

障害者総合支援法の見直しに向けたサービスの実態の把握及びその効果の検証のための研究へのご協力をお願い

グループホーム 施設長 殿

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。また、平素より当法人の事業運営にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当法人では、厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業を受けて、平成30年度から2か年の計画で、障害者総合支援法の見直しに向けたサービスの実態の把握及びその効果の検証のための研究を行っております。

今年度は、日中サービス支援型共同生活援助の指定事業所における運営状況および利用実態に関する調査を実施し、今後の障害者の住まい等を考えるうえでの基礎資料の充実を図りたいと考えております。ご多忙中のところ恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和元年10月

独立行政法人
国立重度知的障害者総合施設のぞみの園
総務企画局研究部長 日詰 正文

●お送りした物

1. 調査へのご協力のお願い（本紙）
2. 「日中サービス支援型共同生活援助の指定事業所における運営状況および利用実態に関する調査」（調査票/A4両面1枚、A4片面1枚、A3片面1枚）
3. 記入例（A4両面1枚、A4片面1枚）
4. 返信用封筒 1枚

●記入上のお願

- 調査票記入例を参考にしてください。
- 同封の返信用封筒にて**令和元年10月31日（木）**までにご投函ください。
- FAX**で回答される場合は、**事業所名・電話番号**が明記されていることを確認の上
ご送信ください。
- 記入欄が足りない場合は、お手数ですが調査票をコピーしてご利用頂くか、下記**E-Mail**までご連絡ください。**Excelシート**をお送り致します。
- 本調査に関する疑問やご不明な点がございましたら、下記の問い合わせ先にご連絡
ください。

●本調査の目的及び倫理的配慮

平成30年4月より創設された日中サービス支援型共同生活援助の、指定事業所における運営状況および利用実態を明確にし、次期報酬改定に向けた基礎資料とすることを目的としております。

また、研究結果の公表に当たっては事業所名等の匿名性を保ち行います。当アンケートは、自由意思による参加となります。ご返信をもって、調査の趣旨をご理解頂いたものとみなさせていただきます。

なお、本研究の手続きについては、国立のぞみの園調査研究倫理審査委員会の承認を得て実施しております。

●本件に関する問い合わせ先

国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 研究部
担当：日詰・古屋・村岡

TEL:027-320-1445（土・日・祝を除く8時30分～17時15分）

FAX:027-320-1391

E-Mail: furuya-kazu@nozomi.go.jp

●当法人に関する情報

ホームページをご参照ください。 URL : <http://www.nozomi.go.jp/>

令和元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に向けたサービスの実態の把握及びその効果の検証のための研究
日中サービス支援型共同生活援助の指定事業所における運営状況および利用実態に関する調査

I. 法人の概要についてにお聞き致します。

1. 令和元年7月31日現在の貴法人の概況についてご記入ください。(選択肢があるものは、番号を選んでご記入ください)

法人名		電話番号	()	記入者氏名	
日中サービス支援型 グループホームの名称		メールアドレス	@		

Q 1. 貴法人の経営(運営)主体を教えてください。(該当する番号をひとつ記載)

- 経営(運営)主体 () ← ①社会福祉法人(社協を含む) ④株式会社/有限会社 ⑦自治体
②特定非営利活動法人 ⑤公益財団法人/公益社団法人 ⑧①~⑦以外(具体的に)
③医療法人 ⑥一般財団法人/一般社団法人

Q 2. 貴法人で運営しているグループホームの共同生活住居数(※部屋数ではありません)、定員数、利用者数を類型別に教えてください。

- 日中サービス支援型 (共同生活住居数) (定員数 人) (利用者数 人)
●外部サービス利用型 (共同生活住居数) (定員数 人) (利用者数 人)
●介護サービス包括型 (共同生活住居数) (定員数 人) (利用者数 人)

II. 事業所の概要についてお聞き致します。

2. 令和元年7月31日現在の貴事業所が運営する日中サービス支援型グループホームについてご記入ください(選択肢があるものは番号を選んでご記入ください)。

Q 3. 日中サービス支援型グループホームの開設年月日を教えてください(※西暦)。

- 開設年月日 (20 年 月 日)

Q 4. 日中サービス支援型グループホームの指定取得方法は下記のどれにあてはまりますか。

- 指定取得方法 () ← ①新規に指定を取得した
②介護サービス包括型グループホームからの類型替えで指定を取得した
③外部サービス利用型グループホームからの類型替えで指定を取得した
④その他(具体的に)

Q 5. 日中サービス支援型グループホームの建物情報を教えてください。

- 建物数 (棟)

Q 6. 日中サービス支援型グループホームで重度・高齢対応の設備等がありましたら、具体的にお書きください(複数回答可)。

- 対応の設備等 () ← ①トイレ ③バリアフリー ⑤手すり ⑦リフト ⑨防音 ⑪車椅子
②浴槽 ④エレベーター ⑥スロープ ⑧スプリンクラー⑩床 ⑫その他(具体的に)

裏面にも設問がございます。

Q7. 日中サービス支援型グループホームの人員について、下記の表に該当する人数をご記入ください。

	実人数	管理者		サービス管理責任者		世話人			生活支援員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	常勤換算	専従	兼務	常勤換算
常勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
非常勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※常勤換算は、常勤の職員の数 + 非常勤の職員の勤務時間 ÷ 常勤の職員が勤務すべき時間

