

個人シート：利用者・終了者一人ひとりについて回答してください

- 回答の方法は基本シートと同じです
- ★以外の質問は、国立のぞみの園の平成30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」における質問と同じです（一部選択肢の変更有）。お手元に回答票の写しがありましたらご参照のうえご回答ください。
- その他等の文字は に直接記載をお願いいたします。
- () に記載する数字は右の に記入してください。
- <https://www.comon.jp/dl/tamura.html> からエクセルファイルをダウンロードできます。



お名前・番号等

ここから調査が始まります

複数人分を回答する場合は、誰について回答しているかを管理するために、必要に応じて右記の欄を利用してください。
 個人名等を記載して返送する必要はありません。→

1. 利用開始の年月	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	<input type="text"/>
2. 障害種別	1 身体障害 <input type="checkbox"/> 3 精神障害 <input type="checkbox"/> 5 難病 <input type="checkbox"/> ※複数可、あてはまるものに○ 2 知的障害 <input type="checkbox"/> 4 障害児 <input type="checkbox"/> 6 その他 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3. 性別	1. 男性 2. 女性	<input type="text"/>
4. 年代	1. 10代 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代 6. 60代 7. 70代 8. 80代 9. 90代	<input type="text"/>
5. 障害支援区分	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. なし	<input type="text"/>
6. 退院・退所からの経過年数	1. 1年以内 2. それ以外	<input type="text"/>
7. 利用前の居住先	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 → <input type="text"/>	<input type="text"/>
★ 8. 過去の地域移行支援の利用歴	1. 貴事業所あり 2. 他の事業所あり 3. なし 4. 不明	<input type="text"/>
9. 現在の居住形態	1. 単身 2. 障害のある家族との同居 3. 疾病のある家族との同居 4. その他の状態の家族との同居 5. その他 → <input type="text"/>	↓本人からみた続柄をご記入ください <input type="text"/> 具体的に <input type="text"/>
★ 10. 過去の地域定着支援の利用歴	1. 貴事業所あり 2. 他の事業所あり 3. なし 4. 不明	<input type="text"/>
11. 他に利用しているサービス	※複数可、あてはまるものに○ 1. 居宅介護 <input type="checkbox"/> 8. 生活介護 <input type="checkbox"/> 15. 移動支援 <input type="checkbox"/> 2. 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 9. 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 16. 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 3. 同行援護 <input type="checkbox"/> 10. 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 17. 訪問看護 <input type="checkbox"/> 4. 行動援護 <input type="checkbox"/> 11. 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 18. 介護保険サービス（高齢者デイサービス等） <input type="checkbox"/> 5. 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 12. 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 19. その他 <input type="checkbox"/> 6. 短期入所 <input type="checkbox"/> 13. 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 20. 利用していない <input type="checkbox"/> 7. 療養介護 <input type="checkbox"/> 14. 地域活動支援センター <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

★ 1 2. 過去に1年以上の入院・入所歴の有

1. あり (→直近 年 か月)	2. なし	3. 不明	
		年	か月

1 3. 訪問回数 (2019年7月の1か月)

1. 訪問あり	2. なし	3. わからない	
			2019年7月の1か月

1 3-1. そのうち随時通報を受けて行った訪問 (定期的に予定された訪問ではないもの) を行った時間帯と回数 (2019年7月の1か月)

※複数可、あてはまるものに○ 回数↓

1. 開所時間内		→	
2. 開所時間外 (事業所の所定の閉所時間から22時まで)		→	
3. 開所時間外 (22時から6時まで)		→	
4. 閉所日 (6時から22時まで)		→	
5. 閉所日 (22時から6時まで)		→	

1 4. 電話相談回数 (2019年7月の1か月)

1. 電話相談あり	2. なし	3. わからない	
			2019年7月の1か月

1 4-1. 電話相談を行った時間帯と回数 (2019年7月の1か月)

※複数可、あてはまるものに○ 回数↓

1. 開所時間内		→	
2. 開所時間外 (事業所の所定の閉所時間から22時まで)		→	
3. 開所時間外 (22時から6時まで)		→	
4. 閉所日 (6時から22時まで)		→	
5. 閉所日 (22時から6時まで)		→	

★ 1 5. 定期巡回の支援課題として多いもの3つを以下より選択

★ 1 6. 随時訪問の支援課題として多いもの3つを以下より選択

★ 1 7. 自立生活援助による支援効果が高いもの3つを以下より選択

1. サービス利用に関する情報提供や相談・助言	2. 他の支援者への情報提供	3. 金銭管理の相談・助言
4. 服薬管理に関する相談・助言	5. サービス利用に関する相談・助言	6. 受診に関する相談・助言
7. 家事に関する相談・助言	8. 人間関係に関する相談・助言	9. 病状の不安定時の対応
10. 他の支援者との連絡調整	11. 本人と他者の関係調整・仲介	12. 家族への相談・助言
13. 支援ネットワークの形成	14. 各種手続きの相談又は代行	15. トラブル対応
16. 同行支援	17. その他	

1 8. 同行支援加算に係る支援の行き先と回数 (2019年7月の1か月) ※複数可

あてはまるものに○ 回数↓

1. 医療機関		4. 障害福祉サービス等の機関		7. 同行支援を実施していない理由
2. 行政機関		5. 買い物		
3. 金融機関		6. その他		

1 9. 2019年7月末時点の対象者の利用状況

1. 終了→19-1と2へ	2. 利用 (更新あり) →19-3へ	3. 利用 (更新なし)	
---------------	---------------------	--------------	--

1 9-1. 2019年7月末時点で終了している人については、終了までの期間 (月数) を記載

1 9-2. 2019年7月末時点で終了している人については、終了理由を1つ選択

1. 利用目的の達成	2. 本人が他市等へ転居した	3. 本人の意向により	4. 本人が入院・入所した
5. その他			

★ 1 9-3. 自立生活援助の利用を更新した場合、その主な理由を1つ選択

1. 本人希望	2. 生活課題・ニーズの変化	3. 利用目的の未達成	4. 家族・関係者からの要請
---------	----------------	-------------	----------------

エクセルの場合、任意のフォルダにファイルの保存をお願いいたします。基本シート上に送信先が記載されています。