

厚生労働省 令和2年度障害者総合福祉推進事業  
介護保険施設等における障害福祉サービスの  
利用者の実態調査  
報 告 書

令和3年3月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社



<目 次>

1 事業要旨 .....	1
2 事業の目的 .....	2
3 事業概要 .....	3
4 ヒアリング調査の結果 .....	4
(1) ヒアリング調査の概要 .....	4
(2) ヒアリング結果のまとめ .....	4
5 アンケート調査の結果 .....	6
(1) 調査実施状況 .....	6
(2) 調査結果 .....	7
(3) まとめ .....	25
6 調査結果のまとめ（課題） .....	26
7 参考資料（調査票） .....	27



# 1 事業要旨

---

●本事業は、介護保険施設等に入所する高齢障害者の状況や、サービス利用の実態等を把握し、居住地特例に係る制度検討等に資する知見を得ることを目的として実施した。調査は、自治体を対象としたヒアリング調査、介護保険施設等を対象としたアンケート調査を中心として実施した。

●本事業の実施により、以下の状況が明らかになった。

- 介護保険施設等に入所している障害福祉サービスの利用者は、アンケート調査によれば9割の施設で利用者がいないと回答しており、全体として人数は少ないが、身体障害があつて「補装具（自立支援給付）」を利用するケース、視覚障害者が「同行援護」を利用しているケースなどが見られる。
- ヒアリングからは、例えば知的障害者が多い入所施設の場合、バリアフリー環境となっていないところも少なくなく、身体機能の低下に伴い、高齢者対応の設備が整っている介護保険施設等に転居するケースなどが確認された。
- 介護保険施設等に入所している障害福祉サービスの利用者の施設入所前の居住地は、施設の所在する市町村以外のケースも見られ、介護保険サービスの保険者と障害福祉サービスの支給決定自治体が異なるケースも確認された。
- 障害福祉サービスの居住地特例などについて、負担の公平性に配慮を求める意見や、多様な状況を想定したルールを具体的に示して明確化してほしいという意見等があった。

●本事業により、介護保険施設等に入所している障害福祉サービス利用者の人数や、どのような障害特性の者がどのようなサービスを利用しているのかなど、サービス利用の状態像を把握することができると考えられる。これらの情報は、居住地特例に係る制度検討等をはじめ、各種の制度検討に活用することができると考えられる。

---

【報告書の公開について】本報告書は、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社（事業実施者）の公式ホームページ（<https://www.murc.jp/>）で公開する。

## 2 事業の目的

---

- ・社会の高齢化が進む中、障害者においても高齢障害者が増え、介護保険施設等に入所する高齢障害者も増えてきているものと考えられる。介護保険施設等に入所する障害者は、障害福祉サービスと介護保険サービスの両方を利用している場合もあるものと想定され、特に、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）等では、在宅サービスの利用において、多様なパターンで利用されていると考えられる。
- ・一方、サービスの費用負担に関しては、介護保険施設等入所者の場合、介護保険サービスについては住所地特例により、施設の立地する自治体ではなく、施設入所前に居住していた自治体が負担することになっている。しかし、障害福祉サービスについては介護保険施設等が住所地特例の対象とならないため、施設の立地する自治体が負担する形となることから、制度面の見直しの検討を求められているところである。介護保険施設等（介護保険施設及び特定施設）は全国に約2万箇所あり、高齢障害者の入所者も少なくないと考えられるが、障害福祉サービスの利用状況は明確になっておらず、その実態の把握が必要となっている。
- ・本事業は、こうした観点のもと、介護保険施設等に入所する高齢障害者の状況や、サービス利用の実態等を把握し、住所地特例に係る制度検討等に資する知見を得ることを目的として実施した。

## 3 事業概要

---

### ①ヒアリング調査

- ・実態把握に関しては、介護保険施設等を対象とした調査を実施し、定量的な把握を行う必要があるが、介護保険施設等入所者の障害福祉サービス・介護保険サービス利用状況については、ほとんど明らかになっていないことから、定量調査に向けた調査項目の検討等に当たり、事前に情報収集が必要であると考えられる。
- ・そこで、自治体に対し、ヒアリング調査を実施し、介護保険施設等入所者への障害福祉サービスの支給決定の事例等を把握することで、調査項目の検討のための情報収集を行った。

#### 【ヒアリング先】

- ・自治体（4か所）：介護保険施設等入所者への障害福祉サービスの支給決定に関する情報を有する自治体に対し、サービス利用状況やサービス支給内容等に関するヒアリングを実施した。

### ②アンケート調査

- ・ヒアリングにより把握した情報等を踏まえて調査項目を検討し、定量的な実態把握を行うため、アンケートによる調査票方式で実態調査を実施した。調査対象は全国の介護保険施設等とし、調査客体数としては、5,000施設を無作為抽出した。
- ・アンケート調査は郵送により調査票を配布し、郵送またはオンラインで回答を回収した。

#### 【調査項目】

- ・入所者数およびそのうちの障害者の数
- ・入所障害者の属性、障害特性等
- ・入所障害者の前居住地
- ・入所障害者のサービス利用状況（障害福祉・介護保険）等

### ③調査結果のとりまとめ

- ・アンケート調査の集計・分析を行うとともに、調査結果を取りまとめ、介護保険施設等における高齢障害者のサービス利用実態に関する報告書を作成した。

## 4 ヒアリング調査の結果

---

### (1) ヒアリング調査の概要

4自治体からヒアリングを行った。

#### 【ヒアリング事項】

##### ○高齢障害者の介護保険施設等への入所に関する実態

- ・障害者支援施設等からの退所・転所の状況（おおよその退所人数、障害種別や障害支援区分等の特性、退所理由と行き先、うち介護保険施設等への入所者数、入所先の施設の所在地、退所時の年齢や要介護度等の特性など）
- ・高齢障害者の移動の状況（自治体への転入・転出）
- ・介護保険施設等に入所した場合における障害福祉サービスの利用状況（よく使われるサービスと利用の目的、利用頻度等）
- ・特に利用が多い施設等及び利用特性（介護保険施設、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、養護老人ホーム、該当施設の数 など） 等

##### ○課題として認識していること

- ・財政的な側面について
- ・適切なサービス利用の観点から
- ・介護保険施設等からの意見

##### ○自治体としてのニーズ（居住地特例について）、障害者総合支援法に基づく居住地特例施設に介護保険施設等を位置づけるという提案に対する所感

### (2) ヒアリング結果のまとめ

#### ■ 障害者支援施設等からの退所・転所の状況

- ・障害者支援施設から高齢者施設への転所の事例は一部のケースを除きほとんどない。

#### ■ 高齢障害者の移動の状況

- ・適当な入所先がない等のため、転出者の方が多い自治体もある一方、養護盲老人ホーム等がある自治体では転入者が多い自治体も見られた。
- ・転入者全体に占める有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅への入所者の割合が増え、転出者



では有料老人ホーム等への転居者の割合が増えている自治体もあった。

■ 介護保険施設等に入所した場合における障害福祉サービスの利用状況

- ・ 同行援護や居宅介護等の訪問系サービスや補装具の利用が多い傾向が見られた。

■ 特に利用が多い施設等と利用特性について

- ・ 介護保険施設もあるが、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅や養護老人ホームに入るケースが多い。
- ・ 利用特性として、生活保護受給者が多い。

■ 課題として認識されていること

- ・ 課題としてはあまり認識していない自治体もある一方、介護保険法では、介護保険施設等が住所地特例として規定されているが、障害者総合支援法上は、規定されていないため、市外からの転入者が多い自治体では財政負担が多いことや介護保険は別の自治体となるなど二重構造になることが課題として挙げられた。

■ 自治体としてのニーズ（居住地特例について）

以下のような意見が挙げられた。

- ・ 明確なルールがないため、どの自治体が対応するか問題になるケースがある。
- ・ 居住地特例を制度として定める必要がある。

■ 障害者総合支援法に基づく居住地特例施設に介護施設等を位置づけるという提案に対する所感

以下のような意見が挙げられた。

- ・ 適切なサービスを決定するという観点では、介護保険と障害福祉サービスの実施主体が一致しているほうが適切なサービスを考えやすい。
- ・ 国民健康保険も介護保険も、住所地特例の対象となる施設は一致しており、障害者総合支援法でも、同じ施設を対象にしたほうが、制度上の混乱はない。
- ・ 居住地特例になると、適切なサービスかを判断するための調査に当たり、遠方の場合には費用も人手も取られる。
- ・ 大学病院など、都市に集中する施設に地方の人が入ってくる際には、都市の自治体が負担をしている。地方の自治体に出ていくものについて見直しするのであれば、地方の自治体から都市に流入するケースも見直さなければ不公平では無いかという議論はある。

## 5 アンケート調査の結果

### (1) 調査実施状況

- ・高齢障害者の介護保険施設等への入所者は少なくないと考えられるが、障害福祉サービスの利用状況は明確になっていないことから、その実態を把握することを主眼に調査票を設計した。
- ・調査対象及び実施状況は以下の通りである。

#### ①調査対象

- ・介護保険の施設サービス及び特定施設入居者生活介護を提供する全国の施設を対象とし、無作為抽出により調査対象を選定した。

※対象施設：介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設の指定を受けている有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・軽費老人ホーム（ケアハウス）・養護老人ホーム

- ・調査票は施設の基本情報の設問と障害福祉サービス利用者の個別状況への設問で構成した。入所者に障害福祉サービス利用者がある施設には、該当者（障害福祉サービス利用者）全員の個別状況の回答を依頼した。

#### ②実施状況

調査期間：令和3年2月

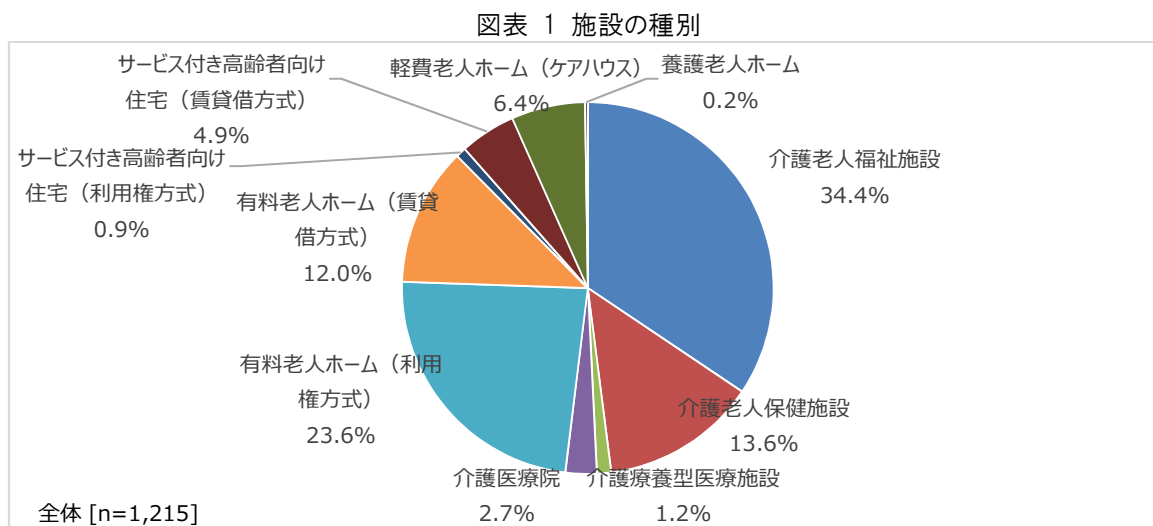
送付数（件）	回収合計（件）	未達数（件）	回収率	有効回収数（件）	有効回収率
5,000	1,411	6	28.3%	1,215	24.3%

## (2) 調査結果

### ①施設の基本情報

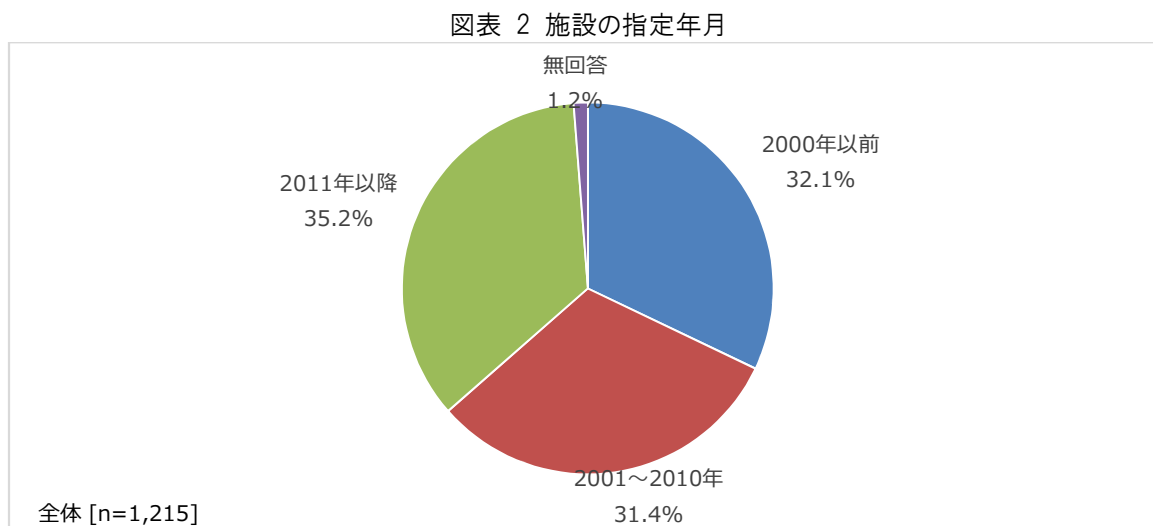
#### (7)施設の種別

回答施設の種別は、「介護老人福祉施設」が34.4%、「有料老人ホーム（利用権方式）」が23.6%、「介護老人保健施設」が13.6%、「有料老人ホーム（賃貸借方式）」が12.0%等となっている。介護老人福祉施設と有料老人ホームが多い。



#### (4)施設の指定年月

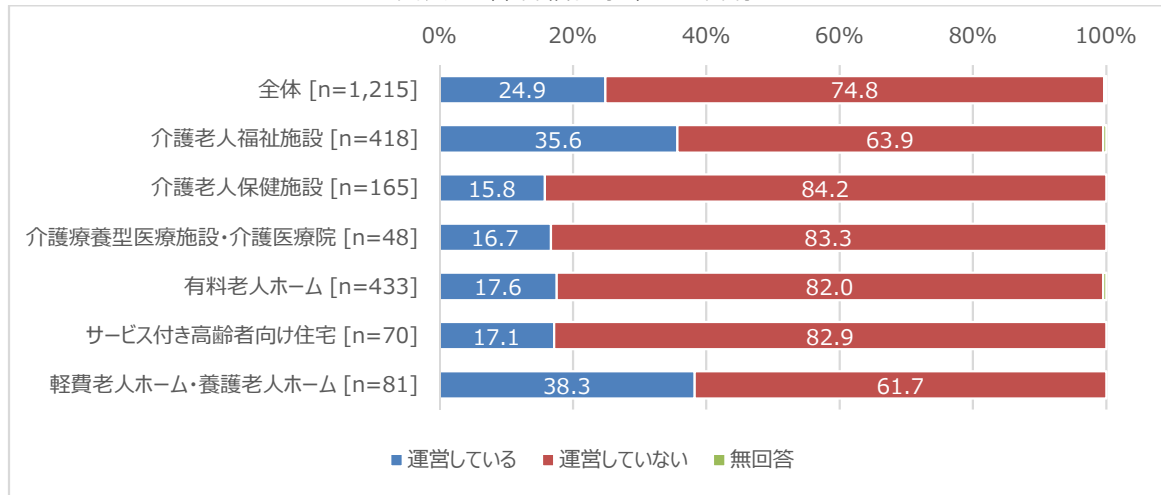
施設の指定年月を聞いたところ、「2011年以降」が35.2%、「2000年以前」が32.1%、「2001～2010年」が31.4%となっている。