Q8. 日中サービス支援型グループホームで算定している日中サービス支援型共同生活援助サービス費を教えてください。

●日中サービス支援型共同生活援助サービス費 () ← ①世話人の配置が3対1以上 ②世話人の配置が4対1以上 ③世話人の配置が5対1以上

Q9. 日中サービス支援型グループホームで算定している加算を教えてください(該当欄に数字もしくは○印をお書きください)。

- 福祉専門職員配置等加算 () ← ①加算(Ⅰ) ②加算(Ⅱ) ③加算(Ⅲ)
- 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 ()
- 看護職員配置加算 ()
- 夜勤職員加配加算 ()
- 重度障害者支援加算 ()
- 日中支援加算(Ⅱ) ()
- 自立生活支援加算 ()
- 入院時支援特別加算 ()
- 長期入院時支援特別加算 ()
- 帰宅時支援加算 ()
- 長期帰宅時支援加算 ()
- 地域生活移行個別支援特別加算 ()
- 精神障害者地域移行特別加算 ()
- 強度行動障害者地域移行特別加算 ()
- 医療連携体制加算 () ← ①加算(Ⅰ) ②加算(Ⅱ) ③加算(Ⅲ) ④加算(Ⅳ) ⑤加算(Ⅴ)

Q10. 日中サービス支援型グループホーム職員の資格保有者数を教えてください(該当欄に人数をお書きください/複数回答可)。

- 社会福祉士 () 人) ●介護福祉士 () 人) ●精神保健福祉士 () 人) ●公認心理士 () 人)
- 理学療法士 () 人) ●作業療法士 () 人) ●言語聴覚士 () 人) ●看護師(准看含む) () 人)
- ホームヘルパー () 人) ●保持資格なし () 人) ●その他 (資格名 / 人)

Q11. 日中サービス支援型グループホーム職員の研修修了者数を教えてください(該当欄に人数をお書きください/複数回答可)。

- 強度行動障害支援者養成研修(基礎・実践) () 人) ●喀痰吸引等研修 () 人)
- 強度行動障害支援者養成研修(基礎のみ) () 人) ●ガイドヘルパー養成研修 () 人)
- 行動援護従業者養成研修 () 人) ●その他 (研修名 / 人)
- 同行援護従業者養成研修 () 人)

Q12. 日中サービス支援型グループホームの協議会等に対する報告について教えてください。

- どの協議会に報告しているか () ← ①都道府県 ②指定都市 ③中核市 ④市区町村 ⑤圏域 ⑥その他 ()
- 報告の頻度 (回/年)
- 報告の方法 () ← ①会議での報告 ②書面での報告 ③その他 (具体的に)

Q13. 貴事業所は、地域生活支援拠点等の役割を担っていますか。

- 担っているか () ← ①はい ②いいえ

Q14. Q13で「いいえ」と答えた方にお伺いします。地域生活支援拠点等に対する現在の状況を教えてください。

- 状況 () ← ①地域生活支援拠点等となることを検討している ④地域生活支援拠点等になれないか地方自治体から相談があれば検討する
- ②地域生活支援拠点等になれないか地方自治体へ相談している ⑤地域生活支援拠点等になることは検討していない
- ③地域生活支援拠点等になれないか地方自治体から相談を受けている

3. 令和元年7月31日現在、貴事業所が運営の日中サービス支援型グループホームに設置の短期入所についてご記入ください（選択肢がある者は番号を選んでご記入ください）。

Q15. 日中サービス支援型グループホームに設置された短期入所について教えてください。

- 短期入所の定員数 (人)
- 指定の形態 () ← ①単独型 ②併設型

Q16. 令和元年7月1ヶ月間の短期入所の利用状況を教えてください。

- 短期入所の延べ利用日数 (日)
- 短期入所の実利用者数 (人)

Q17. 短期入所サービス費の報酬を算定する際、福祉型強化短期入所サービス費として算定したことはありますか。

- 算定したことが () ← ①ある ②ない

Q18. Q17で②と答えた方に聞きます。算定していない理由を教えてください。

- 理由 () ← ①常勤の看護職員を確保することが難しい ②算定の対象となる利用者がいない ③福祉型強化短期入所サービス費を知らない

Q19. 日中サービス支援型に設置された短期入所で取得したところのある加算について教えてください（複数回答可）。

- 取得加算 () ← ①短期利用加算 ⑤重度障害者支援加算 ⑧栄養士配置加算 ⑪定員超過特例加算
- ②常勤看護職員等配置加算 ⑥単独型加算 ⑨食事提供体制加算 ⑫特別重度支援加算
- ③医療的ケア対応支援加算 ⑦医療連携体制加算 ⑩緊急短期入所受入加算 ⑬送迎加算
- ④重度児・障害者対応支援加算

Q20. Q19で⑩を選んだ方に聞きます。緊急短期入所受入加算を取得した際に苦労した点や取得を検討したが断念した際に難しいと感じた点について教えてください（自由記載）。

()

