

**厚生労働科学研究費補助金研究
障害者支援施設における地域移行支援に関する調査**

I. 貴障害者支援施設の概要についてお教えてください（令和元（2019）年9月30日現在）。

1. 貴施設の母体となる法人が実施している障害福祉サービス等について、お答えください。（すべてに○）

- | | |
|----------------|----------------------|
| 1. 居宅介護 | 15. 就労定着支援 |
| 2. 重度訪問介護 | 16. 自立生活援助 |
| 3. 同行援護 | 17. 共同生活援助（グループホーム）※ |
| 4. 行動援護 | 18. 児童発達支援 |
| 5. 療養介護 | 19. 放課後等デイサービス |
| 6. 生活介護 | 20. 福祉型障害児入所支援 |
| 7. 短期入所 | 21. 医療型障害児入所支援 |
| 8. 重度障害者等包括支援 | 22. 障害児相談支援 |
| 9. 施設入所支援 | 23. 地域移行支援 |
| 10. 自立訓練（機能訓練） | 24. 地域定着支援 |
| 11. 自立訓練（生活訓練） | 25. 特定相談支援 |
| 12. 就労移行支援 | 26. 地域生活支援事業 |
| 13. 就労継続支援A型 | 27. その他 |
| 14. 就労継続支援B型 | |

※ここでの共同生活援助（グループホーム）は全ての形態を含みます

2. 共同生活援助（グループホーム）を実施していると回答した場合、定員数と令和元（2019）年9月30日の現員数をお答えください。共同生活援助が複数の場合は、合計してご記入ください。

定員数（ ）人

現員数（ ）人

3. 貴施設の母体となる法人が運営している障害者支援施設数（指定を受けている施設数）をお答えください。

（ ）箇所

4. 貴施設の開設年をご記入ください。

西暦 () 年

5. 貴施設の在り者概況についてお答えください。

(1) 以下は、厚生労働省「障害者支援施設等調査票 令和元年(2019)10月1日調査」の項目です。調査票に記載された数値をご記入ください。

①令和元(2019)年9月30日現在の在り者数

入所者数	人
通所者数	人

以下の回答にあたり、該当する人がいない場合、そのセルには「0(ゼロ)」を入れてください

②年齢階級別在り者数(各年齢別の実人数を記載)

17歳以下	人	40～44歳	人	70～74歳	人
18・19歳	人	45～49歳	人	75～79歳	人
20～24歳	人	50～54歳	人	80～84歳	人
25～29歳	人	55～59歳	人	85～89歳	人
30～34歳	人	60～64歳	人	90歳以上	人
35～39歳	人	65～69歳	人		

③入所期間別入所者数(障害者支援施設の入所者数のみお答えください)

6か月以下	人	2年超～3年以下	人
6か月超～1年6か月以下	人	3年超～5年以下	人
1年6か月超～2年以下	人	5年超	人

④退所後の住居(夜の住まい)及び退所理由についてお答えください。

(平成30(2018)年10月1日～令和元(2019)年9月30日)

ア:退所後の住居(夜の住まい)

自宅・アパート等	人
共同生活援助	人
福祉ホーム	人
入所施設	人

イ：退所理由

入院	人
死亡	人
その他	人

(2) 以下は令和元(2019)年9月30日現在の貴施設の入所者のみについてお答えください。

①障害支援区分別人数

区分3	人
区分4	人
区分5	人
区分6	人
その他	人

以下の回答にあたり、該当する人がいない場合、そのセルには「0(ゼロ)」を入れてください

②主たる障害種別人数 ※障害が重複する場合はそれぞれの項目に回答してください。

身体障害	人
知的障害	人
精神障害	人
その他	人

③性別

男性	人
女性	人

6. 平成30(2018)年度に入所した方の入所前の生活の場についてお答えください。

地域生活(家族同居、共同生活援助、ひとり暮らし等)	人
他入所施設(障害児)	人
他入所施設(障害者)	人
他入所施設(高齢者)	人
矯正施設	人
地域移行型ホーム	人
病院	人
その他	人