(ウ) 障害福祉事業の運営有無

施設運営法人に障害福祉事業の運営の有無を聞いたところ、「運営していない」が74.8%と多くなっている。

図表 3 障害福祉事業の運営有無



(イ) 定員数・入所者数

施設の定員数は、1施設当たりの平均で65.8人となっている。入所者数は1施設当たりの平均で60.7人となっている。

図表 4 定員数

平均値 (人)	全体 [n=1,203]	介護老人福祉施設 [n=410]	介護老人保健施設 [n=162]	介護療養型医療施設・介護医療院 [n=48]	有料老人ホーム [n=432]	サービス付き高齢者向け住宅 [n=70]	軽費老人ホーム・養護老人ホーム [n=81]
定員数	65.8	72.7	91.2	48.3	58.8	43.5	46.5

図表 5 入所者数

平均値 (人)	全体 [n=1,181]	介護老人福祉施設 [n=403]	介護老人保健施設 [n=158]	介護療養型医療施設・介護医療院 [n=48]	有料老人ホーム [n=421]	サービス付き高齢者向け住宅 [n=70]	軽費老人ホーム・養護老人ホーム [n=81]
59歳以下	0.2	0.1	0.5	0.4	0.2	0.1	0.0
60～64歳	0.4	0.4	0.8	0.4	0.2	0.2	0.2
65～69歳	1.0	1.2	1.8	1.2	0.7	0.7	0.5
70～74歳	2.6	3.2	4.4	2.7	1.8	1.7	1.7
75～79歳	4.8	5.8	7.3	4.1	3.5	2.3	3.3
80～84歳	9.5	11.2	14.0	7.4	7.6	6.3	6.6
85～89歳	16.6	18.4	22.0	12.2	14.9	11.7	12.4
90歳以上	25.6	29.7	32.5	16.6	22.7	16.9	19.2
合計	60.7	70.2	83.4	44.8	51.6	40.0	43.8

(オ)手帳所持者

施設入所者の手帳所持状況は、1施設当たりの平均で、身体障害者手帳所持者が7.8人、療育手帳所持者が0.2人、精神障害者保健福祉手帳所持者が0.5人、いずれの手帳も所持しない者が31.3人、手帳所持が不明の者が20.7人となっている。

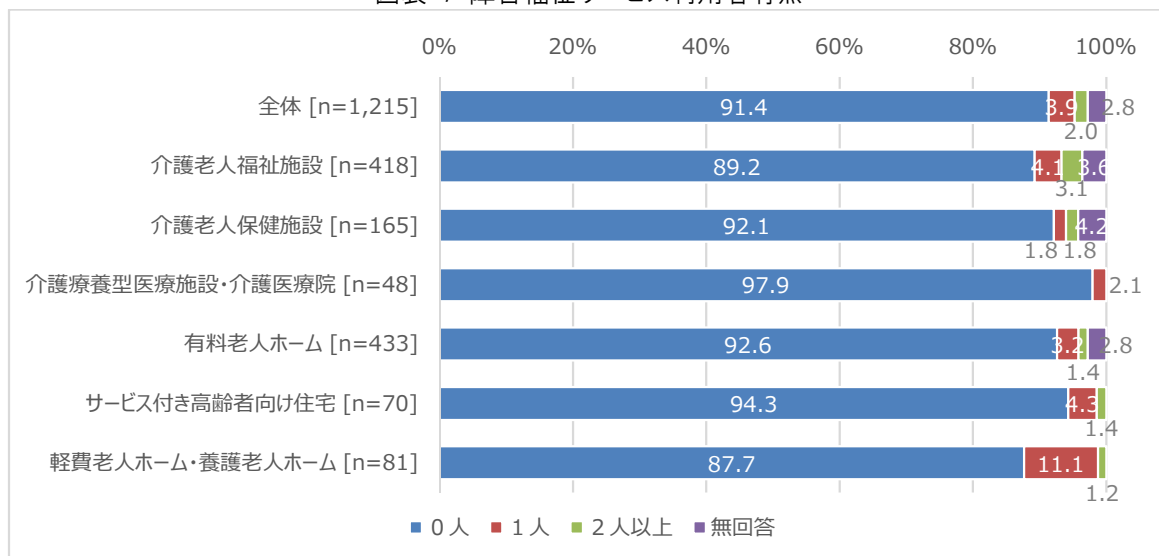
図表 6 手帳所持者

平均値 (人)	全体 [n=1,107]	介護老人福祉施設 [n=393]	介護老人保健施設 [n=145]	介護療養型医療施設・介護医療院 [n=42]	有料老人ホーム [n=385]	サービス付き高齢者向け住宅 [n=64]	軽費老人ホーム・養護老人ホーム [n=78]
身体障害者手帳所持者	7.8	11.2	8.9	8.0	4.9	4.9	4.9
療育手帳所持者	0.2	0.4	0.1	0.1	0.1	0.0	0.2
精神障害者保健福祉手帳所持者	0.5	0.7	0.4	0.7	0.3	0.4	0.3
いずれの手帳も所持しない者	31.3	36.4	40.7	22.5	27.0	17.5	26.3
手帳所持が不明の者	20.7	21.6	32.0	15.4	18.3	17.4	12.2

(カ)障害福祉サービス利用者の状況

各施設における、障害福祉サービスの利用者数を聞いた。障害福祉サービス利用者の有無については、0人（利用者無）が91.4%と多くを占める。利用者が1人の施設が3.9%、2人以上の施設が2.0%となっている。

図表 7 障害福祉サービス利用者有無



回答のあった障害福祉サービス利用者の実人数の合計は112人となっている。サービス別の利用者数では、補装具（自立支援給付）が78人と多く、次いで、同行援護が14人となっている。1施設当たりの平均人数にすると、障害福祉サービス利用者の実人数は0.09人となる。

図表 8 障害福祉サービス利用者(人数合計)

合計数(人)	全体 [n=1,181]	介護老人福祉施設 [n=403]	介護老人保健施設 [n=158]	介護療養型医療施設・ 介護医療院 [n=48]	有料老人ホーム [n=421]	サービス付き 高齢者向け 住宅 [n=70]	軽費老人ホーム・ 養護老人ホーム [n=81]
障害福祉サービス利用者の実人数	112	57	10	1	27	6	11
居宅介護	2	1	0	0	1	0	0
重度訪問介護	1	0	0	0	0	1	0
同行援護	14	1	0	0	9	0	4
行動援護	1	0	0	0	1	0	0
補装具（自立支援給付）	78	47	10	1	12	5	3
生活介護	6	3	0	0	1	0	2
就労継続支援A型	0	0	0	0	0	0	0
就労継続支援B型	3	0	0	0	2	0	1
自立訓練（機能訓練）	2	0	0	0	2	0	0
自立訓練（生活訓練）	2	0	0	0	1	0	1
その他の障害福祉サービス	6	5	0	0	0	0	1

※ 1人が複数のサービスを利用している場合を含むため、サービス別人数の合計は「障害福祉サービス利用者の実人数」と一致しない。

図表 9 障害福祉サービス利用者(1施設当たり平均)

平均値(人)	全体 [n=1,181]	介護老人福祉施設 [n=403]	介護老人保健施設 [n=158]	介護療養型医療施設・ 介護医療院 [n=48]	有料老人ホーム [n=421]	サービス付き 高齢者向け 住宅 [n=70]	軽費老人ホーム・ 養護老人ホーム [n=81]
障害福祉サービス利用者の実人数	0.09	0.14	0.06	0.02	0.06	0.09	0.14
居宅介護	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
重度訪問介護	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00
同行援護	0.01	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	0.05
行動援護	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
補装具（自立支援給付）	0.07	0.12	0.06	0.02	0.03	0.07	0.04
生活介護	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02
就労継続支援A型	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
就労継続支援B型	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01
自立訓練（機能訓練）	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
自立訓練（生活訓練）	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01
その他の障害福祉サービス	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01

※ 1人が複数のサービスを利用している場合を含むため、サービス別人数の合計は「障害福祉サービス利用者の実人数」と一致しない。

また、施設入所者のうち、障害福祉サービス利用者がどの程度の割合か（入所者全体に対する割合）を算定すると、障害福祉サービス利用者は、施設入所者全体の0.2%となる。

図表 10 障害福祉サービス利用者(入所者全体に対する割合)

%	全体 [n=1,181]	介護老人福祉施設 [n=403]	介護老人保健施設 [n=158]	介護療養型医療施設・介護医療院 [n=48]	有料老人ホーム [n=421]	サービス付き高齢者向け住宅 [n=70]	軽費老人ホーム・養護老人ホーム [n=81]
障害福祉サービス利用者の入所者全体に対する割合	0.2	0.2	0.1	0.0	0.1	0.2	0.3
居宅介護	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
重度訪問介護	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
同行援護	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
行動援護	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
補装具（自立支援給付）	0.1	0.2	0.1	0.0	0.1	0.2	0.1
生活介護	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
就労継続支援A型	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
就労継続支援B型	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
自立訓練（機能訓練）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
自立訓練（生活訓練）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他の障害福祉サービス	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

#### (キ) 生活保護受給者

生活保護受給者については、1施設当たりの平均で2.1人となっている。

図表 11 生活保護受給者

平均値（人）	全体 [n=1,181]	介護老人福祉施設 [n=403]	介護老人保健施設 [n=158]	介護療養型医療施設・介護医療院 [n=48]	有料老人ホーム [n=421]	サービス付き高齢者向け住宅 [n=70]	軽費老人ホーム・養護老人ホーム [n=81]
生活保護受給者	2.1	2.5	3.3	3.4	1.2	2.6	1.2

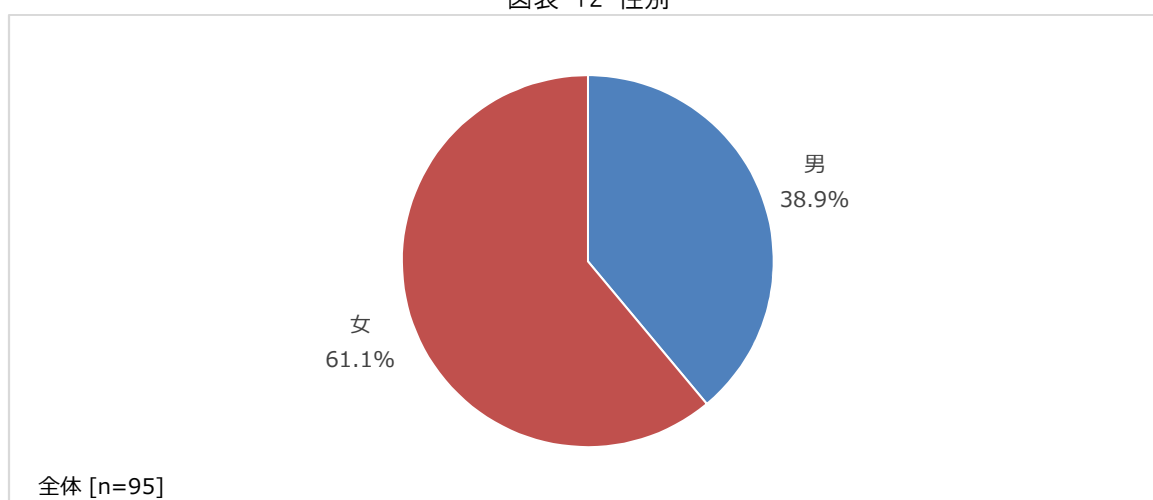
## ②障害福祉サービス利用者の個別状況

障害福祉サービス利用者のいる施設に、利用者の個別状況を聞いたところ、全体で95人分の回答が得られた。回答数の内訳では、全体95人のうち、介護老人福祉施設入所者が46人、介護老人保健施設が9人、介護療養型医療施設・介護医療院が1人、有料老人ホームが24人、サービス付き高齢者向け住宅が5人、軽費老人ホーム・養護老人ホーム10人だった。（なお、標本数が少ないため、施設種別でのクロスデータについては、介護老人福祉施設と有料老人ホームのみを表示し、他の種別については非表示としている。）

### (7) 性別

性別は、「女」が61.1%、「男」が38.9%となっている。

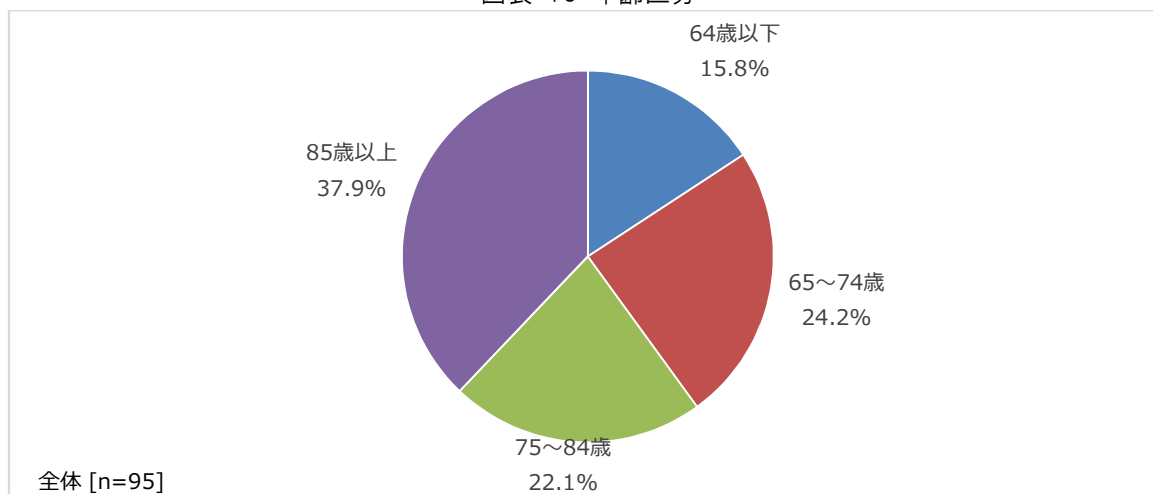
図表 12 性別



### (4) 年齢

年齢は、平均で78.2歳、年齢区分を見ると、「85歳以上」が37.9%、「65～74歳」が24.2%、「75～84歳」が22.1%、「64歳以下」が15.8%となっている。

