

◇孤独・孤立による支援課題を抱える人の支援に関するアンケート（相談支援者用）

A票

機関名（ ）

記入者（ ）

※今回のアンケートにおける「対象者」は、身寄りの状況が設問2の①1～6に当てはまる方とします。

1. 「対象者」の相談対応状況（直近1年間）についてお聞きします。		
①「対象者」の人数と相談全体の中の割合（概数）	およそ（ ）人	およそ（ ）割
②相談経路 （あてはまるものすべて☑）	<input type="checkbox"/> 1. 本人 <input type="checkbox"/> 2. 近隣住民 <input type="checkbox"/> 3. 民生委員 <input type="checkbox"/> 4. 市役所（ ）課	<input type="checkbox"/> 5. 高齢者生活支援センター <input type="checkbox"/> 6. 障がい者相談支援窓口 <input type="checkbox"/> 7. 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 8. その他（ ）
2. 対象者についてお聞きします。（概要の把握のため、複数名おられる場合はあてはまるものすべてにチェックをお願いします）		
①対象者の身寄りの状況や状態、またその関係性 （あてはまるものすべてに☑） かつ （多い順に上位3つの番号を記載）	<input type="checkbox"/> 1. 家族・親族がいない（住所不明を含む） <input type="checkbox"/> 2. 家族・親族が遠方のため、かわりが困難 <input type="checkbox"/> 3. 家族・親族の側の支援する力に問題がある（高齢、困窮、病気、障がい、言語、国籍等） <input type="checkbox"/> 4. 家族・親族からの虐待やDVがある <input type="checkbox"/> 5. 本人が家族・親族との接触を拒絶 <input type="checkbox"/> 6. その他、本人と家族・親族との関係性の問題がある ※多い順に上位3つの番号を記載してください（ ）（ ）（ ）	
②対象者の状態像 （あてはまるものすべてに☑）	<input type="checkbox"/> 1. 身体障がい <input type="checkbox"/> 2. 知的障がい <input type="checkbox"/> 3. 精神障がい <input type="checkbox"/> 4. 発達障がい <input type="checkbox"/> 5. 高次脳機能障がい <input type="checkbox"/> 6. 認知症 <input type="checkbox"/> 7. ひきこもり <input type="checkbox"/> 8. DV・虐待被害 <input type="checkbox"/> 9. ゴミ屋敷 <input type="checkbox"/> 10. 疾病（ ） <input type="checkbox"/> 11. その他（ ）	
3. いくつかの個別ケースについて、対象者の情報、各場面ごとの＜課題＞＜活用した社会資源＞について、B票にて回答をお願いします。		
⇒B票 ※今まで支援された方、現在支援している方の中で代表的な事例（Aさん、Bさん・・・）をご記入ください		
4. これまで関わったケースを振り返って、身寄りとの関係性等を理由とした課題に直面する前に、どのようなことが予防的視点で支援できると考えられますか。		
5. 今後、身寄りとの関係性等を理由として、こういった問題が増えてくると考えられますか。		
6. 身寄りとの関係性等を理由として起こる支援課題に対して、今後どのような仕組みが必要と思われますか？		
7. 後日、さらに詳しい内容について直接聞き取り等させていただくことは可能でしょうか。		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

B票 3. 個別ケースについて、対象者の情報、各場面ごとの課題＜活用した社会資源＞について回答をお願いします。

※色付きの箇所に必ずしくは直接入力にて回答をお願いします。

【ケース1】

対象者の身寄りの状況や状態、またその関係性	<input type="checkbox"/>	1. 家族・親族がいない(住所不明を含む)		
	<input type="checkbox"/>	2. 家族・親族が遠方のため、かかわりが困難		
	<input type="checkbox"/>	3. 家族・親族の側の支援する力に問題がある(高齢、困窮、病気、障がい、言語、国籍等)		
	<input type="checkbox"/>	4. 家族・親族からの虐待やDVがある		
	<input type="checkbox"/>	5. 本人が家族・親族との接触を拒絶		
	<input type="checkbox"/>	6. その他、本人と家族・親族との関係性の問題がある		
対象者の状態像	<input type="checkbox"/>	1. 身体障がい	<input type="checkbox"/>	6. 認知症
	<input type="checkbox"/>	2. 知的障がい	<input type="checkbox"/>	7. ひきこもり
	<input type="checkbox"/>	3. 精神障がい	<input type="checkbox"/>	8. DV・虐待被害
	<input type="checkbox"/>	4. 発達障がい	<input type="checkbox"/>	9. コミ屋敷
	<input type="checkbox"/>	5. 高次脳機能障がい	<input type="checkbox"/>	10. 疾病()
			<input type="checkbox"/>	11. その他()