以下の回答にあたり、該当する人がいない場合、そのセルには「0(ゼロ)」を入れてください

Ⅲ. 障害者総合支援法における「地域移行支援」に関してお答えください。

※障害者総合支援法における「地域移行支援」とは、
地域相談支援事業に位置づけられている「地域移行支援」を指します。

12. 障害者総合支援法における「地域移行支援」では、どのようなサービスを受けられるか
ご存じですか。

1. はい
2. いいえ ➡ サービス内容を知りたいですか。 はい ・ いいえ

13. 貴施設におけるこれまでの障害者総合支援法における「地域移行支援」の活用の有無に
ついてお答えください。また、活用した場合はその実利用者数をお答えください。

1. 活用したことがある（している）し、今後も活用したい
2. 活用したことがある（している）が、今後の活用は考えていない
3. 活用したことはないが、今後は活用したい
4. 活用したことがなく、今後も活用を考えていない

➡ ★★上記で、1または2に○をつけた方（活用経験あり）へお聞きします。

7ページ（5）へ

（1）平成 24（2012）～平成 29（2017）年度の「地域移行支援」の利用者数をお答えください。

のべ利用者数
() 人

※該当する人がいない場合、
「0（ゼロ）」を入れてください

①内訳：障害別 ※障害が重複する者はその他に回答
身体障害 () 人 知的障害 () 人
精神障害 () 人 その他 () 人

②内訳：同一法人の相談支援事業所を利用した者の数
() 人

（2）平成 30（2018）年度の「地域移行支援」の利用者数をお答えください。

のべ利用者数
() 人

※該当する人がいない場合、
「0（ゼロ）」を入れてください

①内訳：障害別 ※障害が重複する者はその他に回答
身体障害 () 人 知的障害 () 人
精神障害 () 人 その他 () 人

②内訳：同一法人の相談支援事業所を利用した者の数
() 人

(3) 平成 30 (2018) 年度の「地域移行支援」の利用者 3 名を選び、下記についてお答えください。

	性別 ①男 ②女	年齢 (現在)	主たる障害 ①身体 ②知的 ③精神 ④その他 (重複の場合は、当てはまるものをすべて記入)	地域移行支援の利用期間 (実月数)	地域移行先 ①家族と同居 ②共同生活援助(グループホーム) ③ひとり暮らし ④年度内に地域移行に至らず
1					
2					
3					

(4) 障害者総合支援法における「地域移行支援」を①利用する利点と②利用する際の課題についてお答えください。

①利用する利点

	4 非常に 当てはまる	3 当てはまる	2 あまり当て はまらない	1 全く当ては まらない
ア. 退所後の支援との連続性が生まれる	4	3	2	1
イ. 施設内のマンパワー不足を補える	4	3	2	1
ウ. 支援関係者のネットワークができる	4	3	2	1
エ. 退所に向けた支援内容に幅が出る	4	3	2	1
オ. 家族の同意が得られやすい	4	3	2	1
上記以外に利点があればお聞かせください。				

②利用する際に課題となる点

	4 非常に 当てはまる	3 当てはまる	2 あまり当て はまらない	1 全く当ては まらない
ア. 施設の報酬に反映されない	4	3	2	1
イ. 利用する事業所の調整に時間がかかる	4	3	2	1
ウ. 施設外の関係者の調整に手間がかかる	4	3	2	1
エ. 利用したいと思える事業所がない	4	3	2	1

	4 非常に 当てはまる	3 当てはまる	2 あまり当て はまらない	1 全く当ては まらない
オ. 支援頻度が少ない	4	3	2	1
カ. 半年間という期限では使いにくい	4	3	2	1
キ. 自治体の支給決定に時間がかかる	4	3	2	1
ク. 自治体への支給申請手続きが難しい	4	3	2	1
ケ. 利用者が仕組みを理解できない	4	3	2	1
コ. 入所者本人に勧めても利用の意思を示さない	4	3	2	1
上記以外に課題があればお聞かせください。				

