

平成 30 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

障害者の地域移行及び地域生活支援のサービス実態把握に関する調査
(指定一般相談支援事業所調査)

本調査をお願いするにあたり、以下の事項を遵守いたします。

- 回答者のプライバシーを守ります(無記名調査であり、回答者は特定されません)。
- 得られたデータは本研究の目的のみに使用します。
- 調査票及びデータは厳重に保管・管理いたします。

※調査へのご協力は任意です。回答しないことによる不利益は生じません。

※本調査の回答期限は、**H30年12月20日(木)**です。

※ご不明な点があればお問い合わせください。

-
- お問い合わせ (出来る限りメールでのお問合せをお願いします)

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

※ここから調査が始まります。

本調査では特に断りのない限り、H30年9月1日時点の状況をご回答ください

1 相談支援事業所の基本情報についてお聞きします

問 1 貴事業所の所在地の郵便番号 (7桁) をご記入ください。

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

※所在地把握のために利用します。

問 2 貴事業所の運営者について、あてはまるもの1つに○をつけてください。

1. 市町村	6. 公益財団法人
2. 社会福祉法人	7. 有限会社
3. 医療法人（社会医療法人、社団医療法人等を含む）	8. 株式会社
4. NPO法人	9. その他
5. 一般社団法人・特定社団法人	()

問 3 貴事業所の以下（1）（2）の職員体制について、お答えください。

※指定を受ける際に届け出ている数字をお答えください。

（1）地域相談支援に専従する職員： 常勤 _____人（内ピアサポーター _____人）
非常勤 _____人（内ピアサポーター _____人）
合 計 _____人 (a)

合計の内訳 (b) ←

a. 相談支援専門員	_____人
b. 社会福祉士	_____人
c. 精神保健福祉士	_____人
d. 介護福祉士	_____人
e. 看護師（准看護師含む）	_____人
f. 保健師	_____人
g. 作業療法士	_____人
h. 理学療法士	_____人
i. 言語聴覚士	_____人
j. 臨床心理士	_____人
k. 介護支援専門員	_____人
l. その他	_____人
()	()

* 1人の職員が複数の資格を有する場合には、保有する全ての資格について、人数を記載してください（重複可）。
* したがって、(b) > (a) となる場合もあります。

※指定を受ける際に届け出ている数字をお答えください。

(2) 兼務にて地域相談支援に従事する職員： 常勤___人 (内ピアサポーター___人)

非常勤___人 (内ピアサポーター___人)

合計___人 (a)

合計の内訳 (b) ←

- a. 相談支援専門員_____人
- b. 社会福祉士 _____人
- c. 精神保健福祉士_____人
- d. 介護福祉士 _____人
- e. 看護師 (准看護師含む) _____人
- f. 保健師 _____人
- g. 作業療法士 _____人
- h. 理学療法士 _____人
- i. 言語聴覚士 _____人
- j. 臨床心理士 _____人
- k. 介護支援専門員_____人
- l. その他 _____人
- ()

* 1人の職員が複数の資格を有する場合には、保有する全ての資格について、人数を記載してください (重複可)。

* したがって、(b) > (a) となる場合もあります。

問 4 一般相談支援事業の指定を受けた年度を西暦でご記入ください。

西暦_____年

問 5 貴事業所が主たる利用対象とする領域について、あてはまるもの全てに○を付けてください (複数可)。

- 1. 身体障害
- 2. 知的障害
- 3. 精神障害
- 4. 障害児
- 5. 難病

問 6 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(H26 年度施行)における精神科病院の医療保護入院者退院支援委員会への参加の有無、参加している場合はH29 年度実績をお答えください。

1. 参加あり	2. 参加なし
↓	
H29 年度の実績総数 _____ 件	

※現在参加しているが H29 年度の実績が 0 (なし) の場合は「0」とご記入ください

問 7 一般相談支援事業に従事する職員が兼務する事業について、あてはまるものに○をつけてください。

1. 兼務事業あり	2. 兼務事業なし → 次ページ問 8 へ
↓	

(1) 一般相談支援事業に従事する職員が兼務する事業(自立生活援助、特定相談支援事業を除く)について、あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 居宅介護	14. 就労定着支援
2. 重度訪問介護	15. 共同生活援助
3. 同行援護	16. 移動支援事業
4. 行動援護	17. 地域活動支援センター
5. 療養介護	18. 市町村地域生活支援事業に基づく 相談支援
6. 生活介護	19. 基幹相談支援センター
7. 短期入所	20. 発達障害者支援センター
8. 重度障害者等 包括支援	21. 障害児相談支援
9. 施設入所支援	22. 児童発達支援
10. 自立訓練	23. 居宅介護支援事業(介護保険)
11. 就労移行支援	24. その他
12. 就労継続支援 A 型	
13. 就労継続支援 B 型	