図表 13 年齢区分

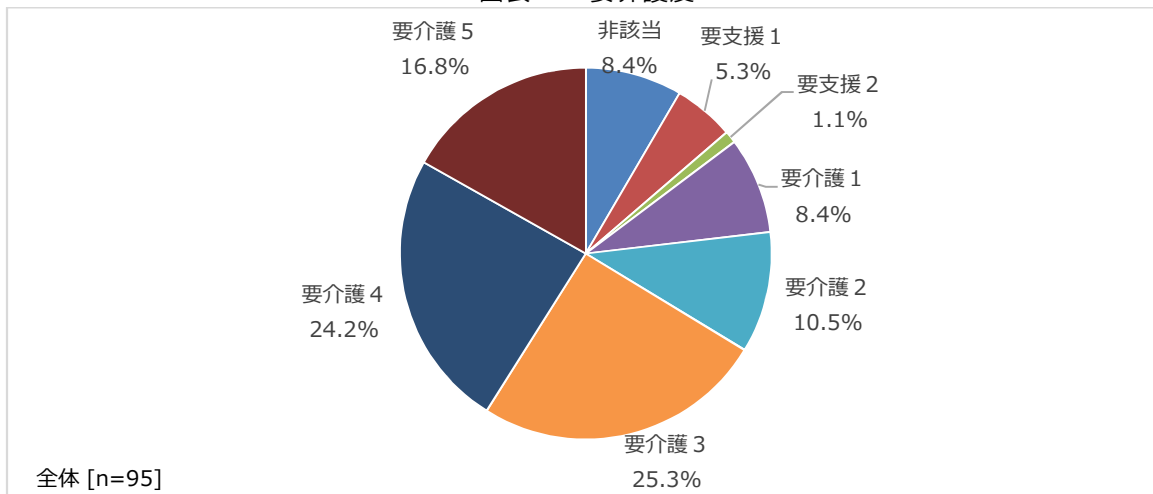




(ウ) 要介護度

要介護度は、「要介護3」が25.3%、「要介護4」が24.2%、「要介護5」が16.8%となっており、介護度の比較的重い人が多い。

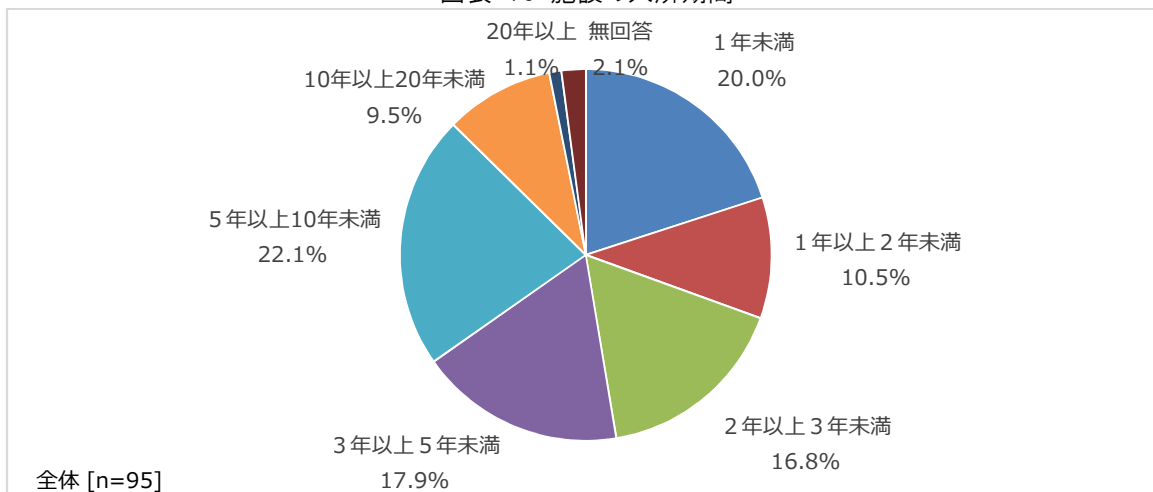
図表 14 要介護度



(イ) 施設の入所期間

施設の入所期間を聞いたところ、「5年以上10年未満」が22.1%、「1年未満」が20.0%、「3年以上5年未満」が17.9%等となっており、比較的分散している。

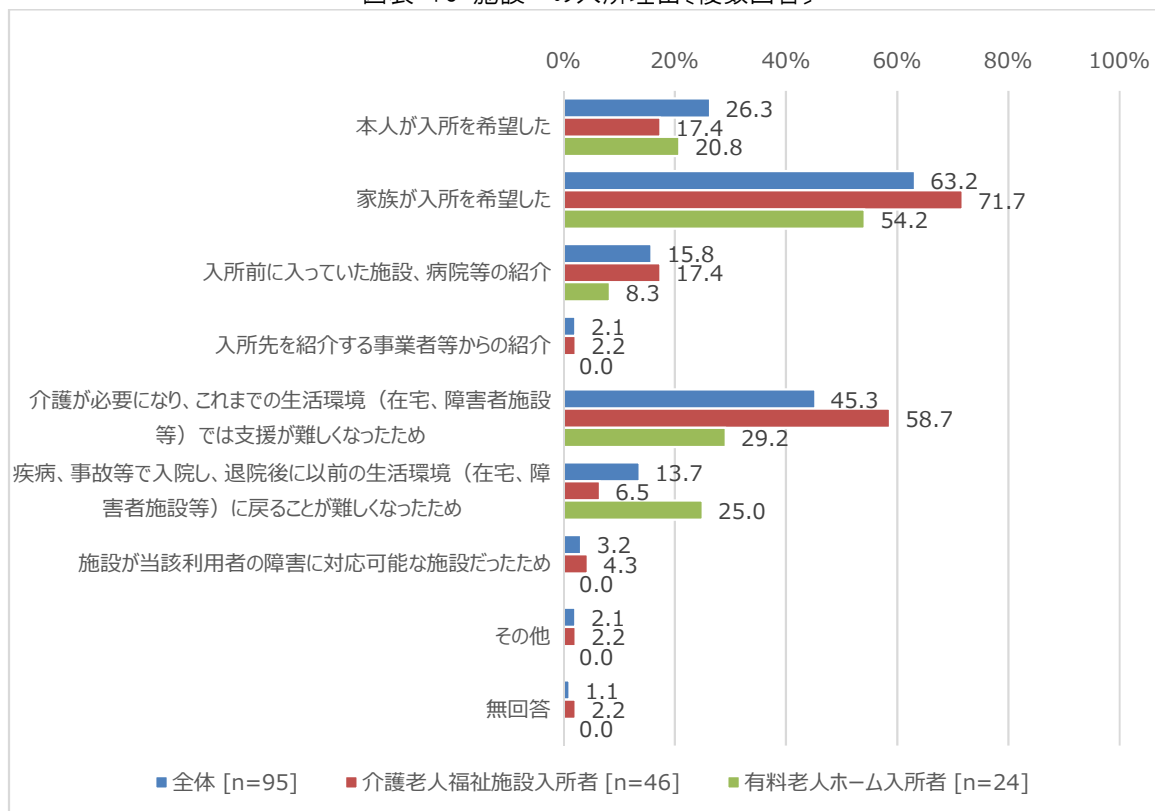
図表 15 施設の入所期間



## (オ) 施設への入所理由

施設への入所理由を聞いたところ、「家族が入所を希望した」が63.2%、「介護が必要になり、これまでの生活環境（在宅、障害者施設等）では支援が難しくなったため」が45.3%となっている。有料老人ホームの入所者では、「疾病、事故等で入院し、退院後に以前の生活環境（在宅、障害者施設等）に戻ることが難しくなったため」も比較的多くなっている。

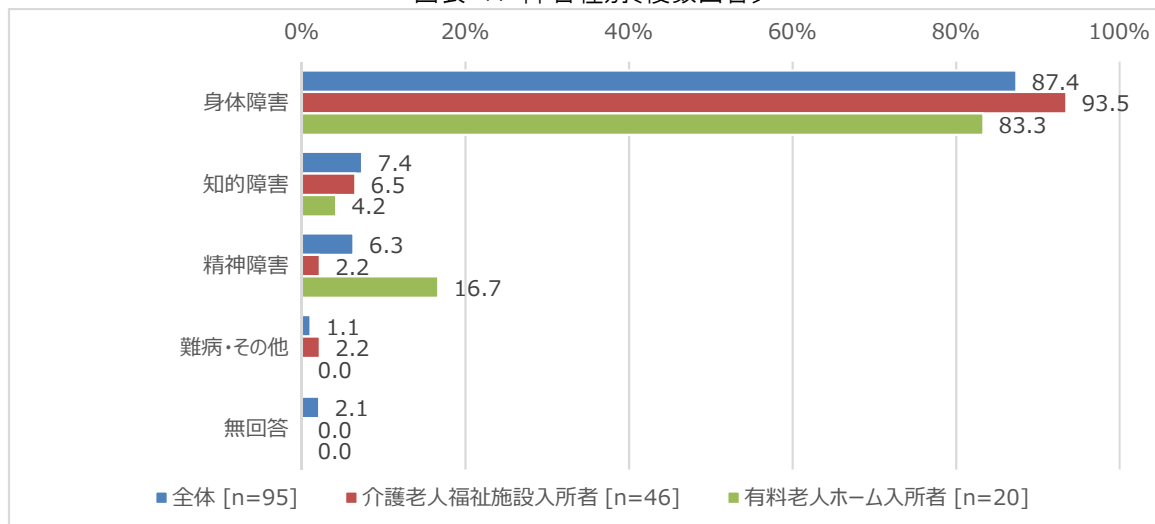
図表 16 施設への入所理由〔複数回答〕



## (カ) 障害種別

障害種別は、「身体障害」が87.4%と多くなっている。有料老人ホームの入所者では、「精神障害」も比較的多く見られる。

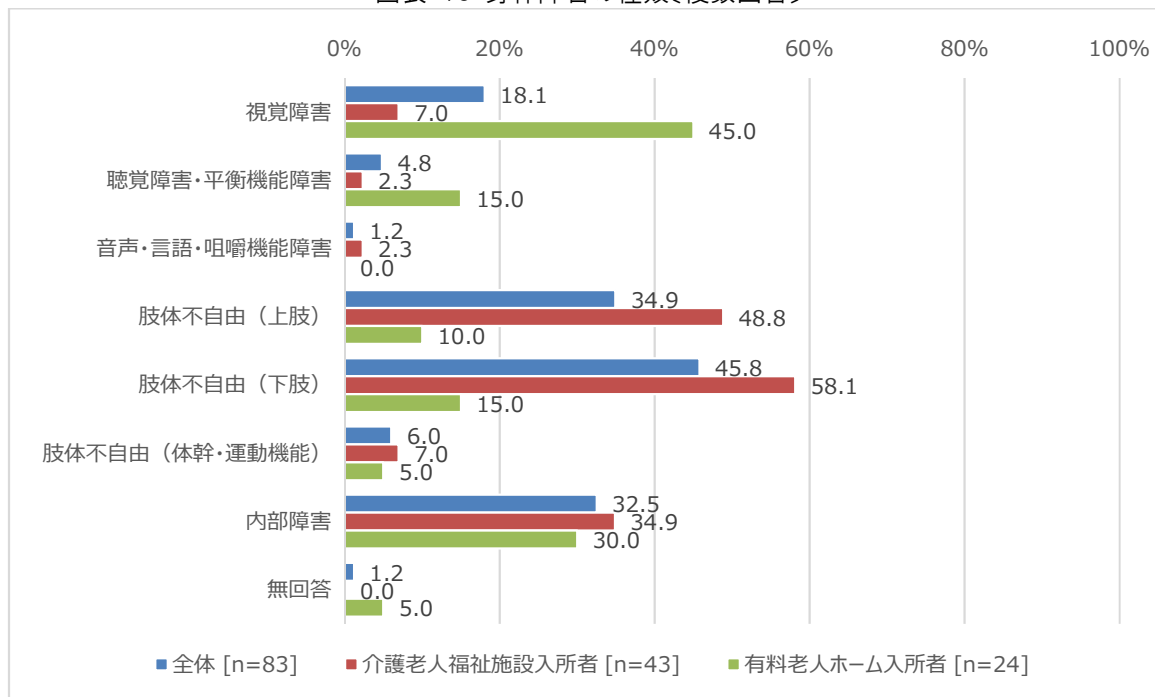
図表 17 障害種別〔複数回答〕



(キ) 身体障害の種類

障害種別で身体障害のある入所者について、身体障害の種類を聞いたところ、「肢体不自由（下肢）」が45.8%、「肢体不自由（上肢）」が34.9%、「内部障害」が32.5%等となっている。有料老人ホームの入所者では、「視覚障害」が多くなっている。

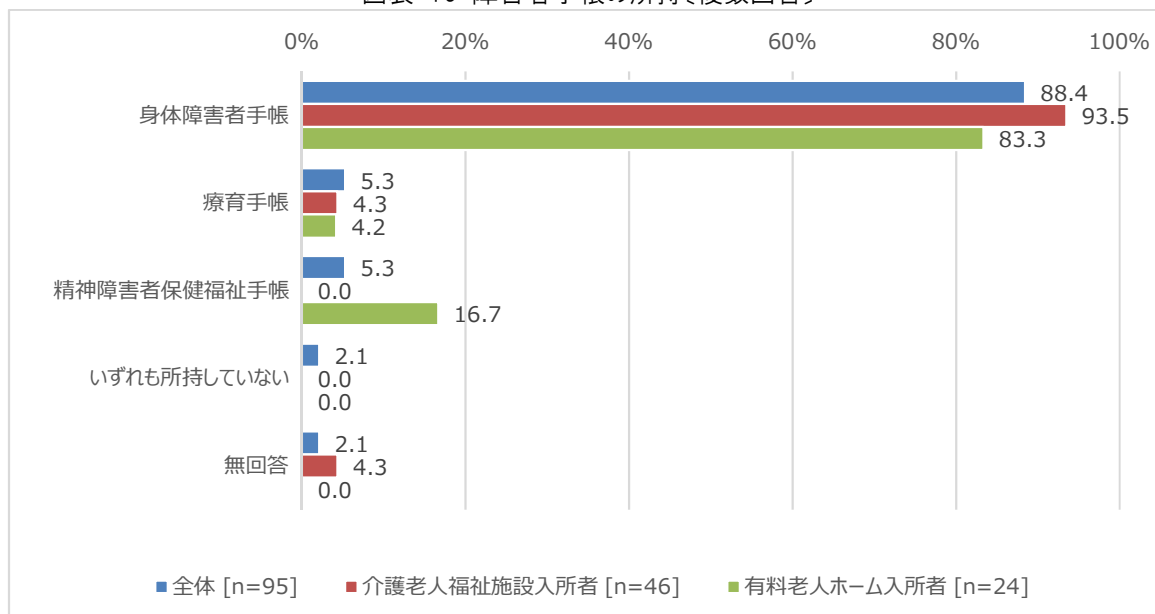
図表 18 身体障害の種類〔複数回答〕



(ク) 障害者手帳の所持

障害者手帳の所持状況は、「身体障害者手帳」が88.4%、「療育手帳」が5.3%、「精神障害者保健福祉手帳」が5.3%、「いずれも所持していない」が2.1%となっている。

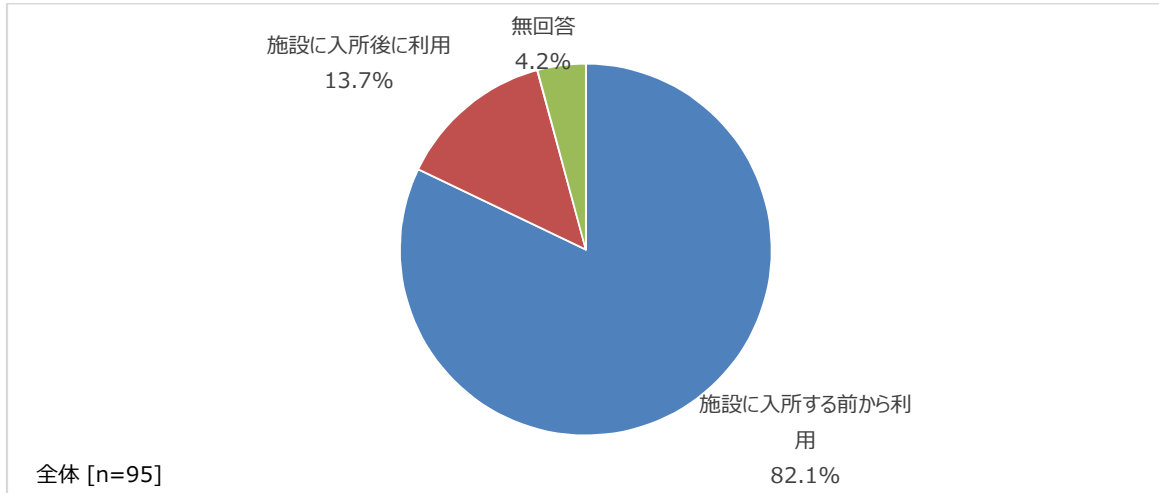
図表 19 障害者手帳の所持〔複数回答〕



### (ケ) 障害福祉サービスの利用時期

障害福祉サービスの利用時期について聞いたところ、「施設に入所する前から利用」が82.1%、「施設に入所後に利用」が13.7%となっている。

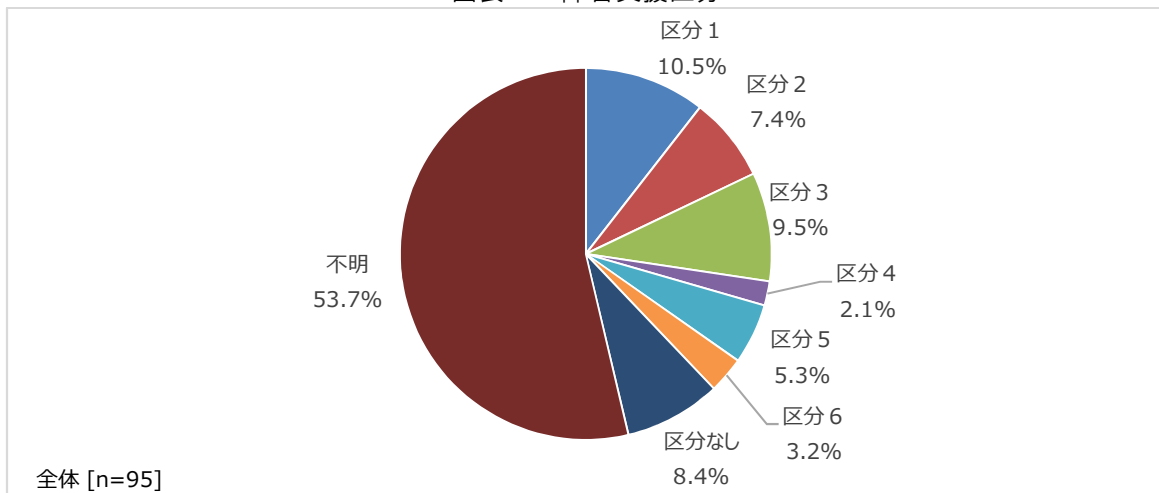
図表 20 障害福祉サービスの利用時期



### (ク) 障害支援区分

障害支援区分は、「区分1」が10.5%、「区分2」が7.4%、「区分3」が9.5%、「区分4」が2.1%、「区分5」が5.3%、「区分6」が3.2%、「区分なし」が8.4%となっている。「不明」が53.7%となっている。