★5 ページの 13 で 2. 3. 4 (活用したことはない、または、今後の活用は考えていない) とご回答いただいた方にお聞きします。

(5) 障害者総合支援法における「地域移行支援」を活用したことがない、または今後の活用を考えていない理由についてお答えください。

	4 非常に 当てはまる	3 当てはまる	2 あまり当て はまらない	1 全く当ては まらない
ア. 施設への収入に反映されない	4	3	2	1
イ. 施設内のスタッフでできる	4	3	2	1
ウ. 利用について施設内の多職種の合意が得られない	4	3	2	1
エ. 「地域移行支援」の仕組みがわからない	4	3	2	1
オ. 「地域移行支援」を利用しなくても関係機関と連携できる	4	3	2	1
カ. 利用手続きに時間がかかりすぎる	4	3	2	1
キ. 利用を申請しても支給決定されない	4	3	2	1
ク. 指定一般相談支援事業所が入所者の退所する市町村にない	4	3	2	1
ケ. 指定一般相談支援事業所が少ない	4	3	2	1
コ. 指定一般相談支援事業所が貴施設から遠い	4	3	2	1
サ. 指定一般相談支援事業所が依頼に応じてくれない	4	3	2	1
シ. 本人の障害特性に応じた支援に慣れていない事業所に依頼したくない	4	3	2	1

入. 利用者が「地域移行支援」の利用を希望しない	4	3	2	1
セ. 「地域移行支援」の対象者がいない	4	3	2	1
リ. 入所者の特性上、地域移行支援を行っていない	4	3	2	1
上記以外に理由があればお聞かせください。				

★★ 以降の設問は全ての方がご回答ください。

14. 障害者総合支援法における「地域移行支援」は、障害者支援施設で生活中的全障害者を利用対象とするサービスですが、貴法人では特にどのような入所者が利用する可能性が高いかお聞かせください。

--

15. 障害者総合支援法における「地域移行支援」を利用する場合、1人の入所者に対して、どのくらいの頻度で利用できるか良いと思いますか。最も当てはまるものを1つ選んでください。

1. 週2回以上	3. 月2回程度	5. わからない
2. 週1回以上	4. その他	

16. 貴法人の入所者が障害者総合支援法における「地域移行支援」を利用する際、相談支援事業所が行う下記の取り組みについて、必要度をお答えください。

	4 非常に 必要である	3 必要である	2 あまり必要 ではない	1 必要では ない
ア. 面接相談	4	3	2	1
イ. 同行支援	4	3	2	1
ウ. ケア会議（施設内スタッフを交えた協議）	4	3	2	1
エ. ケア会議（関係機関のスタッフを交えた協議）	4	3	2	1
オ. 居住先探し	4	3	2	1
カ. 日常生活技術向上のための支援	4	3	2	1
キ. 家族調整	4	3	2	1
ク. 役所手続きの代行	4	3	2	1
ケ. 障害福祉サービスの体験利用調整	4	3	2	1

	4 非常に 必要である	3 必要である	2 あまり必要 ではない	1 必要では ない
コ. 体験宿泊の利用調整	4	3	2	1
カ. 日中活動の検討	4	3	2	1
キ. 電話相談（本人の話を聞く）	4	3	2	1
ク. 障害福祉サービスの利用調整	4	3	2	1
ケ. ピアサポーターの紹介	4	3	2	1
上記以外に必要な点があればお聞かせください。				

17. 貴施設で入所者に障害者総合支援法における「地域移行支援」の利用を勧める際に留意していることがあればお聞かせください。

--

IV. 障害者総合支援法における「地域移行支援」以外で、貴施設における地域移行を支援する取り組みについてお答えください。

※ここでの「地域移行」とは、地域相談支援の「地域移行支援」を活用せずに、貴施設から地域生活へ移行することを指します。また、別の障害者支援施設、矯正施設・高齢者施設・病院・地域移行型ホーム等への移行は含みません。