Ⅲ. 後日、本調査票記載の各質問項目に関して、訪問による聞き取り調査の実施を予定しています。聞き取り調査への協力の可否について、当てはまる方に○をつけてください。

可 () 不可 ()

IV. 日中サードケア支援型グループホーム利用者についてお答えください。

【記入に関するお願い】

- 記入例を参照し、令和元年7月31日現在の状況をご記入ください。
- 設問3～5、7～9、12、14、15は、下記の選択肢より該当する番号をお書きください。
- 設問10～11は令和元年7月1ヶ月間の実績をご記入ください。
- その他を選択する場合は、その内容を空欄に具体的に書きください。

設問	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	性別	年代 (歳代)	障害 支援 区分	要介 支援 認定	主たる 障害 種別	強度の有無	状態像	コミュニケーショ ン方法	利用直前の住居	日中居住 している 居宅内 での場合 の単独居住 の状況 を記入 してください	日中居住 している 居宅以外 での場合 の単独居住 の状況 を記入 してください	日中利用 している サービス の有無	個人単位 での利用 の有無	設問13 での利用 サービス	必要な医師的ケア
設問1	男・女	年代													
設問2	男・女	年代													
設問3	男・女	年代													
設問4	男・女	年代													
設問5	男・女	年代													
設問6	男・女	年代													
設問7	男・女	年代													
設問8	男・女	年代													
設問9	男・女	年代													
設問10	男・女	年代													
設問11	男・女	年代													
設問12	男・女	年代													
設問13	男・女	年代													
設問14	男・女	年代													
設問15	男・女	年代													

設問3～5、7～9、12、14、15は、下記の選択肢より該当する番号をお書きください。

設問3	①非該当	②区分1	③区分2	④区分3	⑤区分4	⑥区分5	⑦区分6	⑧障害支援区分認定を受けていない
設問4	①非該当	②要支援1	③要支援2	④要介護1	⑤要介護2	⑥要介護3	⑦要介護4	⑧要介護5
設問5	①身体障害	②知的障害	③精神障害	④難病	⑤高次脳機能障害			
設問7	①痴呆・障害言語障害者支援体制加算の対象者	②重度障害者支援加算の対象者	③地域生活移行個別支援特別加算の対象者	④精神障害者地域移行特別加算の対象者	⑤強度行動障害者地域移行特別加算の対象者	⑥①～⑤のいずれにも該当しない者		
設問8	①言語	②非言語（具体的に書きください）						
設問9	①居住していたグループホームの類型が日中サードケア支援型に変わった	②法人内の別的外部サードケア利用型グループホーム	③法人内の別の特設サードケア利用型グループホーム	④他法人の外部サードケア利用型グループホーム	⑤他法人の特設サードケア利用型グループホーム	⑥自宅（家族同居）	⑦自宅（単身）	⑧障害者支援施設
設問10	⑨高齢者施設	⑩一般病院	⑪精神科病院					
設問11	①生活介護	②自立訓練（機能）	③自立訓練（生活）	④就労移行支援	⑤就労継続支援A型	⑥就労継続支援B型	⑦就労定着支援	⑧地域活動支援センター
設問12	⑧地域活動支援センター	⑨一般就労	⑩その他（具体的に書きください）					
設問14	①居宅介護	②重度訪問介護						
設問15	①レスピーター管理	②気管内挿管、気管切開	③鼻咽喉頭エラウイ	④経鼻吸入（O ₂ 吸入又はspO ₂ 90％（セント）以下の状態が10％（セント）以上）	⑤6回／日以上の頻回の吸引	⑥ネブライザー6回／日以上又は継続使用	⑦I V H	⑧経管（経鼻、胃ろうを含む）
	⑨腸ろう・尿管栄養	⑩持続注入ポンプ使用（腸ろう・尿管栄養時）	⑪継続する透析（腹膜透析を含む）	⑫定期的3回／日以上				
	⑬人工肛門	⑭その他（具体的に書きください）						

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。
2019年10月31日（木）までにご返信をお願いします。

令和元年9月25日

指定自立生活援助事業所 所長 殿

独立行政法人

国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

総務企画局研究部長 日 詰 正 文

令和元年度厚生労働科学研究補助金 障害者政策総合研究事業

「総合支援法の見直しに向けたサービスの実態の把握及びその効果の検証のための研究」

「自立生活援助事業所の支援に関する実態調査」へのご協力をお願い

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。また、平素より当法人の事業運営にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当法人では、平成30年より厚生労働科学研究補助金障害者政策総合研究事業として「総合支援法の見直しに向けたサービスの実態の把握及びその効果の検証のための研究」を行っております。本研究は、その一環として、昨年4月より新たなサービスとして創設された自立生活援助について、主にサービス提供者を対象に、支援の状況などについての実態把握及びその効果の検証を行うことを目的として、2年間で行うものです。

この度、「自立生活援助事業所の支援に関する実態調査」として、令和元年8月1日現在指定を受けている自立生活援助事業所を対象に、サービス提供の内容や利用者の状況等について把握することを目的としてアンケート調査を実施するものです。