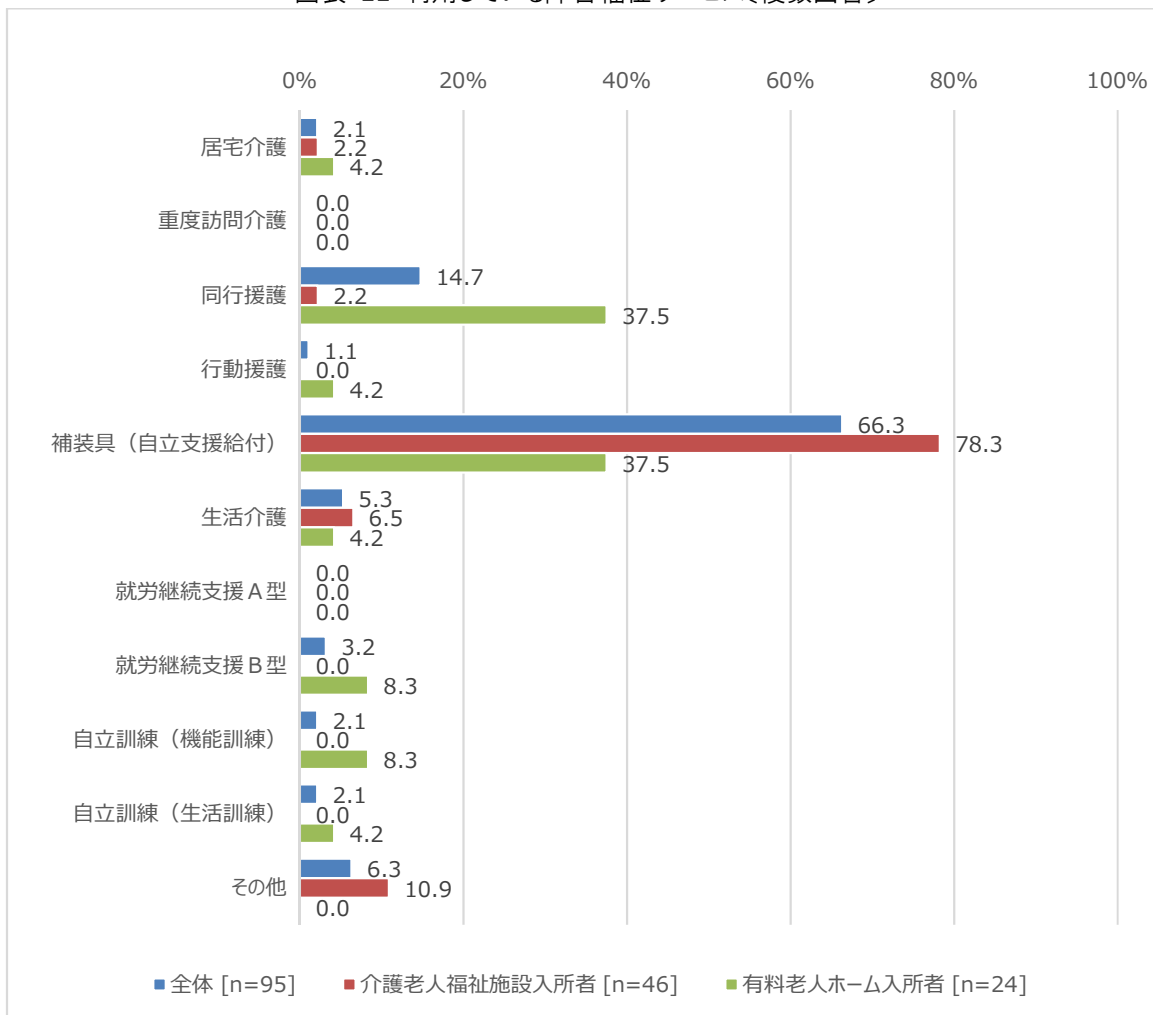
図表 21 障害支援区分



(4) 利用している障害福祉サービス

利用している障害福祉サービスについては、「補装具（自立支援給付）」が66.3%、「同行援護」が14.7%、「生活介護」が5.3%等となっている。有料老人ホームの入所者では、「視覚障害」が多いことから、「同行援護」の利用者が多い。

図表 22 利用している障害福祉サービス〔複数回答〕



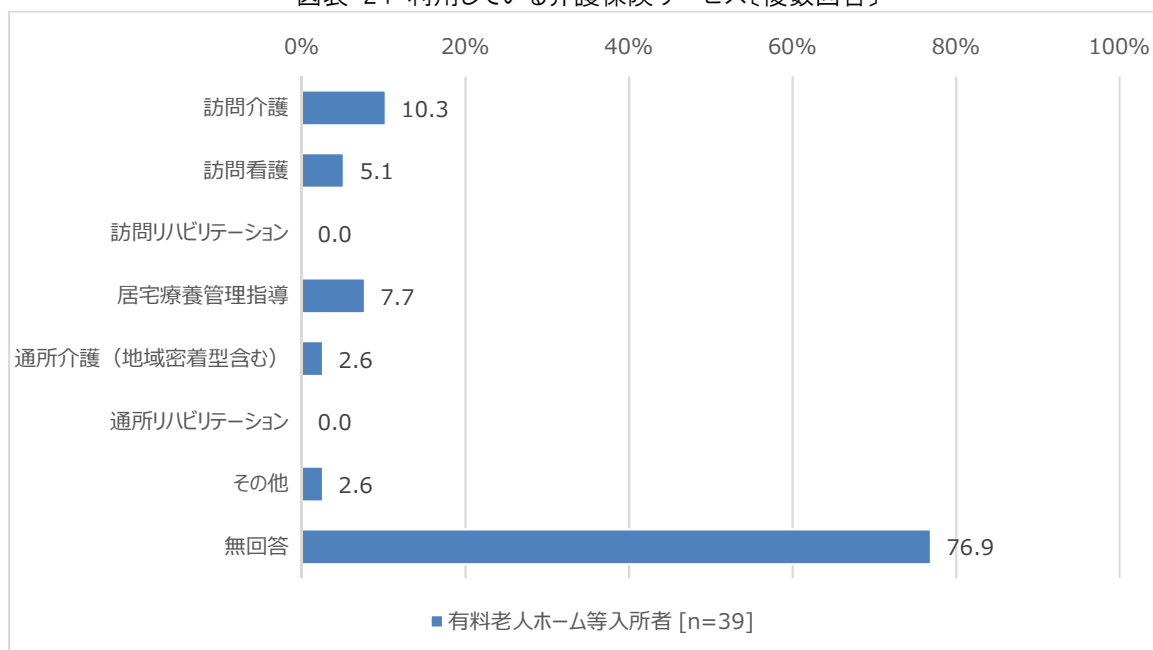
図表 23 障害福祉サービスの利用時間数・日数

サービス	平均値（時間/月）	全体 [n=2]
居宅介護	21.0	全体 [n=2]
同行援護	15.4	全体 [n=8]
生活介護	18.3	全体 [n=4]
就労継続支援 B 型	20.0	全体 [n=2]
自立訓練（生活訓練）	9.5	全体 [n=2]

(シ) 利用している介護保険サービス

有料老人ホーム等入所者における外部の介護保険サービスの利用状況は、「訪問介護」が10.3%、「居宅療養管理指導」が7.7%、「訪問看護」が5.1%等となっている。なお、外部サービスを利用しない施設については「無回答」に区分している。

図表 24 利用している介護保険サービス〔複数回答〕

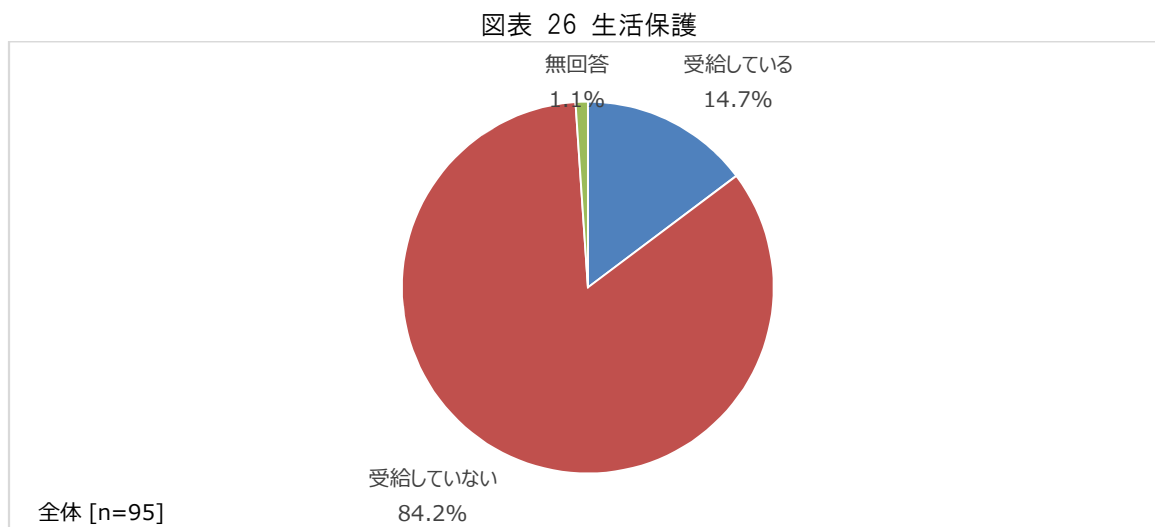


図表 25 利用時間数・日数

平均値 (時間/月)	有料老人ホーム等入所者 [n=3]
訪問介護	46.7
平均値 (時間/月)	有料老人ホーム等入所者 [n=1]
訪問看護	4.0
平均値 (日/月)	有料老人ホーム等入所者 [n=1]
通所介護 (地域密着型含む)	12.0

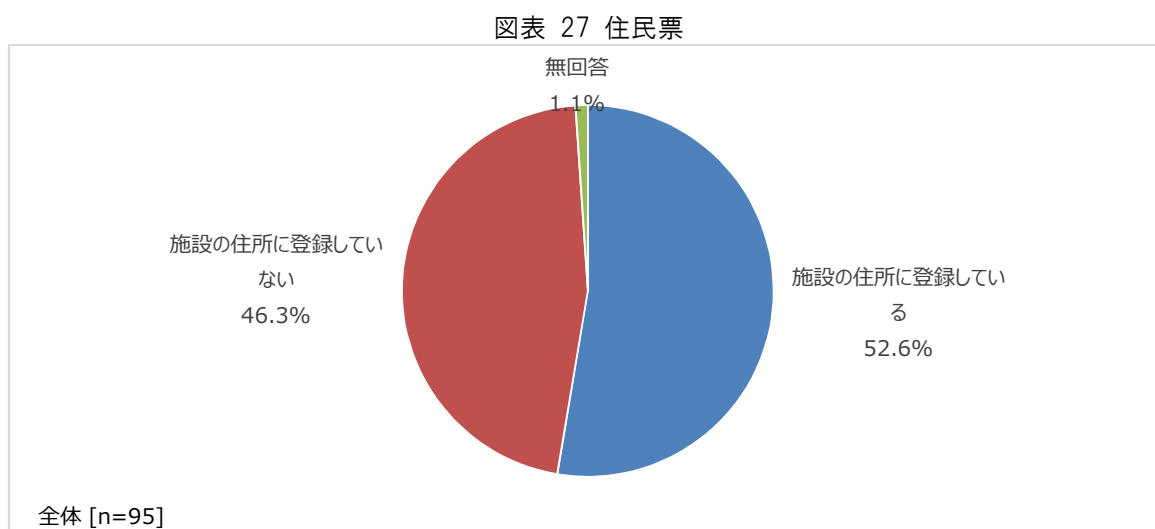
(ス) 生活保護

生活保護の受給状況は、「受給していない」が84.2%、「受給している」が14.7%となっている。



(セ) 住民票

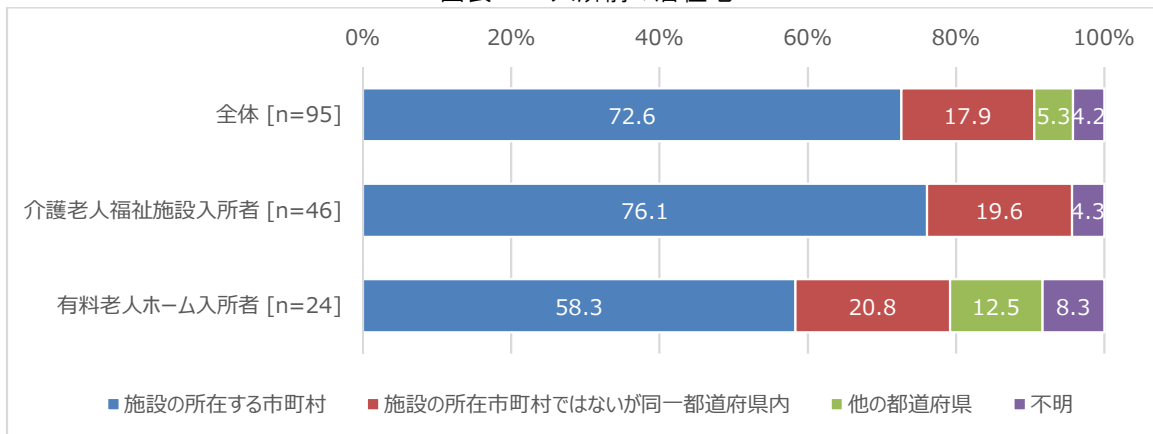
住民票の登録場所を聞いたところ、「施設の住所に登録している」が52.6%、「施設の住所に登録していない」が46.3%となっている。