18. 「地域移行支援」を利用せずに貴施設から自宅、共同生活援助（グループホーム）等へ移行した者の実績（実人数）について、移行先別にお答えください。

(1) 平成 24 (2012) ～平成 29 (2017) 年度

同一法人が運営する共同生活援助	人
別法人が運営する共同生活援助	人
家族同居	人
ひとり暮らし・結婚等	人
その他	人

以下の回答にあたり、該当する人がいない場合、そのセルには「0 (ゼロ)」を入れてください

(2) 平成 30 (2018) 年度

同一法人が運営する共同生活援助	人
別法人が運営する共同生活援助	人
家族同居	人
ひとり暮らし・結婚等	人
その他	人

19. 障害者総合支援法における「地域移行支援」の利用以外で、貴施設が行っている地域移行のための支援について、①過去の利用実人数、②支援の有効性、③今後の必要性について、①は人数、②③は、それぞれ当てはまるもの1つに○をつけてください。

①過去の利用実人数

	4 10人以上	3 6～9人	2 1～5人	1 0人
ア. 面接相談	4	3	2	1
イ. 同行支援	4	3	2	1
ウ. ケア会議（施設内スタッフを交えた協議）	4	3	2	1
エ. ケア会議（関係機関のスタッフを交えた協議）	4	3	2	1
オ. 居住先探し	4	3	2	1
カ. 日常生活技術向上のための支援	4	3	2	1
キ. 家族調整	4	3	2	1
ク. 役所手続きの代行	4	3	2	1
ケ. 障害福祉サービスの体験利用調整	4	3	2	1
コ. 体験宿泊の利用調整	4	3	2	1
サ. 日中活動の検討	4	3	2	1
シ. 電話相談（本人の話を聞く）	4	3	2	1
ス. 障害福祉サービスの利用調整	4	3	2	1
セ. ピアサポーターの紹介	4	3	2	1
上記以外に実施している支援があればお聞かせください。				

②支援の有効性

	4 非常に 当てはまる	3 当てはまる	2 あまり当て はまらない	1 全く当ては まらない
ア. 面接相談	4	3	2	1
イ. 同行支援	4	3	2	1
ウ. ケア会議（施設内スタッフを交えた協議）	4	3	2	1
エ. ケア会議（関係機関のスタッフを交えた協議）	4	3	2	1
オ. 居住先探し	4	3	2	1
カ. 日常生活技術向上のための支援	4	3	2	1
キ. 家族調整	4	3	2	1
ク. 役所手続きの代行	4	3	2	1
ケ. 障害福祉サービスの体験利用調整	4	3	2	1
コ. 体験宿泊の利用調整	4	3	2	1
サ. 日中活動の検討（文言変更）	4	3	2	1
シ. 電話相談（本人の話を聞く）	4	3	2	1
ス. 障害福祉サービスの利用調整	4	3	2	1
セ. ピアサポーターの紹介	4	3	2	1
上記以外に有効と思われる支援があればお聞かせください。				

③今後の必要性

	4 非常に 当てはまる	3 当てはまる	2 あまり当て はまらない	1 全く当ては まらない
ア. 面接相談	4	3	2	1
イ. 同行支援	4	3	2	1
ウ. ケア会議（施設内スタッフを交えた協議）	4	3	2	1
エ. ケア会議（関係機関のスタッフを交えた協議）	4	3	2	1
オ. 居住先探し	4	3	2	1
カ. 日常生活技術向上のための支援	4	3	2	1

	4 非常に 当てはまる	3 当てはまる	2 あまり当て はまらない	1 全く当ては まらない
キ. 家族調整	4	3	2	1
ク. 役所手続きの代行	4	3	2	1
ケ. 障害福祉サービスの体験利用調整	4	3	2	1
コ. 体験宿泊の利用調整	4	3	2	1
サ. 日中活動の検討（文言変更）	4	3	2	1
シ. 電話相談（本人の話を聞く）	4	3	2	1
ス. 障害福祉サービスの利用調整	4	3	2	1
セ. ピアサポーターの紹介	4	3	2	1
上記以外に必要なと思われる支援があればお聞かせください。				

20. 利用者が施設から地域へと移行する際に留意していることがありましたら、お聞かせください。

--

設問は以上です。ご回答ありがとうございました。

回答内容について追加でお尋ねする場合があります。差支えなければご連絡先等をご記入ください。

貴法人名
貴施設名
住所（貴施設）
連絡先（電話）／（メール）
回答者ご氏名

令和2年2月14日（金）までに投函をお願いいたします。