ご多忙中のところ恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

2. 回答期日

令和元年10月18日（金）までにご回答ください。

ご多忙のところご迷惑をおかけしますがよろしくお願いいたします。

3. 回答方法等

- ・同封している**回答票（A3用紙1枚）**にご記入の上、同封の**返信用封筒**にてご投函ください。
- ・ご記入の際は、**記入例をご参照**ください。また、選択肢がある設問については、**別紙1をご参照**の上ご回答ください。
- ・電子データでの返信を希望する場合は、下記 **E-Mail** までご連絡ください。**Excelシート**をお送りいたします。
- ・記入欄が足りない場合は、お手数ですが**調査票をコピー**してご利用頂くか、下記 **E-Mail** までご連絡ください。**Excelシート**をお送りいたします。
- ・本調査に関する疑問やご不明な点がございましたら、下記（裏面）の問い合わせ先にご連絡ください。

4. その他

- ・ご記入いただいた情報は、本研究以外では使用いたしません。また、研究結果の公表に当たっては事業所名、個人名等の匿名性を保ち行います。
- ・なお、当アンケートは、自由意思による参加となります。ご返信をもって、調査の趣旨をご理解頂いたものとみなさせていただきます。

なお、本研究の自立生活援助事業に関する調査は、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サービスの実態調査及び活用推進のためのガイドライン開発に資する研究**』（研究代表者・聖学院大学教授 **田村綾子氏**）との共同研究として実施いたします。

追って、**相談支援事業所が実施主体である事業所**には田村研究班からも調査依頼を予定しており、一部の項目は本調査と重複する内容のため、**回答用紙のコピーをお手元に残してください。**

お手数をおかけしますが、よろしくお願いいたします。

【問い合わせ先】

独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

総務企画局研究部研究課（担当：日詰・関口・村岡・古屋・佐々木・岡田）

TEL **027-320-1400**（土・日・祝を除く8時30分～17時）

FAX **027-320-1391**

E-mail okada-hiro@nozomi.go.jp

自立生活援助事業所の支援に関する実態調査 ー回答票ー

事業所名	運営主体名（法人名等）	連絡先	電話番号/FAX番号
回答者氏名	回答者の職名	E-mailアドレス	

■貴事業所の自立生活援助事業について、以下の質問にお答えください。（回答は2019年7月31日現在の状況でご回答ください）

問1. 基準省令第206条の17に規定している実施主体の種類を、右の選択肢から選んでご回答ください。（2019年7月31日現在）

問1

1. 居宅介護	2. 重度訪問介護	3. 同行援護	4. 行動援護	5. 宿泊型自立訓練
6. 共同生活援助	7. 指定障害者支援施設	8. 指定相談支援		

問2. 貴事業所の人員について、以下の①～②にご回答ください。

①下の表に該当する人数をご記入ください。（2019年7月31日現在）

	実人数	管理者		サービス管理責任者		地域生活支援員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）							
非常勤（人）							

②以下の資格を有している者の人数をそれぞれご記入ください。（複数回答あり）

(a) 社会福祉士		人
(b) 介護福祉士		人
(c) 精神保健福祉士		人
(d) 公認心理士		人

問3. 自立生活援助の契約者数、実利用者数、利用終了者数をご記入ください。（2019年7月31日現在）

①契約者数 人 ②2018年4月1日～2019年7月31日までの実利用者数 人 ③利用終了者数 人

問4. 自立生活援助の**利用終了者**について、以下の設問①～⑫をご記入ください。回答は、「別紙1 回答票 問4の選択肢」をご参照いただき、各設問に対する選択肢より該当するものを選んでご記入ください。（2019年7月までの利用終了者すべてご記入ください）

No.	設問①	設問②	設問③	設問④	設問⑤	設問⑥	設問⑦	設問⑧	設問⑨	設問⑩	設問⑪	設問⑫
	利用開始年月	利用更新の有無	障害種別	性別	年代	障害支援区分	利用者の状態	利用前の居住先	現在の居住形態	他に利用しているサービス	利用終了までの期間	利用を終了した理由
	※「別紙1」選択肢を参照	※更新をした人に○を記入	※「別紙1」選択肢を参照	※「別紙1」選択肢を参照	※「別紙1」選択肢を参照	※「別紙1」選択肢を参照	※「別紙1」選択肢を参照	※「別紙1」選択肢を参照	※「別紙1」選択肢を参照	※「別紙1」選択肢を参照	※月数を記入	※「別紙1」選択肢を参照
1											ヵ月	
2											ヵ月	
3											ヵ月	
4											ヵ月	
5											ヵ月	
6											ヵ月	
7											ヵ月	
8											ヵ月	
9											ヵ月	
10											ヵ月	