問 8 特定相談支援事業（計画相談支援を実施する事業所）の指定の有無をお答えください。

1. 指定あり	2. 指定なし → 次ページ問9へ
---------	-------------------



(1) H30年9月分の報酬請求実績、計画相談支援に従事していた職員をお答えください。

①サービス利用支援費（H30年9月）	
サービス利用支援費（Ⅰ） _____件	} ※①②について、実績が0（なし）の _____には「0」とご記入ください。
サービス利用支援費（Ⅱ） _____件	
②継続サービス利用支援費（H30年9月）	
継続サービス利用支援費（Ⅰ） _____件	
継続サービス利用支援費（Ⅱ） _____件	
③特定事業所加算（H30年9月） ※算定の有無、有の場合は(Ⅰ)～(Ⅳ)の該当部分に○をつけてください	
1. あり → [(Ⅰ)、 (Ⅱ)、 (Ⅲ)、 (Ⅳ)]	
2. なし	
③計画相談支援に従事していた職員（実人数）（H30年9月）	
合計 _____人 → (合計の内訳)	
専 従	_____人
地域相談支援との兼務	_____人
自立生活援助との兼務	_____人
その他の事業との兼務	_____人

※実績が0（なし）の _____には「0」とご記入ください。

問 9 自立生活援助の指定の有無、ある場合はその実績をお答えください。

1. あり	2. 申請中
↓	3. 指定なし
H30年9月の実績件数 _____ 件	

※指定はあるが、実績が0（なし）の _____ には「0」とご記入ください。

問 10 ①貴事業所職員のH29年度における市町村自立支援協議会の委嘱の有無をお答えください。

1. あり	2. なし
-------	-------

②貴事業所職員のH29年度における市町村自立支援協議会の精神障害部会や地域移行支援部会への参加の有無をお答えください。

1. あり	2. なし
-------	-------

2 地域移行支援についてお聞きします

問 11 H24年度以降、地域移行支援の実績はありますか。

1. 指定を受けていない →11 ページの問 13 へ
2. 依頼がないため、実績がない → (1) へ
3. 依頼はあったが断ったため、実績がない → (1) (2) へ
4. 実績がある →8 ページの問 12 へ

(1) 現時点で依頼があれば実施しますか。

1. 実施する
2. 実施は難しい

※「2. 依頼がないため、実績がない」事業所は 11 ページの問 13 へお進みください

↳ (2)「依頼を断った場合」や「依頼があっても実施困難」の理由として、下記の a~m についてお答えください。

	当てはまる	やや 当てはまる	あまり当て はまらない	当てはまら ない
a. 実施に必要な人員が足りない	4	3	2	1
b. 採算が合わない	4	3	2	1
c. 精神障害者への支援がわからない	4	3	2	1
d. 知的障害者への支援がわからない	4	3	2	1
e. 地域移行支援の方法がわからない	4	3	2	1
f. 地域移行支援を実施する自信がない	4	3	2	1
g. 計画相談で忙しい	4	3	2	1
h. 計画相談以外の業務で忙しい	4	3	2	1
i. 医療機関・施設と連携できない	4	3	2	1
j. 給付決定されない	4	3	2	1
k. 地域移行の給付外で支援している	4	3	2	1
l. 事務手続きが煩雑	4	3	2	1
m. 支援を効率的に展開できない	4	3	2	1
その他、実施していない（できない）理由があればご記入ください。				

※11 ページの間 13 へお進みください。

(3) H24年度～H29年度の終了者の地域移行先別の実人数をお答えください。

a. 家族と同居	_____人	}	合計_____人
b. 単身(自宅)	_____人		
c. 単身(賃貸住宅)	_____人		
d. グループホーム	_____人		
e. 宿泊型自立訓練施設	_____人		
f. 介護保険施設	_____人		
g. 生活保護施設	_____人		
h. その他	_____人		
()			

※実績が0(なし)の場合は「0」とご記入ください。

(4) H29年度終了者の支援実施期間別実人数をお答えください。

a. 3カ月以内	_____人	}	合計_____人
b. 6カ月以内	_____人		
c. 9カ月以内	_____人		
d. 1年以内	_____人		
e. 1年超	_____人		

※実績が0(なし)の _____ には「0」とご記入ください。

(5) 地域移行支援における下記 a～j の支援の頻度をお答えください。

※実績が1件の場合は、その方への頻度、複数実績がある場合は、1人の方への平均的な頻度をお答えください。

	よく行う (週1回以上)	時々行う (月1回以上)	あまり 行わない	行わない
a. 面接相談	4	3	2	1
b. 同行支援	4	3	2	1
c. ケア会議	4	3	2	1
d. 居住先探し	4	3	2	1
e. 日常生活技術向上のための支援	4	3	2	1
f. 家族調整	4	3	2	1
g. 役所手続き	4	3	2	1
h. 障害福祉サービス（体験宿泊以外）の体験利用調整	4	3	2	1
i. 体験宿泊の利用調整	4	3	2	1
j. 日中の過ごし方を一緒に考える	4	3	2	1

