

平成30年度厚生労働科学研究費補助金「障害者の福祉的就労・日中活動サービスの質の向上のための研究」
都道府県・政令指定都市・中核市における生活介護・就労継続支援B型事業所の評価についての実態調査

独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

— 回答票 1 —

A. 生活介護事業について

■ ご回答いただく代表者の所属、連絡先等をご記入ください。

都道府県・市名		所属部署	
回答者名		電話番号	
		F A X 番号	
E-mail			

■ 貴自治体の生活介護事業について、以下の質問にお答えください。（※回答はすべて記述にてお願いします）

1. 貴自治体の生活介護事業所の実地指導・監査の状況について、以下の設問にお答えください。回答は空欄に数字をご記入ください。なお、回答は平成29年4月から平成30年3月まで（平成29年度分）の1年間での実績をご記入ください。

問①. 実地指導・監査を実施した事業所の数 事業所

問②-1. 問①のうち、文書指摘を行った事業所の数 事業所

問②-2. 問②-1に該当する、以下の具体的な指摘があった事業所の数をご記入ください。（重複回答可）

(a) 人員に関する基準 事業所

(b) 設備に関する基準 事業所

(c) 運営に関する基準 事業所

(d) その他 事業所

問③-1. 問①のうち、勧告を行った事業所の数 事業所

問③-2. 問③-1に該当する具体的な勧告の内容についてご記入ください。

（※事業所名等の固有名詞は記入しないで結構です）

1	
2	
3	
4	
5	

問④. 問①のうち、行政処分を行った事業所の数 事業所

問⑤. 以下に該当する処分を行った事業所の数をご記入ください。（重複回答可）

(a) 定員超過利用減算 事業所

(b) サービス提供職員欠如減算 事業所

(c) サービス管理責任者欠如減算 事業所

(d) 生活介護計画未作成減算 事業所

(e) 開所時間減算 事業所

(f) 医師未配置減算 事業所

2. 貴自治体の生活介護事業所について、地域（利用者、家族、他事業所・関係機関、地域住民等）から寄せられている苦情等があれば、その代表的な内容を3例ご記入ください。（回答は簡潔に、箇条書きで結構です）

1	
2	
3	

3. 担当者として、貴自治体の生活介護事業について、課題と思われることがあればご記入ください。

（例）事業所数が不足している、基準は満たしているが運営や支援内容が不透明な事業所がある、など

4. 担当者として、生活介護事業に関するガイドラインを作成するうえで、必要と思われる事柄があればご記入ください。

--

5. 貴自治体の生活介護事業所で特徴的な実践をしている事業所があれば教えてください。

事業所名	
その理由 (実践の内容等)	(例) 利用者の高齢化に対応しながら個別のニーズに応じた支援をしている、利用者が地域とつながるための工夫をしている、など

アンケート（回答票1）は以上です。ご協力ありがとうございました。

平成30年度厚生労働科学研究費補助金「障害者の福祉的就労・日中活動サービスの質の向上のための研究」
都道府県・政令指定都市・中核市における生活介護・就労継続支援B型事業所の評価についての実態調査

独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

— 回答票 2 —

B. 就労継続支援B型事業について

■ ご回答いただく代表者の所属、連絡先等をご記入ください。

都道府県・市名		所属部署	
回答者名		電話番号	
		F A X 番号	
E-mail			

■ 貴自治体の就労継続支援B型事業について、以下の質問にお答えください。(※回答はすべて記述にてお願いします)

1. 貴自治体の就労継続支援B型事業所の実地指導・監査の状況について、以下の設問にお答えください。回答は空欄に数字をご記入ください。なお、回答は平成29年4月から平成30年3月まで（平成29年度分）の1年間での実績をご記入ください。

問①. 実地指導・監査を実施した事業所の数 事業所

問②-1. 問①のうち、文書指摘を行った事業所の数 事業所

問②-2. 問②-1に該当する、以下の具体的な指摘があった事業所の数をご記入ください。(重複回答可)

(a) 人員に関する基準 事業所

(b) 設備に関する基準 事業所

(c) 運営に関する基準 事業所

(d) その他 事業所

問③-1. 問①のうち、勧告を行った事業所の数 事業所

問③-2. 問③-1に該当する具体的な勧告の内容についてご記入ください。

(※事業所名等の固有名詞は記入しないで結構です)

1	
2	
3	
4	
5	

問④. 問①のうち、行政処分を行った事業所の数 事業所

問⑤. 以下に該当する処分を行った事業所の数をご記入ください。(重複回答可)

(a) 定員超過利用減算 事業所

(b) サービス提供職員欠如減算 事業所

(c) サービス管理責任者欠如減算 事業所

(d) 就労継続支援B型計画未作成減算 事業所

2. 貴自治体の就労継続支援B型事業所について、地域（利用者、家族、他事業所・関係機関、地域住民等）から寄せられている苦情等があれば、その代表的な内容を3例ご記入ください。（回答は簡潔に、箇条書きで結構です）

1	
2	
3	

3. 担当者として、貴自治体の就労継続支援B型事業について、課題と思われることがあればご記入ください。

（例）事業所数が不足している、工賃の水準が上がらない、基準は満たしているが運営や支援内容が不透明な事業所がある、など

4. 担当者として、就労継続支援B型事業に関するガイドラインを作成するうえで、必要と思われる事柄があればご記入ください。

--

5. 貴自治体の就労継続支援B型事業所で特徴的な実践をしている事業所があれば教えてください。

事業所名	
その理由 (実践の内容等)	(例) 利用者の高齢化に対応しながら個別のニーズに応じた支援をしている、利用者が地域とつながるための工夫をしている、など

アンケート（回答票2）は以上です。ご協力ありがとうございました。