裏面にも設問がございます。

【別紙 1】

回答票「問 4」の選択肢

設問番号	選択肢
設問①	1. 2018年4月 2. 2018年5月 3. 2018年6月 4. 2018年7月 5. 2018年8月 6. 2018年9月 7. 2018年10月 8. 2018年11月 9. 2018年12月 10. 2019年1月 11. 2019年2月 12. 2019年3月 13. 2019年4月 14. 2019年5月 15. 2019年6月 16. 2019年7月
設問③	(複数回答あり) 1. 身体 2. 知的 3. 精神 4. 発達 5. 高次脳機能 6. 難病 7. その他 (※右欄に具体的な内容を記述)
設問④	1. 男 2. 女
設問⑤	1. 10歳代 2. 20歳代 3. 30歳代 4. 40歳代 5. 50歳代 6. 60歳代 7. 70歳代 8. 80歳代 9. 90歳代
設問⑥	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. 非該当 8. 区分なし
設問⑦	1. 退所、退院等から1年以内 2. それ以外
設問⑧	1. 障害者支援施設 2. 宿泊型自立訓練 3. 共同生活援助 4. 児童福祉施設 5. 精神科病院 6. 療養介護を行う病院 7. 福祉ホーム 8. 救護施設 9. 更生施設 10. 刑事施設 11. 少年院 12. 更生保護施設 13. 自立更生促進センター 14. 就業支援センター 15. 自立準備ホーム 16. 国立のぞみの園 17. 現に一人暮らし 18. 家族と同居 19. その他 (※右欄に具体的な内容を記述)
設問⑨	1. 単身 2. 障害のある家族との同居 (※右欄に利用者との続柄を記述) 3. 疾病のある家族との同居 (※右欄に利用者との続柄を記述) 4. その他の状態の家族との同居 (※右欄に家族の状態及び利用者との続柄を記述)
設問⑩	(複数回答あり) 1. 居宅介護 2. 重度訪問介護 3. 同行援護 4. 行動援護 5. 重度障害者等包括支援 6. 短期入所 7. 療養介護 8. 生活介護 9. 自立訓練 (機能訓練) 10. 自立訓練 (生活訓練) 11. 就労移行支援 12. 就労継続支援 A 型 13. 就労継続支援 B 型 14. 地域移行支援 15. 地域定着支援 16. 地域活動支援センター 17. 移動支援 18. 精神科デイケア 19. 訪問看護 20. 介護保険サービス (高齢者デイサービスなど) 21. その他 (※右欄に具体的な内容を記述)
設問⑫	1. 利用目的の達成 2. 本人が他市等へ転居したから 3. 本人の意向により 4. 本人が入院・入所したから 5. その他 (※右欄に具体的な内容を記述)

回答票「問 5」の選択肢

設問番号	選択肢
設問①～⑩	※上記に掲げた「問 4」の選択肢から選んでご記入ください。
設問⑬ 設問⑭	※時間帯は、「通報を受けた時間」で該当する下記の選択肢から、それぞれ回数をご記入ください。 1. 開所時間内 2. 開所時間外 (事業所の所定の閉所時間～22時) 3. 開所時間外 (22時～6時) 4. 閉所日 (6時～22時) 5. 閉所日 (22時～6時)
設問⑭	(複数回答あり) 1. 金銭に関する支援(公共料金等の支払いなど) 2. 健康に関する支援(体調不良、精神的に不安定になったなど) 3. 対人関係に関する支援(隣人トラブルへの対応など) 4. 日常生活に関する相談(食事、洗濯、掃除など) 5. 手続きの支援(書類の確認、記入の支援など) 6. その他 (※右欄に具体的な内容を記述)
設問⑰	※行き先で該当する下記の選択肢から、それぞれ回数をご記入ください。 1. 医療機関 2. 行政機関 3. 金融機関 4. 障害福祉サービス等の機関 5. 買い物 6. その他 (※右欄に具体的な内容を記述)

令和元年 11 月 5 日

指定重度訪問介護事業所 所長 殿

独立行政法人
国立重度知的障害者総合施設のぞみの園
総務企画局研究部長 日 詰 正文

令和元年度厚生労働科学研究補助金 障害者政策総合研究事業

「総合支援法の見直しに向けたサービスの実態の把握及びその効果の検証のための研究」

「重度訪問介護の入院時支援に関する実態調査」へのご協力のお願い

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。また、平素より当法人の事業運営にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当法人では、平成 30 年より厚生労働科学研究補助金障害者政策総合研究事業として「総合支援法の見直しに向けたサービスの実態の把握及びその効果の検証のための研究」を行っております。本研究は、その一環として、昨年 4 月より医療機関での入院時まで対象が拡大となった重度訪問介護について、主にサービス提供者を対象に、支援の状況などについての実態把握及びその効果の検証を行うことを目的として行うものです。

この度、「重度訪問介護の入院時支援に関する実態調査」として、重度訪問介護事業所を対象に、主に入院時支援の内容や利用者の状況等について把握することを目的としてアンケート調査を実施するものです。なお、本調査は、自治体（都道府県、政令市、中核市）より入院時支援を行っている事業所として情報提供があった重度訪問介護事業所を対象としています。

ご多忙中のところ恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

2. 回答期日

令和元年 11 月 26 日（火） までにご回答ください。

ご多忙のところご迷惑をおかけしますがよろしく願いいたします。

3. 回答方法等

- ・同封している**回答票（A4 用紙 1 枚）**にご記入の上、同封の**返信用封筒**にてご投函ください。
- ・ご記入の際は、別紙の**記入例**をご参照ください。
- ・電子データでの返信を希望する場合は、下記 **E-Mail** までご連絡ください。**Excel シート**をお送りいたします。
- ・本調査に関する疑問やご不明な点がございましたら、下記(裏面)の問い合わせ先にご連絡ください。