(ウ) 入所前の居住地

入所前の居住地は、「施設の所在する市町村」が72.6%、施設の所在する市町村以外が23.2%となっている。

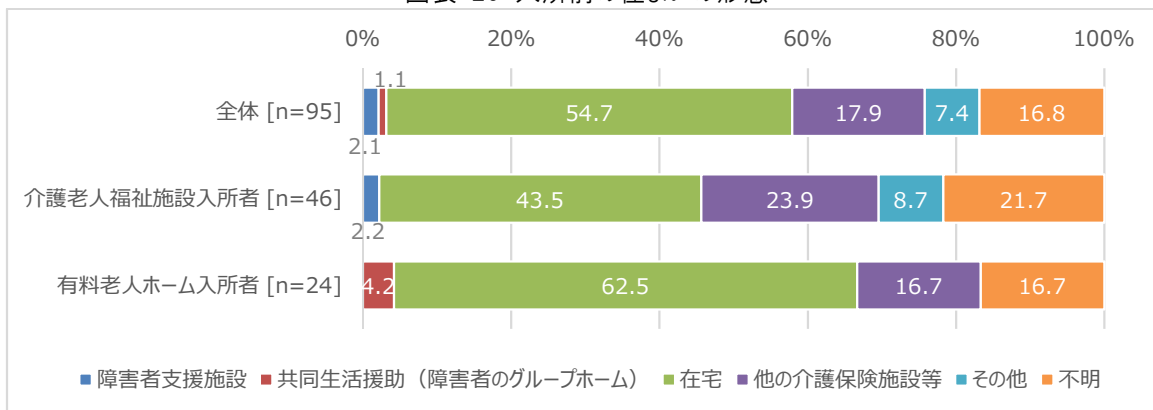
図表 28 入所前の居住地



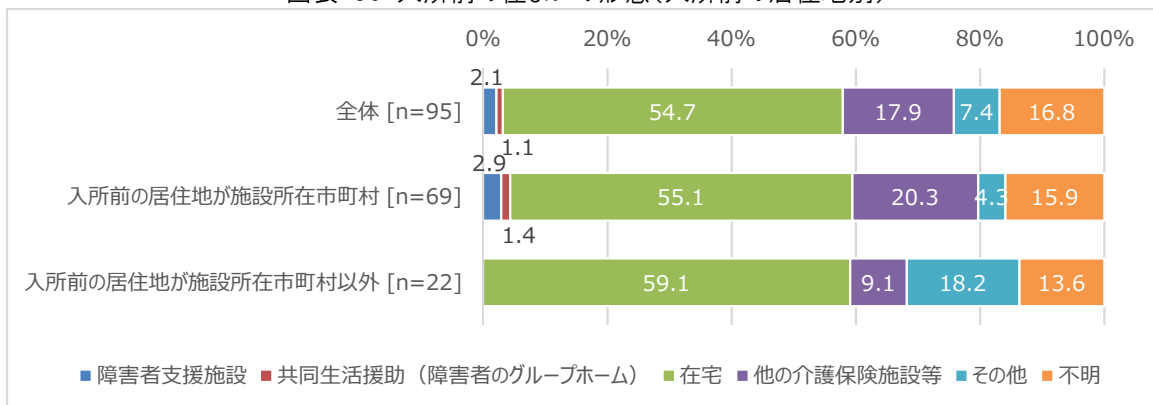
(ク) 入所前の住まいの形態

入所前の住まいの形態について聞いたところ、「在宅」が54.7%と多くなっている。介護老人福祉施設の入所者では、「他の介護保険施設等」も比較的多く見られる。入所前の居住地別で見ると、入所前の居住地が施設所在市町村以外で「その他」が比較的多くなっているが、具体的には入院先からという回答が多い。

図表 29 入所前の住まいの形態



図表 30 入所前の住まいの形態(入所前の居住地別)

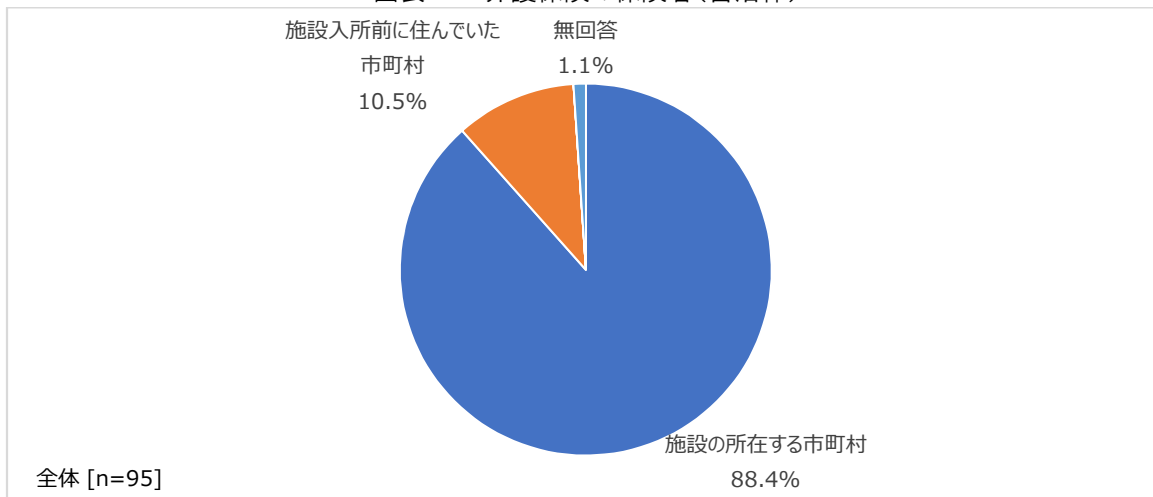




(7) 介護保険の保険者及び障害福祉サービスの支給決定自治体

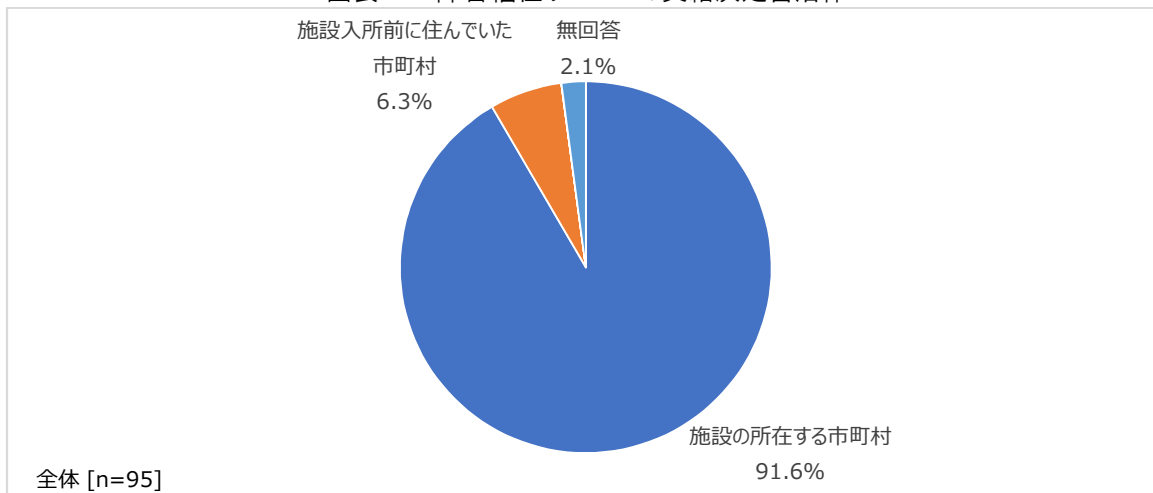
介護保険の保険者（自治体）を聞いたところ、「施設の所在する市町村」が88.4%、「施設入所に住んでいた市町村」が10.5%となっている。

図表 31 介護保険の保険者(自治体)



障害福祉サービスの支給決定自治体については、「施設の所在する市町村」が91.6%、「施設入所に住んでいた市町村」が6.3%となっている。

図表 32 障害福祉サービスの支給決定自治体



また、介護保険の保険者と障害福祉サービスの支給決定自治体の関係を見ると、以下のようになっている。人数は、介護保険の保険者と障害福祉サービスの支給決定自治体がいずれも施設の所在する市町村という利用者が多い。介護保険の保険者が施設入所前に住んでいた市町村で、障害福祉サービスの支給決定自治体が施設の所在する市町村である利用者は、5人（全体の5.3%）だった。

図表 33 介護保険の保険者・支給決定自治体の関係

介護保険の保険者	障害福祉サービスの支給決定自治体	(標本数)	全体（標本数 95 人）に対する割合
介護保険の保険者が施設の所在する市町村	障害支給決定が施設の所在する市町村	82	86.3%
	障害支給決定が施設入所前に住んでいた市町村	1	1.1%
	不明	1	1.1%
介護保険の保険者が施設入所前に住んでいた市町村	障害支給決定が施設の所在する市町村	5	5.3%
	障害支給決定が施設入所前に住んでいた市町村	5	5.3%
	不明	0	0.0%
不明		1	1.1%
合計		95	100.0%

### ③介護保険施設等に入所する障害福祉サービス利用者数の推計

アンケート結果による1施設当たりのサービス利用者数を基に、「介護サービス施設・事業所調査」(令和元年10月1日)の全国の介護保険施設・特定施設入居者生活介護の施設数を用いて、入所における障害福祉サービス利用者数の推計を行った。

その結果によれば、障害福祉サービス利用者の実人数は1,871人、うち、補装具(自立支援給付)の利用者が1,444人、同行援護の利用者が142人等となった。

図表 34 「介護サービス施設・事業所調査」(令和元年10月1日)の施設数による推計

		介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設・介護医療院	特定施設	合計
アンケート結果による 1施設当たりの 障害福祉サービス 利用者数	障害福祉サービス利用者の実人数	0.14	0.06	0.02	0.08	
	居宅介護	0.00	0.00	0.00	0.00	
	重度訪問介護	0.00	0.00	0.00	0.00	
	同行援護	0.00	0.00	0.00	0.02	
	行動援護	0.00	0.00	0.00	0.00	
	補装具(自立支援給付)	0.12	0.06	0.02	0.03	
	生活介護	0.01	0.00	0.00	0.01	
	就労継続支援A型	0.00	0.00	0.00	0.00	
	就労継続支援B型	0.00	0.00	0.00	0.01	
	自立訓練(機能訓練)	0.00	0.00	0.00	0.00	
	自立訓練(生活訓練)	0.00	0.00	0.00	0.00	
その他の障害福祉サービス	0.01	0.00	0.00	0.00		
「介護サービス施設・事業所調査」による施設数 (令和元年10月1日)		8,234	4,337	1,078	5,328	18,977
介護保険施設等に入所 する障害福祉サービス 利用者推計人数	障害福祉サービス利用者推計人数	1,165	274	22	410	1,871
	居宅介護	20	0	0	9	30
	重度訪問介護	0	0	0	9	9
	同行援護	20	0	0	121	142
	行動援護	0	0	0	9	9
	補装具(自立支援給付)	960	274	22	186	1,444
	生活介護	61	0	0	28	89
	就労継続支援A型	0	0	0	0	0
	就労継続支援B型	0	0	0	28	28
	自立訓練(機能訓練)	0	0	0	19	19
	自立訓練(生活訓練)	0	0	0	19	19
その他の障害福祉サービス	102	0	0	9	111	

※推計方法：アンケート結果による1施設当たりの障害福祉サービス利用者数×「介護サービス施設・事業所調査」による施設数＝全施設の障害福祉サービス利用者数

検証のため、アンケート結果から別の方法でも推計を行った。施設入所者のうちの障害福祉サービス利用者数の割合から、「介護保険事業状況報告」（令和2年10月）の全国の介護保険施設・特定施設入居者生活介護の受給者数（入所者数）を用いて、障害福祉サービス利用者数の推計を行った。

その結果によれば、障害福祉サービス利用者の実人数は1,814人、うち、補装具（自立支援給付）の利用者が1,401人、同行援護の利用者が136人等となった。なお、入所者のうちの障害福祉サービス利用者の割合は約0.2%となる。2種類の推計結果を踏まえると、施設入所者における障害福祉サービス利用者数は、おおむね1,800～1,900人程度と見込まれる。

図表 35 「介護保険事業状況報告」(令和2年10月)の受給者数による推計

		介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設・介護医療院	特定施設	合計
アンケート結果による入所者100人当たりの障害福祉サービス利用者数	障害福祉サービス利用者の実人数	0.20	0.08	0.05	0.16	
	居宅介護	0.00	0.00	0.00	0.00	
	重度訪問介護	0.00	0.00	0.00	0.00	
	同行援護	0.00	0.00	0.00	0.05	
	行動援護	0.00	0.00	0.00	0.00	
	補装具（自立支援給付）	0.17	0.08	0.05	0.07	
	生活介護	0.01	0.00	0.00	0.01	
	就労継続支援A型	0.00	0.00	0.00	0.00	
	就労継続支援B型	0.00	0.00	0.00	0.01	
	自立訓練（機能訓練）	0.00	0.00	0.00	0.01	
	自立訓練（生活訓練）	0.00	0.00	0.00	0.01	
	その他の障害福祉サービス	0.02	0.00	0.00	0.00	
「介護保険事業状況報告」による受給者数（令和2年10月）		560,225	351,743	50,926	251,539	1,214,433
介護保険施設等入所者における障害福祉サービス利用者推計人数	障害福祉サービス利用者推計人数	1,129	267	24	394	1,814
	居宅介護	20	0	0	9	29
	重度訪問介護	0	0	0	9	9
	同行援護	20	0	0	117	136
	行動援護	0	0	0	9	9
	補装具（自立支援給付）	931	267	24	179	1,401
	生活介護	59	0	0	27	86
	就労継続支援A型	0	0	0	0	0
	就労継続支援B型	0	0	0	27	27
	自立訓練（機能訓練）	0	0	0	18	18
	自立訓練（生活訓練）	0	0	0	18	18
	その他の障害福祉サービス	99	0	0	9	108

※推計方法：アンケート結果による入所者当たりの障害福祉サービス利用者数×「介護保険事業状況報告」による受給者数＝全受給者（入所者）における障害福祉サービス利用者数

### (3) まとめ

- ・本アンケートは、介護保険の施設サービス及び特定施設入居者生活介護サービスを提供する全国の施設を対象とし、無作為抽出により対象者を選定している。
- ・介護保険施設等の中で障害福祉事業も運営しているところは、介護老人福祉施設と軽費老人ホーム・養護老人ホームが比較的多く3割後半を占めている。他は2割弱となる。
- ・入所者のうち、障害福祉サービスの利用者がいないという回答が全体の9割を占めている。障害福祉サービスの利用者がある場合であっても、複数の入所者が障害福祉サービスを利用しているという施設は少ないが、介護老人福祉施設は2人以上が13施設(3.1%)であった。障害福祉サービス利用者の施設入所者全体に対する割合では0.2%となる。
- ・アンケート回答の中で、障害福祉サービスの利用状況(実人数112人)では、補装具(自立支援給付)が78人と多く、次いで同行援護が14人となる。1施設当たりの利用者の状況では、介護老人福祉施設、軽費老人ホーム、養護老人ホームでの利用が多くなる。
- ・介護保険施設等にいる障害福祉サービス利用者について、介護保険施設等への入所の理由は、「家族が入所を希望した」、「介護が必要になり、これまでの生活環境(在宅、障害者施設等)では支援が難しくなったため」となっている。有料老人ホームの入所者では、「疾病、事故等で入院し、退院後に以前の生活環境(在宅、障害者施設等)に戻ることが難しくなったため」も比較的多くなっている。障害種別では身体障害が9割近くを占めるが、有料老人ホームでは「精神障害」も比較のみられる。
- ・身体障害の種類では、「肢体不自由(下肢)」、「肢体不自由(上肢)」、「内部障害」が多い。有料老人ホームの入所者では、「視覚障害」が多くなっている。
- ・利用している障害福祉サービスについては、「補装具(自立支援給付)」が66.3%と最も多く、次いで「同行援護」となる。有料老人ホームでは、「視覚障害」が多いことから「同行援護」の利用者が多くなる。
- ・生活保護の受給状況では、1割強が「受給している」状況であった。
- ・住民票については、全体で「施設の住所に登録している」が52.6%、「施設の住所に登録していない」が46.3%となっている。入所前の居住地は、全体で「施設の所在する市町村」が72.6%と多くなっているが、有料老人ホームは6割程度に下がり、「施設の所在市町村ではないが同一都道府県内」が2割、「他の都道府県」が1割程度となっている。
- ・入所前の住まいの形態では「在宅」が多い。「障害者支援施設」という回答は、入所前の居住地が施設所在市町村の場合に2.9%みられたが、入所前の居住地が施設所在市町村以外ではみられなかった。また入所前の居住地が施設所在市町村以外の場合「その他」が比較的多くなっているが、具体的には入院先からという回答が多い。
- ・介護保険の保険者と障害福祉サービスの支給決定自治体の関係を見ると、介護保険の保険者が「施設入所前に住んでいた市町村」で、障害福祉サービスの支給決定自治体が「施設の所在する市町村」の場合については、全体(標本数95人)に対する割合は5.3%となっている。