(6) (5) 以外に、工夫している支援内容があれば教えてください。

(7) 実施するうえで困難に感じていることがあれば教えてください。

(8) 貴事業所が地域移行支援に取り組んでいる原動力は何か教えてください。

3 地域定着支援の実施についてお聞きします

問 13 H24 年度以降、地域定着支援の実績はありますか。

1. 指定を受けていない → 調査は終わりです

2. 依頼がないため、実績がない → (1) へ

3. 依頼はあったが断ったため、実績がない → (1) (2) へ

4. 実績がある →13 ページの間 14 へ

→ (1) 現時点で依頼があれば実施しますか。

1. 実施する

2. 実施は難しい

※「1. 指定を受けていない」「2. 依頼がないため、実績がない」
事業所は、調査は終わりです。ご協力ありがとうございました
返信用封筒に入れ、12月20日までにご返送ください。

→ (2) 「依頼を断った場合」や「依頼があっても実施困難」の理由として、当てはまるものについて、下記の a~l にお答えください。

	当てはまる	やや 当てはまる	あまり当て はまらない	当てはまら ない
a. 実施に必要な人員が足りない	4	3	2	1
b. 精神障害者への支援方法がわからない	4	3	2	1

	当てはまる	やや 当てはまる	あまり当て はまらない	当てはまら ない
c. 知的障害者への支援方法がわからない	4	3	2	1
d. 地域定着支援のやり方がわからない	4	3	2	1
e. 採算が合わない	4	3	2	1
f. 計画相談で忙しい	4	3	2	1
g. 計画相談以外の業務で忙しい	4	3	2	1
h. 他のサービスで代替可能	4	3	2	1
i. 給付決定されない	4	3	2	1
j. 時間外の対応が難しい	4	3	2	1
k. 手続きが煩雑	4	3	2	1
l. 支援を効率的に展開できない	4	3	2	1
その他、実施していない（できない）理由があればご記入ください。				

H24 年度以降、地域定着支援の実績がない場合、調査は終わりです。
ご協力ありがとうございました。
返信用封筒に入れ、12月20日までにご返送ください。

※問 14 は、H24 年度以降、地域定着支援の実績がある事業所が対象です。

問 14 地域定着支援の実績等についてお聞きします。

(1) 貴事業所への依頼経路について、あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 医療機関または障害者支援施設からの依頼
2. 貴事業所での地域移行支援からの継続的な支援としての依頼
3. 地域移行支援事業所からの依頼
4. 保健所（市町村保健所を含む）からの依頼
5. 市町村（保健所を除く）からの依頼
6. 自立支援協議会での協議を経て
7. 貴事業所からの働きかけ
8. 基幹相談支援センターからの依頼
9. 委託相談支援事業所からの依頼
10. 利用者本人・家族からの依頼
11. その他（ ）

(2) 実施実績（実人数）についてお答えください。

① H24～H28 年度合計

実施総数 _____人

*同じ利用者が入院・入所したのちに退院・退所し、改めて申請があり支援した場合は「2件」にカウント

② H29 年度

実施総数 _____人

※実績が0（なし）の _____ には「0」とご記入ください

(3) H29 年度終了者の支援実施期間別人数をお答えください。

- | | | | |
|---------------|--------|---|-----------|
| a. 6 カ月以内 | _____人 | } | 合計 _____人 |
| b. 1 年以内 | _____人 | | |
| c. 1 年 6 カ月以内 | _____人 | | |
| d. 2 年以内 | _____人 | | |
| e. 2 年超 | _____人 | | |

※実績が0（なし）の _____ には「0」とご記入ください。

(6) 貴事業所が地域定着支援に取り組んでいる原動力は何か教えてください。

(7) H30年9月の1カ月間に対応した貴事業所開所時間外の支援について、支援形態別、内容別にそれぞれ件数をお答えください。

【支援形態】	
a. 電話相談	_____件
b. 訪問	_____件
c. 同行	_____件
d. 来所	_____件
e. その他	_____件
()	()
} 合計 _____ 件	
← 同一数値になるようにしてください。	
【支援内容】	
a. 面接相談（話を聴き助言等）	_____件
b. 各種サービスの利用調整	_____件
c. 家族調整	_____件
d. その他	_____件
()	()
} 合計 _____ 件	

※実績が0（なし）の _____ には「0」とご記入ください。

(8) 平成 29 年度終了者の転機について項目別実人数をお答えください。

a. 期間満了	_____人	}	合計_____人
b. 圏外への転居	_____人		
c. 入院・入所	_____人		
d. 死亡	_____人		
e. その他	_____人		
()		

※実績が0（なし）の_____には「0」とご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

返信用封筒に入れ、12月20日（木）までにご返送ください。