4. その他

・ご記入いただいた情報は、本研究以外では使用いたしません。また、研究結果の公表に当たっては事業所名、個人名等の匿名性を保ち行います。

・なお、当アンケートは、自由意思による参加となります。ご返信をもって、調査の趣旨をご理解頂けたものとみなさせていただきます。

【問い合わせ先】

独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

総務企画局研究部研究課（担当：日詰・関口・村岡・佐々木・古屋・岡田）

TEL **027-320-1400**（土・日・祝を除く8時30分～17時）

FAX **027-320-1391**

E-mail okada-hiro@nozomi.go.jp

重度訪問介護の入院時支援に関する実態調査 ー回答票ー

事業所名		運営主体名（法人名等）	
回答者氏名		回答者の職名	
連絡先（TEL/FAX）	/	E-mailアドレス	

■ 貴事業所の重度訪問介護について、以下の質問にお答えください。（回答は2019年9月30日現在の状況でご回答ください）

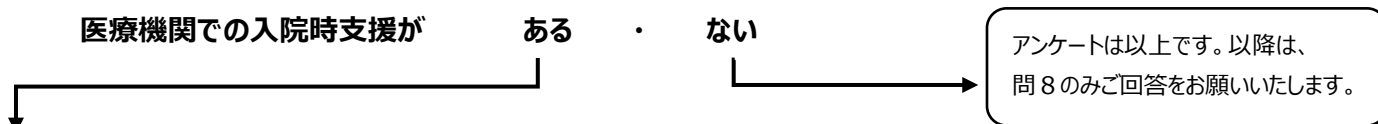
問1. 貴事業所の重度訪問介護の契約者数をご回答ください。 人

問2. 問1の契約者の障害種別をご回答ください。回答は、以下の障害種別ごとに人数をご記入ください。（重複回答あり）

身体障害	<input type="text"/> 人	高次脳機能障害	<input type="text"/> 人
知的障害	<input type="text"/> 人	難病	<input type="text"/> 人
精神障害	<input type="text"/> 人	その他	<input type="text"/> 人
発達障害	<input type="text"/> 人	↳ その他の具体名（	）

問3. 問1の利用者のうち、2019年9月の実利用者数をご回答ください。 人

問4. 貴事業所において、2018年4月以降で、医療機関での入院時に重度訪問介護の支援を行ったことがありますか？
当てはまる方に○をつけてください。



◎ 問4で「1. ある」と回答した方のみ、以下の問5～問7についてご回答ください。

問5. 2018年4月以降で入院時支援を行った利用者数をご回答ください。 人

問6. 問5の利用者の障害種別をご回答ください。回答は、以下の障害種別ごとに人数をご記入ください。（重複回答あり）

身体障害	<input type="text"/> 人	高次脳機能障害	<input type="text"/> 人
知的障害	<input type="text"/> 人	難病	<input type="text"/> 人
精神障害	<input type="text"/> 人	その他	<input type="text"/> 人
発達障害	<input type="text"/> 人	↳ その他の具体名（	）

問7. 2018年4月以降で行った入院時の支援回数をご回答ください。 回

問8. 本研究では、今後指定重度訪問介護事業所を対象とした訪問によるヒアリング調査を実施する予定です。
ヒアリング調査への協力の可否について、当てはまる方に○をつけてください。

ヒアリング調査 可 ・ 不可

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

令和元年 10 月 10 日

指定就労定着支援事業所 所長 殿

独立行政法人
国立重度知的障害者総合施設のぞみの園
総務企画局研究部長 日 詰 正文

令和元年度厚生労働科学研究補助金 障害者政策総合研究事業
「総合支援法の見直しに向けたサービスの実態の把握及びその効果の検証のための研究」
「就労定着支援事業所の支援に関する実態調査」へのご協力をお願い

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。また、平素より当法人の事業運営にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当法人では、平成 30 年より厚生労働科学研究補助金障害者政策総合研究事業として「総合支援法の見直しに向けたサービスの実態の把握及びその効果の検証のための研究」を行っております。本研究は、その一環として、昨年 4 月より新たなサービスとして創設された就労定着支援について、主にサービス提供者を対象に、支援の状況などについての実態把握及びその効果の検証を行うことを目的として行うものです。

この度、「就労定着支援事業所の支援に関する実態調査」として、令和元年 8 月 1 日現在指定を受けている就労定着支援事業所を対象に、サービス提供の内容や利用者の状況等について把握することを目的としてアンケート調査を実施するものです。

ご多忙のところ恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

2. 回答期日

令和元年 11 月 29 日（金）までにご回答ください。

ご多忙のところご迷惑をおかけしますがよろしくお願いいたします。

3. 回答方法等

- ・同封している**回答票（A 3 用紙 1 枚）**にご記入の上、同封の**返信用封筒**にてご投函ください。
- ・ご記入の際は、**記入例をご参照**ください。また、選択肢がある設問については、**別紙 1 をご参照**の上ご回答ください。
- ・電子データでの返信を希望する場合は、下記 **E-Mail** までご連絡ください。**Excel シート**をお送りいたします。
- ・記入欄が足りない場合は、お手数ですが**調査票をコピー**してご利用頂くか、下記 **E-Mail** までご連絡ください。**Excel シート**をお送りいたします。
- ・本調査に関する疑問やご不明な点がございましたら、下記(裏面)の問い合わせ先にご連絡ください。

