられる場があること	1	2	3	4	5
	【ツ】 寂しさ <small>さび</small> や不安 <small>かいしょう</small> を解消すること	1	2	3	4	5

質 問		満たされている	やや満たされている	あまり満たされていない	満たされていない	自力または家族によって満たされている
承認の欲求	【テ】 趣味や好きなことを通して自分を表現すること	1	2	3	4	5
	【ト】 周りの人たちから認められること	1	2	3	4	5
	【ナ】 自分に自信をもつこと	1	2	3	4	5
自己実現の欲求	【ニ】 自分らしくあること	1	2	3	4	5
	【ヌ】 達成感を味わうこと	1	2	3	4	5
	【ネ】 自分の能力や可能性を発揮すること	1	2	3	4	5
	【ノ】 自己の成長につながることに	1	2	3	4	5
自己実現を超越した欲求	【ハ】 人の役に立つこと	1	2	3	4	5
	【ヒ】 世の中を良くすること	1	2	3	4	5

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

お礼として、クオカード 1000 円分を後でお送りします。  
 受け取りを希望する方は、別紙に必要事項を書いてください。

## 別紙 謝礼受領希望書（支援者様用）

令和4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）「障害者総合支援法の見直しを踏まえた、地域で暮らす障害者の地域生活支援の効果的な支援方法及び評価方法の検討のための研究」（代表：田村綾子）への協力の謝礼として、クオカードの受け取りを希望します。

**住所とお名前は  
正確にご記入ください！**

事業所名

---

お送りいただいた利用者様の人数

名様分

---

謝礼送付先住所 〒 \_\_\_\_\_

都 道

府 県

市 町 村

---

ふりがな

謝礼を送付する支援者様のお名前 \_\_\_\_\_ 様

※来年度に追跡調査を行う予定です。ご利用様にご協力いただける場合は、ご協力くださいますよう何卒お願い申し上げます。ご了承だけでしたら、下記に口に✓（チェック）してください。

追跡調査に協力します。

【 謝礼（クオカード）については、以下のとおりとなります 】

- |                 |   |          |
|-----------------|---|----------|
| • ご利用者様 1 名様分のみ | → | 5,000 円  |
| • ご利用者様 2 名様分   | → | 8,000 円  |
| • ご利用者様 3 名様分   | → | 11,000 円 |
| • ご利用者様 4 名様分   | → | 14,000 円 |



別紙 利用者様用

ご希望される方・ご協力いただける方は、をお願いします。

★以下のは、どちらか1つでも、両方でも、どちらでもかまいません。

謝礼受領（クオカード1,000円分）を希望します

令和4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）「障害者総合支援法の見直しを踏まえた、地域で暮らす障害者の地域生活支援の効果的な支援方法及び評価方法の検討のための研究」（代表：田村綾子）への協力の謝礼として、クオカード1,000円分の受け取りを希望します。

追跡調査に協力をいたします

本調査研究は、次年度も同様の調査を計画しております。次年度も調査にご協力いただけるようでしたら、どうぞよろしくお願いたします。

「そんな先のことはわからない」「気持ちが変わってしまうかもしれない」などのご不安もあると思います。次年度そのような状況になっても、回答を強制するものではありませんのでご安心ください。

ひとりでも多くの方のお声をお聞かせいただけることが大切ですので、ご協力をいただくと幸いです。

・・・1つでもをした場合は、以下に記載をお願いいたします・・・

皆様の情報は、本研究以外では使用いたしませんのでご安心ください

〒 \_\_\_\_\_

住所とお名前は  
正しくご記入ください！

都道  
府県

市町村

ふりがな

あなたのお名前

さま