## 6 調査結果のまとめ（課題）

---

- 介護保険施設等に入所している障害福祉サービスの利用者は全体としては少ないが、身体障害があつて「補装具（自立支援給付）」を利用するケースが一定数みられるほか、視覚障害者が「同行援護」を利用しているケースもみられた。
- また、介護保険施設等に入所している障害福祉サービスの利用者の施設入所前の居住地は、施設の所在する市町村以外のケースも見られ、介護保険サービスの保険者と障害福祉サービスの支給決定自治体が異なるケースも確認された。
- このように、自治体からの見直しの要望がある障害福祉サービスの居住地特例について、一定数の該当ケースが存在することが把握できた。今後、社会の高齢化が進む中、介護保険施設等に入所する高齢障害者も増え、介護保険施設等に入所している障害福祉サービスの利用が増えることが想定される。

## 7 参考資料（調査票）

---

調査票：介護保険施設等における障害福祉サービスの利用者の実態調査

介護保険施設等における障害福祉サービスの利用者の実態調査  
調 査 票

調査の目的

- ◆本調査は、厚生労働省「令和2年度障害者総合福祉推進事業」の一環として実施するもので、介護保険施設等の利用者における障害福祉サービスの利用状況等について調査を行うものです。
- ◆障害者については、障害特性等をふまえ、介護保険施設等に入所していても、障害福祉サービスを利用することができる場合があります。一方、その実施主体については、サービスによって異なっており、施設入所前に居住していた自治体と、施設の立地する自治体に分かれるなど、制度面でもさまざまな課題が生じています。こうした点も含め、障害福祉と介護保険の両分野に係る制度について、実態をふまえた検討が必要となっています。
- ◆本調査は、上記の観点のもと、介護保険施設等への障害者の入所の状況や、サービスの利用状況などをお聞きするために実施するものです。ご多忙のところお手数をおかけして恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をよろしくお願いいたします。

本調査の対象について

- ◆本調査は、介護保険の施設サービスおよび特定施設入居者生活介護サービスを提供する全国の施設を対象とし、無作為抽出により調査対象を選んでいます。

※対象施設：介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設の指定を受けている有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・軽費老人ホーム（ケアハウス）・養護老人ホーム

- ◆現在、休廃止等でサービスを提供していない施設、また、上記に該当しない施設につきましては、本調査への回答は不要です。その場合は右欄に○をつけ、問には回答せず、このまま調査票を返送してください。

調査対象外により無回答で返送します

回答の留意点

- ◆本調査は、貴施設のケアマネージャー、入所者の情報を管理されている部門等でご回答をお願いします。
- ◆回答方法については、各問に注意事項等を記載していますので、設問文をよく読んでご回答ください。なお、調査の問い合わせ先、調査票の返送方法、回答期限等につきましては、同封の依頼状をご確認ください。
- ◆施設のサービス利用に関し、本調査では表記を「入所」としています。施設により、「入居」「入院」等の表記が適切な場合、「入所」「入所者」等の表記から適宜読み替えをお願いします。

【貴施設の名称等をご記入ください】

施設名称		
施設の所在地	都道府県	市区町村
施設を運営する法人の名称		

※質問は次ページからです。



## 施設の基本情報

問 1 貴施設の種別を回答してください。(該当するもの1つに○)

1 介護老人福祉施設	2 介護老人保健施設
3 介護療養型医療施設	4 介護医療院
5 有料老人ホーム（利用権方式）	6 有料老人ホーム（賃貸借方式）
7 サービス付き高齢者向け住宅（利用権方式）	8 サービス付き高齢者向け住宅（賃貸借方式）
9 軽費老人ホーム（ケアハウス）	10 養護老人ホーム

※5～10 はすべて特定施設

問 2 貴施設の開設年月（指定年月）を回答してください。(西暦で記入してください)

(西暦)	年	月
------	---	---

※特定施設は特定施設入居者生活介護の指定年月を記入

問 3 貴施設を運営する法人は、令和3年1月末日現在、介護保険事業の他に、障害福祉に関する事業を運営していますか。(該当するもの1つに○)

1 運営している	2 運営していない
----------	-----------

問 4 貴施設の入所対象者の範囲について、特定の受け入れ対象を定めている場合は、以下にその特定の対象について具体的に記入してください。

※何らかの障害や疾患等を有する方を入所対象とするなどの規程がある場合に回答してください。  
年齢や要介護度等、施設種別に応じた一般的な入所基準のみの定めの場合は回答不要です。

--

問 5 貴施設の入所対象者の範囲について、何らかの障害や疾患等を有する場合は受け入れが難しい旨の規程等を定めている場合は、以下にその対象について具体的に記入してください。

--

問 6 貴施設の入所者数等を回答してください。(令和3年1月末日現在の状況 該当者がいない場合は0と記入)

①定員数

定員	人
----	---

②入所者数（年齢別）

59歳以下	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上	合計
人	人	人	人	人	人	人	人	人

③入所者のうち、障害者手帳所持者数

身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳	いずれの手帳も所持しない者	手帳所持が不明の者
人	人	人	人	人

※複数の手帳を所持する場合は、それぞれに計上（重複可）

④入所者のうち、障害福祉サービス利用者数

入所者のうち、何らかの障害福祉サービス（自立支援給付の補装具含む）を利用している人がいる場合、その実人数を「障害福祉サービス利用者の実人数」欄に記入し、サービス別の利用者数の内訳をそれぞれの欄に記入してください。

障害福祉サービス 利用者の実人数	訪問系の障害福祉サービス				補装具 (自立支援給付)
	居宅介護	重度訪問介護	同行援護	行動援護	
人	人	人	人	人	人
通所系の障害福祉サービス					その他の障害福祉 サービス
生活介護	就労継続支援 A 型	就労継続支援 B 型	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	
人	人	人	人	人	人

※「補装具」は、自立支援給付によるものについて、過去1年間（令和2年2月～令和3年1月）に支給を受けた実人数を記入

※「補装具」以外のサービスは、それぞれ、令和3年1月に利用のあった実人数を記入

※1人が複数のサービスを利用している場合は、各欄にそれぞれ1を計上してください。

「その他の障害福祉サービス」に利用者を計上した場合は、利用するサービスの名称を記入してください。

--

⑤入所者のうち、生活保護受給者数

生活保護受給者	人
---------	---

**障害福祉サービス利用者の個別状況**

入所者に障害福祉サービス利用者がある施設（問6④で1人以上を回答した施設）に、当該入所者全員の個別状況をお聞きします。障害福祉サービス利用者がいない施設については、問7の回答は不要です。問8（12ページ）に進んでください。

回答欄は次ページ以降に8人分（1人1ページ）を用意しています。該当者が9人以上いる場合は、お手数をおかけして恐縮ですが、不足分は回答欄をコピーして、必要枚数を追加してください。

問 7 貴施設の入所者で、障害福祉サービスの利用者について、個別状況を回答してください。(1人1票で**該当者全員分**を回答してください。)

障害福祉サービス利用者(1)					(令和3年1月末日現在の状況)			
性別	1 男	年齢	歳	要介護度	1) 非該当	2) 要支援1	3) 要支援2	4) 要介護1
	2 女		5) 要介護2		6) 要介護3	7) 要介護4	8) 要介護5	
貴施設の入所期間	1) 1年未満		2) 1年以上2年未満		3) 2年以上3年未満		4) 3年以上5年未満	
5) 5年以上10年未満		6) 10年以上20年未満		7) 20年以上				
貴施設への入所理由(複数可)	1 本人が入所を希望した				2 家族が入所を希望した			
3 入所前に入っていた施設、病院等の紹介		4 入所先を紹介する事業者等からの紹介		5 介護が必要になり、これまでの生活環境(在宅、障害者施設等)では支援が難しくなったため				
6 疾病、事故等で入院し、退院後に以前の生活環境(在宅、障害者施設等)に戻ることが難しくなったため		7 貴施設が当該利用者の障害に対応可能な施設だったため		8 その他( )				
障害種別(複数可)	1 身体障害	身体障害の種類(複数可) 身体障害に○の場合に回答	1 視覚障害	2 聴覚障害・平衡機能障害				
2 知的障害	3 音声・言語・咀嚼機能障害		4 肢体不自由(上肢)					
3 精神障害	5 肢体不自由(下肢)		6 肢体不自由(体幹・運動機能)					
4 難病・その他	7 内部障害							
障害者手帳の所持(複数可)	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			
4 いずれも所持していない								
障害福祉サービスの利用時期	1 貴施設に入所する前から利用			2 貴施設に入所後に利用				
障害支援区分	1) 区分1		2) 区分2		3) 区分3		4) 区分4	
5) 区分5		6) 区分6		7) 区分なし		8) 不明		
利用している障害福祉サービス(複数可) ※利用サービスについては、令和3年1月の利用実績も記入	1 居宅介護 [ ] 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 補装具(自立支援給付)		6 生活介護 [ ] 日		7 就労継続支援A型 [ ] 日		8 就労継続支援B型 [ ] 日		
9 自立訓練(機能訓練) [ ] 日		10 自立訓練(生活訓練) [ ] 日		11 その他				
※補装具は、自立支援給付によるものについて、過去1年間(令和2年2月～令和3年1月)に支給を受けた場合に○		※その他に○をつけた場合は、下欄にサービス名称を記入してください。						
[ ]								
利用している介護保険サービス(複数可) ※利用サービスについては、令和3年1月の利用実績も記入	※特定施設で外部サービスを利用している場合のみ回答してください。(介護予防含む)							
1 訪問介護 [ ] 時間		2 訪問看護 [ ] 時間		3 訪問リハビリテーション [ ] 時間		4 居宅療養管理指導 [ ] 時間		
5 通所介護(地域密着型含む) [ ] 日		6 通所リハビリテーション [ ] 日		7 その他				
※その他に○をつけた場合は、下欄にサービス名称を記入してください。		[ ]						
生活保護	1 受給している			2 受給していない				
住民票	1 貴施設の住所に登録している			2 貴施設の住所に登録していない				
貴施設に入所する前の住まいの状況	入所前の居住地				入所前の住まいの形態			
	1 貴施設の所在する市町村		2 貴施設の所在市町村ではないが同一都道府県内		3 在宅		4 障害者支援施設	
3 他の都道府県		4 不明		5 共同生活援助(障害者のグループホーム)		6 他介護保険施設等		
5 その他( )		6 不明						
介護保険の保険者・障害福祉サービスの支給決定自治体	介護保険の保険者(自治体)				障害福祉サービスの支給決定自治体			
	1 貴施設の所在する市町村		2 貴施設入所前に住んでいた市町村		3 (入所前に施設等に入っていた場合)その施設に入る前に住んでいた市町村		4 その他( )	
3 (入所前に施設等に入っていた場合)その施設に入る前に住んでいた市町村		4 その他( )						

障害福祉サービス利用者(2)					(令和3年1月末日現在の状況)																											
性別	1 男 2 女	年齢	歳	要介護度	1) 非該当 5) 要介護2	2) 要支援1 6) 要介護3	3) 要支援2 7) 要介護4	4) 要介護1 8) 要介護5																								
貴施設の入所期間	1) 1年未満 2) 1年以上2年未満 3) 2年以上3年未満 4) 3年以上5年未満 5) 5年以上10年未満 6) 10年以上20年未満 7) 20年以上																															
貴施設への入所理由(複数可)	1 本人が入所を希望した 2 家族が入所を希望した 3 入所前に入っていた施設、病院等の紹介 4 入所先を紹介する事業者等からの紹介 5 介護が必要になり、これまでの生活環境(在宅、障害者施設等)では支援が難しくなったため 6 疾病、事故等で入院し、退院後に以前の生活環境(在宅、障害者施設等)に戻ることが難しくなったため 7 貴施設が当該利用者の障害に対応可能な施設だったため 8 その他( )																															
障害種別(複数可)	1 身体障害 2 知的障害 3 精神障害 4 難病・その他	身体障害の種類(複数可) 身体障害に○の場合に回答	1 視覚障害 2 聴覚障害・平衡機能障害 3 音声・言語・咀嚼機能障害 4 肢体不自由(上肢) 5 肢体不自由(下肢) 6 肢体不自由(体幹・運動機能) 7 内部障害																													
障害者手帳の所持(複数可)	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 4 いずれも所持していない																															
障害福祉サービスの利用時期	1 貴施設に入所する前から利用 2 貴施設に入所後に利用																															
障害支援区分	1) 区分1 2) 区分2 3) 区分3 4) 区分4 5) 区分5 6) 区分6 7) 区分なし 8) 不明																															
利用している障害福祉サービス(複数可) ※利用サービスについては、令和3年1月の利用実績も記入	<table border="0"> <tr> <td>1 居宅介護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>2 重度訪問介護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>3 同行援護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>4 行動援護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>5 補装具(自立支援給付)</td> <td></td> <td>6 生活介護</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>7 就労継続支援A型</td> <td>[ ] 日</td> <td>8 就労継続支援B型</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>9 自立訓練(機能訓練)</td> <td>[ ] 日</td> <td>10 自立訓練(生活訓練)</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>11 その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※補装具は、自立支援給付によるものについて、過去1年間(令和2年2月～令和3年1月)に支給を受けた場合に○ ※その他に○をつけた場合は、下欄にサービス名称を記入してください。</p>								1 居宅介護	[ ] 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 補装具(自立支援給付)		6 生活介護	[ ] 日	7 就労継続支援A型	[ ] 日	8 就労継続支援B型	[ ] 日	9 自立訓練(機能訓練)	[ ] 日	10 自立訓練(生活訓練)	[ ] 日	11 その他			
1 居宅介護	[ ] 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 補装具(自立支援給付)		6 生活介護	[ ] 日																													
7 就労継続支援A型	[ ] 日	8 就労継続支援B型	[ ] 日																													
9 自立訓練(機能訓練)	[ ] 日	10 自立訓練(生活訓練)	[ ] 日																													
11 その他																																
利用している介護保険サービス(複数可) ※利用サービスについては、令和3年1月の利用実績も記入	<p>※特定施設で外部サービスを利用している場合のみ回答してください。(介護予防含む)</p> <table border="0"> <tr> <td>1 訪問介護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>2 訪問看護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>3 訪問リハビリテーション</td> <td>[ ] 時間</td> <td>4 居宅療養管理指導</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 通所介護(地域密着型含む)</td> <td>[ ] 日</td> <td>6 通所リハビリテーション</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>7 その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※その他に○をつけた場合は、下欄にサービス名称を記入してください。</p>								1 訪問介護	[ ] 時間	2 訪問看護	[ ] 時間	3 訪問リハビリテーション	[ ] 時間	4 居宅療養管理指導		5 通所介護(地域密着型含む)	[ ] 日	6 通所リハビリテーション	[ ] 日	7 その他											
1 訪問介護	[ ] 時間	2 訪問看護	[ ] 時間																													
3 訪問リハビリテーション	[ ] 時間	4 居宅療養管理指導																														
5 通所介護(地域密着型含む)	[ ] 日	6 通所リハビリテーション	[ ] 日																													
7 その他																																
生活保護	1 受給している 2 受給していない																															
住民票	1 貴施設の住所に登録している 2 貴施設の住所に登録していない																															
貴施設に入所する前の住まいの状況	入所前の居住地				入所前の住まいの形態																											
	1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設の所在市町村ではないが同一都道府県内 3 他の都道府県 4 不明				1 障害者支援施設 2 共同生活援助(障害者のグループホーム) 3 在宅 4 他の介護保険施設等 5 その他( ) 6 不明																											
介護保険の保険者・障害福祉サービスの支給決定自治体	介護保険の保険者(自治体)				障害福祉サービスの支給決定自治体																											
	1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設入所前に住んでいた市町村 3 (入所前に施設等に入っていた場合)その施設に入る前に住んでいた市町村 4 その他( )				1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設入所前に住んでいた市町村 3 (入所前に施設等に入っていた場合)その施設に入る前に住んでいた市町村 4 その他( )																											