4. その他

・ご記入いただいた情報は、本研究以外では使用いたしません。また、研究結果の公表に当たっては事業所名、個人名等の匿名性を保ち行います。

・なお、当アンケートは、自由意思による参加となります。ご返信をもって、調査の趣旨をご理解頂けたものとみなさせていただきます。

【問い合わせ先】

独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

総務企画局研究部研究課（担当：日詰・関口・村岡・佐々木・古屋・岡田）

TEL **027-320-1400**（土・日・祝を除く8時30分～17時）

FAX **027-320-1391**

E-mail [**okada-hiro@nozomi.go.jp**](mailto:okada-hiro@nozomi.go.jp)

**令和元年度厚生労働科学研究費補助金「総合支援法の見直しに向けたサービスの実態の把握及びその効果の検証のための研究」
就労定着支援事業所の支援に関する実態調査 ー回答票ー**

事業所名		運営主体名(法人名等)		電話/FAX	/
回答者氏名		回答者の職名		E-mailアドレス	

■ 貴事業所の就労定着支援事業について、以下の質問にお答えください。(回答は2019年9月末日現在の状況でご回答ください)

問1. 貴事業所の実施主体の種類を、選択肢から選んでご回答ください。(複数回答あり)

1. 生活介護	2. 自立訓練(機能訓練)	3. 自立訓練(生活訓練)	4. 就労移行支援	5. 就労継続支援A型	6. 就労継続支援B型
---------	---------------	---------------	-----------	-------------	-------------

問2. 就労定着支援の対象(就職後6か月以上3年6か月未満)となる利用者の数をご記入ください。(2019年9月末日現在)

[] 人

問3. 問2のうち、就労定着支援の契約者数をご記入ください。(2019年9月末日現在)

[] 人

問4. 問2のうち、契約をしていない者がいる場合、契約をしていない主な理由をすべてご回答ください。その他の場合は()内に具体的に記述してください。(複数回答あり)

1. 企業訪問等の支援ができないため	2. 本人が他市等へ転居したため	3. 本人が支援を拒否したため
4. 本人の経済的な理由のため(1割負担等により)	5. その他()	

問5. 就労定着支援事業の開始時期をご回答ください。

1. 2018年4月	2. 2018年5月	3. 2018年6月	4. 2018年7月	5. 2018年8月	6. 2018年9月	7. 2018年10月	8. 2018年11月	9. 2018年12月
10. 2019年1月	11. 2019年2月	12. 2019年3月	13. 2019年4月	14. 2019年5月	15. 2019年6月	16. 2019年7月	17. 2019年8月	

問6. 基本報酬にかかる就労定着率の区分をご回答ください。

1. 9割以上	2. 8割以上9割未満	3. 7割以上8割未満	4. 5割以上7割未満	5. 3割以上5割未満	6. 1割以上3割未満	7. 1割未満
---------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	---------

問7. 貴事業所の職員について以下の項目ごとにご回答ください。設問①②③⑥は、下記の選択肢より選択の上ご回答ください。

	①雇用形態 (下記選択肢より選択)	②職務形態 (下記選択肢より選択)	③職務内容 (下記選択肢より選択)	④企業訪問回数 (2019年9月の1ヶ月の回数) (回数を記入)	⑤利用者との面談回数 (2019年9月の1ヶ月の回数) (回数を記入)	⑥保有資格 (下記選択肢より選択)	⑦職場適応援助者(JC)養成研修修了者 (修了者には○を記入)
職員1(管理者)			管理者	回	回		
職員2				回	回		
職員3				回	回		
職員4				回	回		
職員5				回	回		
職員6				回	回		
職員7				回	回		
職員8				回	回		
職員9				回	回		
職員10				回	回		

① 1. 常勤 2. 非常勤	② 1. 専任 2. 兼務	③ 1. サービス管理責任者 2. 就労定着支援員 3. その他(就労移行の支援員、生活支援員など)	⑥ 1. 社会福祉士 2. 精神保健福祉士 3. 介護福祉士 4. 公認心理師 5. その他
-----------------------------	----------------------------	--	--

問8. 貴事業所の就労定着支援の利用者で、すでに支援を終了した利用者の人数をご回答ください。

[] 人

問9. 問8の利用者のうち、就職後3年6か月以内で終了した利用者の人数をご回答ください。

[] 人

問10. 問9の利用者の、支援を終了した主な理由をすべてご回答ください。その他の場合は()内に具体的に記述してください。(複数回答あり)

1. 支援の必要がなく定着ができたため	2. 本人が他市等へ転居したため	3. 本人が支援を拒否したため
4. 本人の経済的な理由のため(1割負担等により)	5. 就業先との雇用が終了したため	
7. その他()		

問11. 問8の利用者で、就職後3年6か月の標準利用期間を満了して支援が終了した利用者がある場合、以下の問いにご回答ください。

・貴事業所の支援終了後の主な就労支援のつなぎ先をご回答ください。その他の場合は()内に具体的に記述してください。(複数回答あり)

1. 就業・生活支援センター	2. 地域の就労支援機関	3. 地域の相談支援事業所	4. 自事業所、自法人等での支援継続	5. 特に他機関につないでいない
6. その他()				