①暮らし

課題	質問内容	回答
ア □ 福祉サービスの利用契約が困難である	解決した場合、どのような社会資源を使いましたか。	<input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 専門職(弁護士等)との委任契約 <input type="checkbox"/> 民間の団体との契約 <input type="checkbox"/> 福祉サービス利用援助事業(日常生活自立支援事業) <input type="checkbox"/> その他()
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	
イ □ 健康管理(通院、服薬管理など)が困難である	解決した場合、どのような社会資源を使いましたか。	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス <input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 専門職(弁護士等)との委任契約 <input type="checkbox"/> 民間の団体との契約 <input type="checkbox"/> その他()
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	
ウ □ 金銭管理が困難である	解決した場合、どのような社会資源を使いましたか。	<input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 専門職(弁護士等)との委任契約 <input type="checkbox"/> 民間の団体との契約 <input type="checkbox"/> 福祉サービス利用援助事業(日常生活自立支援事業) <input type="checkbox"/> その他()
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	
エ □ 見守りをする人がいない	解決した場合、どのような社会資源を使いましたか。	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス <input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 専門職(弁護士等)との委任契約 <input type="checkbox"/> 民間の団体との契約 <input type="checkbox"/> その他()
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	
オ □ 近隣とトラブルを抱えている	解決した場合、どのような支援を行いましたか。	
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	
カ □ 支援者の介入を望まない	解決した場合、どのような支援を行いましたか。	
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	

②入院時・入所時

課題	質問内容	ご回答
ア □ 手続きする人がいない	解決した場合、どのような社会資源を使いましたか。	<input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 専門職(弁護士等)との委任契約 <input type="checkbox"/> 民間の団体との契約 <input type="checkbox"/> その他()
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	
イ □ 保証人になる人がいない	解決した場合、どのような社会資源を使いましたか。	<input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 専門職(弁護士等)との委任契約 <input type="checkbox"/> 民間の団体との契約 <input type="checkbox"/> その他()
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	
ウ □ 緊急連絡先がない	解決した場合、どのような社会資源を使いましたか。	<input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 専門職(弁護士等)との委任契約 <input type="checkbox"/> 民間の団体との契約 <input type="checkbox"/> その他()
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	

③入院中・入所中

課題	質問内容	ご回答
ア □ 金銭管理(支払い等)をする人がいない	解決した場合、どのような社会資源を使いましたか。	<input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 専門職(弁護士等)との委任契約 <input type="checkbox"/> 民間の団体との契約 <input type="checkbox"/> 福祉サービス利用援助事業(日常生活自立支援事業) <input type="checkbox"/> その他()
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	
イ □ 日用品等の準備をする人がいない	解決した場合、どのような社会資源を使いましたか。	<input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 専門職(弁護士等)との委任契約 <input type="checkbox"/> 民間の団体との契約 <input type="checkbox"/> その他()
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	
ウ □ 医療同意する人がいない	解決した場合、どのように解決しましたか。	
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	

④死後事務

課題	質問内容	回答
ア □ 葬儀や家財の処分を行う人がいない	解決した場合、どのような社会資源を使いましたか。	<input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 専門職(弁護士等)との委任契約 <input type="checkbox"/> 民間の団体との契約 <input type="checkbox"/> 市役所に依頼 <input type="checkbox"/> その他()
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	
イ □ 遺言の作成を望んでいる	解決した場合、どのような社会資源を使いましたか。	<input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 専門職(弁護士等)との委任契約 <input type="checkbox"/> 民間の団体との契約 <input type="checkbox"/> 公証役場を紹介した <input type="checkbox"/> その他()
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	
ウ □ 死後事務(葬儀、遺品整理等)の委任を望んでいる	解決した場合、どのような社会資源を使いましたか。	<input type="checkbox"/> 専門職(弁護士等)との委任契約 <input type="checkbox"/> 民間の団体との契約 <input type="checkbox"/> その他()
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	

⑤意思決定支援

課題	質問内容	ご回答
ア □ 障がいや疾病等のため意思を確認することができない	解決した場合、どのような支援を行いましたか。	
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	
イ □ 意思決定支援の方法がわからない	解決した場合、どのような支援を行いましたか。	
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	

⑥その他(あれば)

課題	質問内容	回答
ア □	解決した場合、どのような支援を行いましたか。	
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	
イ □	解決した場合、どのような支援を行いましたか。	
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	
ウ □	解決した場合、どのような支援を行いましたか。	
	解決しなかった場合、どのような課題がありましたか。	