障害福祉サービス利用者(3)					(令和3年1月末日現在の状況)																											
性別	1 男 2 女	年齢	歳	要介護度	1) 非該当 5) 要介護2	2) 要支援1 6) 要介護3	3) 要支援2 7) 要介護4	4) 要介護1 8) 要介護5																								
貴施設の入所期間	1) 1年未満 5) 5年以上10年未満 2) 1年以上2年未満 6) 10年以上20年未満 3) 2年以上3年未満 7) 20年以上 4) 3年以上5年未満																															
貴施設への入所理由(複数可)	1 本人が入所を希望した 2 家族が入所を希望した 3 入所前に入っていた施設、病院等の紹介 4 入所先を紹介する事業者等からの紹介 5 介護が必要になり、これまでの生活環境(在宅、障害者施設等)では支援が難しくなったため 6 疾病、事故等で入院し、退院後に以前の生活環境(在宅、障害者施設等)に戻ることが難しくなったため 7 貴施設が当該利用者の障害に対応可能な施設だったため 8 その他( )																															
障害種別(複数可)	1 身体障害 2 知的障害 3 精神障害 4 難病・その他	身体障害の種類(複数可) 身体障害に○の場合に回答	1 視覚障害 2 聴覚障害・平衡機能障害 3 音声・言語・咀嚼機能障害 4 肢体不自由(上肢) 5 肢体不自由(下肢) 6 肢体不自由(体幹・運動機能) 7 内部障害																													
障害者手帳の所持(複数可)	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 4 いずれも所持していない																															
障害福祉サービスの利用時期	1 貴施設に入所する前から利用 2 貴施設に入所後に利用																															
障害支援区分	1) 区分1 5) 区分5 2) 区分2 6) 区分6 3) 区分3 7) 区分なし 4) 区分4 8) 不明																															
利用している障害福祉サービス(複数可) ※利用サービスについては、令和3年1月の利用実績も記入	<table border="0"> <tr> <td>1 居宅介護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>2 重度訪問介護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>3 同行援護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>4 行動援護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>5 補装具(自立支援給付)</td> <td></td> <td>6 生活介護</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>7 就労継続支援A型</td> <td>[ ] 日</td> <td>8 就労継続支援B型</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>9 自立訓練(機能訓練)</td> <td>[ ] 日</td> <td>10 自立訓練(生活訓練)</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>11 その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※補装具は、自立支援給付によるものについて、過去1年間(令和2年2月～令和3年1月)に支給を受けた場合に○ ※その他に○をつけた場合は、下欄にサービス名称を記入してください。</p>								1 居宅介護	[ ] 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 補装具(自立支援給付)		6 生活介護	[ ] 日	7 就労継続支援A型	[ ] 日	8 就労継続支援B型	[ ] 日	9 自立訓練(機能訓練)	[ ] 日	10 自立訓練(生活訓練)	[ ] 日	11 その他			
1 居宅介護	[ ] 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 補装具(自立支援給付)		6 生活介護	[ ] 日																													
7 就労継続支援A型	[ ] 日	8 就労継続支援B型	[ ] 日																													
9 自立訓練(機能訓練)	[ ] 日	10 自立訓練(生活訓練)	[ ] 日																													
11 その他																																
利用している介護保険サービス(複数可) ※利用サービスについては、令和3年1月の利用実績も記入	<p>※特定施設で外部サービスを利用している場合のみ回答してください。(介護予防含む)</p> <table border="0"> <tr> <td>1 訪問介護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>2 訪問看護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>3 訪問リハビリテーション</td> <td>[ ] 時間</td> <td>4 居宅療養管理指導</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 通所介護(地域密着型含む)</td> <td>[ ] 日</td> <td>6 通所リハビリテーション</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>7 その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※その他に○をつけた場合は、下欄にサービス名称を記入してください。</p>								1 訪問介護	[ ] 時間	2 訪問看護	[ ] 時間	3 訪問リハビリテーション	[ ] 時間	4 居宅療養管理指導		5 通所介護(地域密着型含む)	[ ] 日	6 通所リハビリテーション	[ ] 日	7 その他											
1 訪問介護	[ ] 時間	2 訪問看護	[ ] 時間																													
3 訪問リハビリテーション	[ ] 時間	4 居宅療養管理指導																														
5 通所介護(地域密着型含む)	[ ] 日	6 通所リハビリテーション	[ ] 日																													
7 その他																																
生活保護	1 受給している 2 受給していない																															
住民票	1 貴施設の住所に登録している 2 貴施設の住所に登録していない																															
貴施設に入所する前の住まいの状況	入所前の居住地				入所前の住まいの形態																											
	1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設の所在市町村ではないが同一都道府県内 3 他の都道府県 4 不明				1 障害者支援施設 2 共同生活援助(障害者のグループホーム) 3 在宅 4 他の介護保険施設等 5 その他( ) 6 不明																											
介護保険の保険者・障害福祉サービスの支給決定自治体	介護保険の保険者(自治体)				障害福祉サービスの支給決定自治体																											
	1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設入所前に住んでいた市町村 3 (入所前に施設等に入っていた場合)その施設に入る前に住んでいた市町村 4 その他( )				1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設入所前に住んでいた市町村 3 (入所前に施設等に入っていた場合)その施設に入る前に住んでいた市町村 4 その他( )																											

障害福祉サービス利用者(4)					(令和3年1月末日現在の状況)																											
性別	1 男 2 女	年齢	歳	要介護度	1) 非該当 5) 要介護2	2) 要支援1 6) 要介護3	3) 要支援2 7) 要介護4	4) 要介護1 8) 要介護5																								
貴施設の入所期間	1) 1年未満 2) 1年以上2年未満 3) 2年以上3年未満 4) 3年以上5年未満 5) 5年以上10年未満 6) 10年以上20年未満 7) 20年以上																															
貴施設への入所理由(複数可)	1 本人が入所を希望した 2 家族が入所を希望した 3 入所前に入っていた施設、病院等の紹介 4 入所先を紹介する事業者等からの紹介 5 介護が必要になり、これまでの生活環境(在宅、障害者施設等)では支援が難しくなったため 6 疾病、事故等で入院し、退院後に以前の生活環境(在宅、障害者施設等)に戻ることが難しくなったため 7 貴施設が当該利用者の障害に対応可能な施設だったため 8 その他( )																															
障害種別(複数可)	1 身体障害 2 知的障害 3 精神障害 4 難病・その他	身体障害の種類(複数可) 身体障害に○の場合に回答	1 視覚障害 2 聴覚障害・平衡機能障害 3 音声・言語・咀嚼機能障害 4 肢体不自由(上肢) 5 肢体不自由(下肢) 6 肢体不自由(体幹・運動機能) 7 内部障害																													
障害者手帳の所持(複数可)	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 4 いずれも所持していない																															
障害福祉サービスの利用時期	1 貴施設に入所する前から利用 2 貴施設に入所後に利用																															
障害支援区分	1) 区分1 2) 区分2 3) 区分3 4) 区分4 5) 区分5 6) 区分6 7) 区分なし 8) 不明																															
利用している障害福祉サービス(複数可) ※利用サービスについては、令和3年1月の利用実績も記入	<table border="0"> <tr> <td>1 居宅介護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>2 重度訪問介護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>3 同行援護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>4 行動援護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>5 補装具(自立支援給付)</td> <td></td> <td>6 生活介護</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>7 就労継続支援A型</td> <td>[ ] 日</td> <td>8 就労継続支援B型</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>9 自立訓練(機能訓練)</td> <td>[ ] 日</td> <td>10 自立訓練(生活訓練)</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>11 その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※補装具は、自立支援給付によるものについて、過去1年間(令和2年2月～令和3年1月)に支給を受けた場合に○ ※その他に○をつけた場合は、下欄にサービス名称を記入してください。</p>								1 居宅介護	[ ] 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 補装具(自立支援給付)		6 生活介護	[ ] 日	7 就労継続支援A型	[ ] 日	8 就労継続支援B型	[ ] 日	9 自立訓練(機能訓練)	[ ] 日	10 自立訓練(生活訓練)	[ ] 日	11 その他			
1 居宅介護	[ ] 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 補装具(自立支援給付)		6 生活介護	[ ] 日																													
7 就労継続支援A型	[ ] 日	8 就労継続支援B型	[ ] 日																													
9 自立訓練(機能訓練)	[ ] 日	10 自立訓練(生活訓練)	[ ] 日																													
11 その他																																
利用している介護保険サービス(複数可) ※利用サービスについては、令和3年1月の利用実績も記入	<p>※特定施設で外部サービスを利用している場合のみ回答してください。(介護予防含む)</p> <table border="0"> <tr> <td>1 訪問介護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>2 訪問看護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>3 訪問リハビリテーション</td> <td>[ ] 時間</td> <td>4 居宅療養管理指導</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 通所介護(地域密着型含む)</td> <td>[ ] 日</td> <td>6 通所リハビリテーション</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>7 その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※その他に○をつけた場合は、下欄にサービス名称を記入してください。</p>								1 訪問介護	[ ] 時間	2 訪問看護	[ ] 時間	3 訪問リハビリテーション	[ ] 時間	4 居宅療養管理指導		5 通所介護(地域密着型含む)	[ ] 日	6 通所リハビリテーション	[ ] 日	7 その他											
1 訪問介護	[ ] 時間	2 訪問看護	[ ] 時間																													
3 訪問リハビリテーション	[ ] 時間	4 居宅療養管理指導																														
5 通所介護(地域密着型含む)	[ ] 日	6 通所リハビリテーション	[ ] 日																													
7 その他																																
生活保護	1 受給している 2 受給していない																															
住民票	1 貴施設の住所に登録している 2 貴施設の住所に登録していない																															
貴施設に入所する前の住まいの状況	入所前の居住地				入所前の住まいの形態																											
	1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設の所在市町村ではないが同一都道府県内 3 他の都道府県 4 不明				1 障害者支援施設 2 共同生活援助(障害者のグループホーム) 3 在宅 4 他の介護保険施設等 5 その他( ) 6 不明																											
介護保険の保険者・障害福祉サービスの支給決定自治体	介護保険の保険者(自治体)				障害福祉サービスの支給決定自治体																											
	1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設入所前に住んでいた市町村 3 (入所前に施設等に入っていた場合)その施設に入る前に住んでいた市町村 4 その他( )				1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設入所前に住んでいた市町村 3 (入所前に施設等に入っていた場合)その施設に入る前に住んでいた市町村 4 その他( )																											

障害福祉サービス利用者(5)					(令和3年1月末日現在の状況)																											
性別	1 男 2 女	年齢	歳	要介護度	1) 非該当 5) 要介護2	2) 要支援1 6) 要介護3	3) 要支援2 7) 要介護4	4) 要介護1 8) 要介護5																								
貴施設の入所期間	1) 1年未満 2) 1年以上2年未満 3) 2年以上3年未満 4) 3年以上5年未満 5) 5年以上10年未満 6) 10年以上20年未満 7) 20年以上																															
貴施設への入所理由(複数可)	1 本人が入所を希望した 2 家族が入所を希望した 3 入所前に入っていた施設、病院等の紹介 4 入所先を紹介する事業者等からの紹介 5 介護が必要になり、これまでの生活環境(在宅、障害者施設等)では支援が難しくなったため 6 疾病、事故等で入院し、退院後に以前の生活環境(在宅、障害者施設等)に戻ることが難しくなったため 7 貴施設が当該利用者の障害に対応可能な施設だったため 8 その他( )																															
障害種別(複数可)	1 身体障害 2 知的障害 3 精神障害 4 難病・その他	身体障害の種類(複数可) 身体障害に○の場合に回答	1 視覚障害 2 聴覚障害・平衡機能障害 3 音声・言語・咀嚼機能障害 4 肢体不自由(上肢) 5 肢体不自由(下肢) 6 肢体不自由(体幹・運動機能) 7 内部障害																													
障害者手帳の所持(複数可)	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 4 いずれも所持していない																															
障害福祉サービスの利用時期	1 貴施設に入所する前から利用 2 貴施設に入所後に利用																															
障害支援区分	1) 区分1 2) 区分2 3) 区分3 4) 区分4 5) 区分5 6) 区分6 7) 区分なし 8) 不明																															
利用している障害福祉サービス(複数可) ※利用サービスについては、令和3年1月の利用実績も記入	<table border="0"> <tr> <td>1 居宅介護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>2 重度訪問介護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>3 同行援護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>4 行動援護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>5 補装具(自立支援給付)</td> <td></td> <td>6 生活介護</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>7 就労継続支援A型</td> <td>[ ] 日</td> <td>8 就労継続支援B型</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>9 自立訓練(機能訓練)</td> <td>[ ] 日</td> <td>10 自立訓練(生活訓練)</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>11 その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※補装具は、自立支援給付によるものについて、過去1年間(令和2年2月～令和3年1月)に支給を受けた場合に○ ※その他に○をつけた場合は、下欄にサービス名称を記入してください。</p>								1 居宅介護	[ ] 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 補装具(自立支援給付)		6 生活介護	[ ] 日	7 就労継続支援A型	[ ] 日	8 就労継続支援B型	[ ] 日	9 自立訓練(機能訓練)	[ ] 日	10 自立訓練(生活訓練)	[ ] 日	11 その他			
1 居宅介護	[ ] 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 補装具(自立支援給付)		6 生活介護	[ ] 日																													
7 就労継続支援A型	[ ] 日	8 就労継続支援B型	[ ] 日																													
9 自立訓練(機能訓練)	[ ] 日	10 自立訓練(生活訓練)	[ ] 日																													
11 その他																																
利用している介護保険サービス(複数可) ※利用サービスについては、令和3年1月の利用実績も記入	<p>※特定施設で外部サービスを利用している場合のみ回答してください。(介護予防含む)</p> <table border="0"> <tr> <td>1 訪問介護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>2 訪問看護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>3 訪問リハビリテーション</td> <td>[ ] 時間</td> <td>4 居宅療養管理指導</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 通所介護(地域密着型含む)</td> <td>[ ] 日</td> <td>6 通所リハビリテーション</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>7 その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※その他に○をつけた場合は、下欄にサービス名称を記入してください。</p>								1 訪問介護	[ ] 時間	2 訪問看護	[ ] 時間	3 訪問リハビリテーション	[ ] 時間	4 居宅療養管理指導		5 通所介護(地域密着型含む)	[ ] 日	6 通所リハビリテーション	[ ] 日	7 その他											
1 訪問介護	[ ] 時間	2 訪問看護	[ ] 時間																													
3 訪問リハビリテーション	[ ] 時間	4 居宅療養管理指導																														
5 通所介護(地域密着型含む)	[ ] 日	6 通所リハビリテーション	[ ] 日																													
7 その他																																
生活保護	1 受給している 2 受給していない																															
住民票	1 貴施設の住所に登録している 2 貴施設の住所に登録していない																															
貴施設に入所する前の住まいの状況	入所前の居住地				入所前の住まいの形態																											
	1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設の所在市町村ではないが同一都道府県内 3 他の都道府県 4 不明				1 障害者支援施設 2 共同生活援助(障害者のグループホーム) 3 在宅 4 他の介護保険施設等 5 その他( ) 6 不明																											
介護保険の保険者・障害福祉サービスの支給決定自治体	介護保険の保険者(自治体)				障害福祉サービスの支給決定自治体																											
	1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設入所前に住んでいた市町村 3 (入所前に施設等に入っていた場合)その施設に入る前に住んでいた市町村 4 その他( )				1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設入所前に住んでいた市町村 3 (入所前に施設等に入っていた場合)その施設に入る前に住んでいた市町村 4 その他( )																											