問12. 利用者のうち、利用料の自己負担がある人数をご回答ください。

(a) 一般1(上限額9,300円) [] 人

(b) 一般2(上限額37,200円) [] 人

問13. 就労定着支援を実施して良かった点をご記入ください。(自由記述)

[]

問14. 就労定着支援事業の実施上の課題(支援内容、支援方法、他機関連携等)をご記入ください。

[]

問15. 就労定着支援の利用者について、以下の設問①～⑰をご記入ください。回答は、「別紙1」の選択肢をご参照いただき、各設問に対する選択肢より該当するものを選んでご記入ください。

(2019年9月の実利用者すべてご記入ください)

No.	設問①	設問②	設問③	設問④	設問⑤	設問⑥	設問⑦	設問⑧	設問⑨	設問⑩	設問⑪	設問⑫	設問⑬	設問⑭						設問⑮	設問⑯		設問⑰	
	就労定着支援のサービス利用開始月	現在の就業先での雇用開始時期	障害種別	性別	年代	サービス利用計画の作成者	雇用先の種類	障害者雇用のカウント数	業務内容	1週間の標準勤務時間数	企業訪問の回数(2019年9月の1ヶ月の回数)	設問⑩の主な内容	利用者への支援回数(2019年9月の1ヶ月の回数)	設問⑭の具体的な支援方法 ※内容は選択肢を参照。 各支援内容に該当する回数を記入						利用者の勤務先訪問の際のタイミング(※設問⑭で「利用者の勤務先を訪問」がある場合のみご回答ください。)	設問⑯の主な支援内容		初期加算の有無	
	※選択肢を参照	※選択肢を参照	※選択肢を参照	※選択肢を参照	※選択肢を参照	※選択肢を参照	※選択肢を参照	※選択肢を参照	※選択肢を参照	※時間数を記入	※回数を記入	※選択肢を参照	※回数を記入	選択肢1	選択肢2	選択肢3	選択肢4	選択肢5	選択肢6	選択肢6「その他」の内容を記入	※選択肢を参照	※選択肢を参照		※有りには○を記入
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

【別紙 1】

回答票「問15」の選択肢

設問番号	選択肢
設問①	1. 2018年4月 2. 2018年5月 3. 2018年6月 4. 2018年7月 5. 2018年8月 6. 2018年9月 7. 2018年10月 8. 2018年11月 9. 2018年12月 10. 2019年1月 11. 2019年2月 12. 2019年3月 13. 2019年4月 14. 2019年5月 15. 2019年6月 16. 2019年7月 17. 2019年8月 18. 2019年9月
設問②	1. 2014年12月以前 2. 2015年1～6月 3. 2015年7～12月 4. 2016年1～6月 5. 2016年7～12月 6. 2017年1～6月 7. 2017年7～12月 8. 2018年1～6月 9. 2018年7～12月 10. 2019年1～6月 11. 2019年7月以降
設問③	<u>(複数回答あり)</u> 1. 身体 2. 知的 3. 精神 4. 発達 5. 高次脳機能 6. 難病 7. その他（※右欄に具体的な内容を記述）
設問④	1. 男 2. 女
設問⑤	1. 10歳代 2. 20歳代 3. 30歳代 4. 40歳代 5. 50歳代 6. 60歳代 7. 70歳代
設問⑥	1. 自法人の相談支援専門員が作成 2. 他法人の相談支援専門員が作成 3. 利用者本人が作成（セルフプラン）
設問⑦	1. 一般企業 2. 特例子会社 3. 官公庁 4. その他
設問⑧	1. <u>1</u> 2. <u>2</u> 3. <u>0</u> 4. <u>0.5</u> 5. 不明
設問⑨	1. 管理的職業 2. 専門的・技術的職業 3. 事務的職業 4. 販売の職業 5. サービスの職業 6. 保安の職業 7. 農林漁業の職業 8. 生産工程の職業 9. 輸送・機械運転の職業 10. 建設・採掘の職業 11. 運搬・清掃・包装等の職業 12. その他（※右欄に具体的な内容を記述）
設問⑩	<u>(複数回答あり)</u> 1. 利用者への作業の指導方法に関する助言 2. 職務の再設計に関する助言 3. 職場環境の整備に関する助言 4. 利用者とのコミュニケーションの取り方に関する助言 5. その他（※右欄に具体的な内容を記述）
設問⑪	1. 利用者の勤務先を訪問 2. 利用者の自宅を訪問 3. 利用者が貴事業所に来所し個別で相談 4. 電話・メールで対応 5. OB会等の集団の場で対応 6. その他（※右欄に具体的な内容を記述）
設問⑫	<u>(複数回答あり)</u> 1. 勤務先の就業時間内 2. 勤務先の就業時間外（休憩時間、勤務終了後） 3. 通勤途中
設問⑬	<u>(複数回答あり)</u> 1. 仕事の遂行に関すること 2. 職場の上司との人間関係 3. 職場の同僚との人間関係 4. 家族や友人との人間関係 5. 体調、健康状態 6. 金銭管理 7. 日常生活（食事や身だしなみ、家事など） 8. その他（※右欄に具体的な内容を記述）