障害福祉サービス利用者(6)					(令和3年1月末日現在の状況)																											
性別	1 男 2 女	年齢	歳	要介護度	1) 非該当 5) 要介護2	2) 要支援1 6) 要介護3	3) 要支援2 7) 要介護4	4) 要介護1 8) 要介護5																								
貴施設の入所期間	1) 1年未満 2) 1年以上2年未満 3) 2年以上3年未満 4) 3年以上5年未満 5) 5年以上10年未満 6) 10年以上20年未満 7) 20年以上																															
貴施設への入所理由(複数可)	1 本人が入所を希望した 2 家族が入所を希望した 3 入所前に入っていた施設、病院等の紹介 4 入所先を紹介する事業者等からの紹介 5 介護が必要になり、これまでの生活環境(在宅、障害者施設等)では支援が難しくなったため 6 疾病、事故等で入院し、退院後に以前の生活環境(在宅、障害者施設等)に戻ることが難しくなったため 7 貴施設が当該利用者の障害に対応可能な施設だったため 8 その他( )																															
障害種別(複数可)	1 身体障害 2 知的障害 3 精神障害 4 難病・その他	身体障害の種類(複数可) 身体障害に○の場合に回答	1 視覚障害 2 聴覚障害・平衡機能障害 3 音声・言語・咀嚼機能障害 4 肢体不自由(上肢) 5 肢体不自由(下肢) 6 肢体不自由(体幹・運動機能) 7 内部障害																													
障害者手帳の所持(複数可)	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 4 いずれも所持していない																															
障害福祉サービスの利用時期	1 貴施設に入所する前から利用 2 貴施設に入所後に利用																															
障害支援区分	1) 区分1 2) 区分2 3) 区分3 4) 区分4 5) 区分5 6) 区分6 7) 区分なし 8) 不明																															
利用している障害福祉サービス(複数可) ※利用サービスについては、令和3年1月の利用実績も記入	<table border="0"> <tr> <td>1 居宅介護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>2 重度訪問介護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>3 同行援護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>4 行動援護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>5 補装具(自立支援給付)</td> <td></td> <td>6 生活介護</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>7 就労継続支援A型</td> <td>[ ] 日</td> <td>8 就労継続支援B型</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>9 自立訓練(機能訓練)</td> <td>[ ] 日</td> <td>10 自立訓練(生活訓練)</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>11 その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※補装具は、自立支援給付によるものについて、過去1年間(令和2年2月～令和3年1月)に支給を受けた場合に○ ※その他に○をつけた場合は、下欄にサービス名称を記入してください。</p>								1 居宅介護	[ ] 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 補装具(自立支援給付)		6 生活介護	[ ] 日	7 就労継続支援A型	[ ] 日	8 就労継続支援B型	[ ] 日	9 自立訓練(機能訓練)	[ ] 日	10 自立訓練(生活訓練)	[ ] 日	11 その他			
1 居宅介護	[ ] 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 補装具(自立支援給付)		6 生活介護	[ ] 日																													
7 就労継続支援A型	[ ] 日	8 就労継続支援B型	[ ] 日																													
9 自立訓練(機能訓練)	[ ] 日	10 自立訓練(生活訓練)	[ ] 日																													
11 その他																																
利用している介護保険サービス(複数可) ※利用サービスについては、令和3年1月の利用実績も記入	<p>※特定施設で外部サービスを利用している場合のみ回答してください。(介護予防含む)</p> <table border="0"> <tr> <td>1 訪問介護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>2 訪問看護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>3 訪問リハビリテーション</td> <td>[ ] 時間</td> <td>4 居宅療養管理指導</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 通所介護(地域密着型含む)</td> <td>[ ] 日</td> <td>6 通所リハビリテーション</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>7 その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※その他に○をつけた場合は、下欄にサービス名称を記入してください。</p>								1 訪問介護	[ ] 時間	2 訪問看護	[ ] 時間	3 訪問リハビリテーション	[ ] 時間	4 居宅療養管理指導		5 通所介護(地域密着型含む)	[ ] 日	6 通所リハビリテーション	[ ] 日	7 その他											
1 訪問介護	[ ] 時間	2 訪問看護	[ ] 時間																													
3 訪問リハビリテーション	[ ] 時間	4 居宅療養管理指導																														
5 通所介護(地域密着型含む)	[ ] 日	6 通所リハビリテーション	[ ] 日																													
7 その他																																
生活保護	1 受給している 2 受給していない																															
住民票	1 貴施設の住所に登録している 2 貴施設の住所に登録していない																															
貴施設に入所する前の住まいの状況	入所前の居住地				入所前の住まいの形態																											
	1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設の所在市町村ではないが同一都道府県内 3 他の都道府県 4 不明				1 障害者支援施設 2 共同生活援助(障害者のグループホーム) 3 在宅 4 他の介護保険施設等 5 その他( ) 6 不明																											
介護保険の保険者・障害福祉サービスの支給決定自治体	介護保険の保険者(自治体)				障害福祉サービスの支給決定自治体																											
	1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設入所前に住んでいた市町村 3 (入所前に施設等に入っていた場合)その施設に入る前に住んでいた市町村 4 その他( )				1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設入所前に住んでいた市町村 3 (入所前に施設等に入っていた場合)その施設に入る前に住んでいた市町村 4 その他( )																											



障害福祉サービス利用者(7)					(令和3年1月末日現在の状況)			
性別	1 男 2 女	年齢	歳	要介護度	1) 非該当 5) 要介護2	2) 要支援1 6) 要介護3	3) 要支援2 7) 要介護4	4) 要介護1 8) 要介護5
貴施設の入所期間	1) 1年未満 2) 1年以上2年未満 3) 2年以上3年未満 4) 3年以上5年未満 5) 5年以上10年未満 6) 10年以上20年未満 7) 20年以上							
貴施設への入所理由(複数可)	1 本人が入所を希望した 2 家族が入所を希望した 3 入所前に入っていた施設、病院等の紹介 4 入所先を紹介する事業者等からの紹介 5 介護が必要になり、これまでの生活環境(在宅、障害者施設等)では支援が難しくなったため 6 疾病、事故等で入院し、退院後に以前の生活環境(在宅、障害者施設等)に戻ることが難しくなったため 7 貴施設が当該利用者の障害に対応可能な施設だったため 8 その他( )							
障害種別(複数可)	1 身体障害 2 知的障害 3 精神障害 4 難病・その他	身体障害の種類(複数可) 身体障害に○の場合に回答	1 視覚障害 2 聴覚障害・平衡機能障害 3 音声・言語・咀嚼機能障害 4 肢体不自由(上肢) 5 肢体不自由(下肢) 6 肢体不自由(体幹・運動機能) 7 内部障害					
障害者手帳の所持(複数可)	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 4 いずれも所持していない							
障害福祉サービスの利用時期	1 貴施設に入所する前から利用 2 貴施設に入所後に利用							
障害支援区分	1) 区分1 2) 区分2 3) 区分3 4) 区分4 5) 区分5 6) 区分6 7) 区分なし 8) 不明							
利用している障害福祉サービス(複数可) ※利用サービスについては、令和3年1月の利用実績も記入	1 居宅介護 [ ] 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 補装具(自立支援給付) 6 生活介護 [ ] 日 7 就労継続支援A型 [ ] 日 8 就労継続支援B型 [ ] 日 9 自立訓練(機能訓練) [ ] 日 10 自立訓練(生活訓練) [ ] 日 11 その他 ※補装具は、自立支援給付によるものについて、過去1年間(令和2年2月~令和3年1月)に支給を受けた場合に○ ※その他に○をつけた場合は、下欄にサービス名称を記入してください。 ( )							
利用している介護保険サービス(複数可) ※利用サービスについては、令和3年1月の利用実績も記入	※特定施設で外部サービスを利用している場合のみ回答してください。(介護予防含む) 1 訪問介護 [ ] 時間 2 訪問看護 [ ] 時間 3 訪問リハビリテーション [ ] 時間 4 居宅療養管理指導 5 通所介護(地域密着型含む) [ ] 日 6 通所リハビリテーション [ ] 日 7 その他 ※その他に○をつけた場合は、下欄にサービス名称を記入してください。 ( )							
生活保護	1 受給している 2 受給していない							
住民票	1 貴施設の住所に登録している 2 貴施設の住所に登録していない							
貴施設に入所する前の住まいの状況	入所前の居住地				入所前の住まいの形態			
	1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設の所在市町村ではないが同一都道府県内 3 他の都道府県 4 不明				1 障害者支援施設 2 共同生活援助(障害者のグループホーム) 3 在宅 4 他の介護保険施設等 5 その他( ) 6 不明			
介護保険の保険者・障害福祉サービスの支給決定自治体	介護保険の保険者(自治体)				障害福祉サービスの支給決定自治体			
	1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設入所前に住んでいた市町村 3 (入所前に施設等に入っていた場合)その施設に入る前に住んでいた市町村 4 その他( )				1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設入所前に住んでいた市町村 3 (入所前に施設等に入っていた場合)その施設に入る前に住んでいた市町村 4 その他( )			

障害福祉サービス利用者(8)					(令和3年1月末日現在の状況)																											
性別	1 男 2 女	年齢	歳	要介護度	1) 非該当 5) 要介護2	2) 要支援1 6) 要介護3	3) 要支援2 7) 要介護4	4) 要介護1 8) 要介護5																								
貴施設の入所期間	1) 1年未満 2) 1年以上2年未満 3) 2年以上3年未満 4) 3年以上5年未満 5) 5年以上10年未満 6) 10年以上20年未満 7) 20年以上																															
貴施設への入所理由(複数可)	1 本人が入所を希望した 2 家族が入所を希望した 3 入所前に入っていた施設、病院等の紹介 4 入所先を紹介する事業者等からの紹介 5 介護が必要になり、これまでの生活環境(在宅、障害者施設等)では支援が難しくなったため 6 疾病、事故等で入院し、退院後に以前の生活環境(在宅、障害者施設等)に戻ることが難しくなったため 7 貴施設が当該利用者の障害に対応可能な施設だったため 8 その他( )																															
障害種別(複数可)	1 身体障害 2 知的障害 3 精神障害 4 難病・その他	身体障害の種類(複数可) 身体障害に○の場合に回答	1 視覚障害 2 聴覚障害・平衡機能障害 3 音声・言語・咀嚼機能障害 4 肢体不自由(上肢) 5 肢体不自由(下肢) 6 肢体不自由(体幹・運動機能) 7 内部障害																													
障害者手帳の所持(複数可)	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 4 いずれも所持していない																															
障害福祉サービスの利用時期	1 貴施設に入所する前から利用 2 貴施設に入所後に利用																															
障害支援区分	1) 区分1 2) 区分2 3) 区分3 4) 区分4 5) 区分5 6) 区分6 7) 区分なし 8) 不明																															
利用している障害福祉サービス(複数可) ※利用サービスについては、令和3年1月の利用実績も記入	<table border="0"> <tr> <td>1 居宅介護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>2 重度訪問介護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>3 同行援護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>4 行動援護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>5 補装具(自立支援給付)</td> <td></td> <td>6 生活介護</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>7 就労継続支援A型</td> <td>[ ] 日</td> <td>8 就労継続支援B型</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>9 自立訓練(機能訓練)</td> <td>[ ] 日</td> <td>10 自立訓練(生活訓練)</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>11 その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※補装具は、自立支援給付によるものについて、過去1年間(令和2年2月～令和3年1月)に支給を受けた場合に○ ※その他に○をつけた場合は、下欄にサービス名称を記入してください。</p>								1 居宅介護	[ ] 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 補装具(自立支援給付)		6 生活介護	[ ] 日	7 就労継続支援A型	[ ] 日	8 就労継続支援B型	[ ] 日	9 自立訓練(機能訓練)	[ ] 日	10 自立訓練(生活訓練)	[ ] 日	11 その他			
1 居宅介護	[ ] 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 補装具(自立支援給付)		6 生活介護	[ ] 日																													
7 就労継続支援A型	[ ] 日	8 就労継続支援B型	[ ] 日																													
9 自立訓練(機能訓練)	[ ] 日	10 自立訓練(生活訓練)	[ ] 日																													
11 その他																																
利用している介護保険サービス(複数可) ※利用サービスについては、令和3年1月の利用実績も記入	<p>※特定施設で外部サービスを利用している場合のみ回答してください。(介護予防含む)</p> <table border="0"> <tr> <td>1 訪問介護</td> <td>[ ] 時間</td> <td>2 訪問看護</td> <td>[ ] 時間</td> </tr> <tr> <td>3 訪問リハビリテーション</td> <td>[ ] 時間</td> <td>4 居宅療養管理指導</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 通所介護(地域密着型含む)</td> <td>[ ] 日</td> <td>6 通所リハビリテーション</td> <td>[ ] 日</td> </tr> <tr> <td>7 その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※その他に○をつけた場合は、下欄にサービス名称を記入してください。</p>								1 訪問介護	[ ] 時間	2 訪問看護	[ ] 時間	3 訪問リハビリテーション	[ ] 時間	4 居宅療養管理指導		5 通所介護(地域密着型含む)	[ ] 日	6 通所リハビリテーション	[ ] 日	7 その他											
1 訪問介護	[ ] 時間	2 訪問看護	[ ] 時間																													
3 訪問リハビリテーション	[ ] 時間	4 居宅療養管理指導																														
5 通所介護(地域密着型含む)	[ ] 日	6 通所リハビリテーション	[ ] 日																													
7 その他																																
生活保護	1 受給している 2 受給していない																															
住民票	1 貴施設の住所に登録している 2 貴施設の住所に登録していない																															
貴施設に入所する前の住まいの状況	入所前の居住地				入所前の住まいの形態																											
	1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設の所在市町村ではないが同一都道府県内 3 他の都道府県 4 不明				1 障害者支援施設 2 共同生活援助(障害者のグループホーム) 3 在宅 4 他の介護保険施設等 5 その他( ) 6 不明																											
介護保険の保険者・障害福祉サービスの支給決定自治体	介護保険の保険者(自治体)				障害福祉サービスの支給決定自治体																											
	1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設入所前に住んでいた市町村 3 (入所前に施設等に入っていた場合)その施設に入る前に住んでいた市町村 4 その他( )				1 貴施設の所在する市町村 2 貴施設入所前に住んでいた市町村 3 (入所前に施設等に入っていた場合)その施設に入る前に住んでいた市町村 4 その他( )																											

## 自由意見等

問 8 介護保険施設等における障害者の受け入れや、障害福祉サービスの利用、住所地特例のあり方等に関し、ご意見などがありましたら、自由に記入してください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

厚生労働省 令和2年度障害者総合福祉推進事業  
介護保険施設等における障害福祉サービスの利用者の実態調査  
報告書

令和3年3月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社  
政策研究事業本部

大阪本部 研究開発第1部  
〒530-8213 大阪市北区梅田2丁目5番25号  
TEL : 06-7637-1430