

## 資料1-1：悉皆調査依頼文書

平成 30 年 11 月 22 日

指定一般相談支援事業所 管理者 様

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  
研究代表者：田村綾子  
(聖学院大学心理福祉学部教授)

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」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。平素は、障害のある方々の地域生活支援にご尽力くださり感謝いたします。

さて、私は厚生労働省が所管する平成 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として「**障害者の地域移行及び地域生活支援の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**」に、多くの方々のご協力を得て取組んでおります。ご多用のところたいへん恐縮ですが、指定一般相談支援事業所の指定を受けている事業所の管理者各位におかれましては、本調査へのご協力を賜りますようお願い申し上げます。

### 記

#### 1 調査目的

- ① 精神・知的障害者が長期入院や施設の長期入所を解消し、本人が望むくらしを実現するための方策をあまねく届けること
- ② 共生社会の実現に向け、障害をもつ人びとも安心して地域社会の一員としてくらすための適切な支援を受けられるよう、障害福祉サービス事業所による障害者への地域移行・地域定着支援のための実践的知見を提供し、従事者の力量の向上に貢献すること
- ③ 次年度には自立生活援助の実施状況と実態把握の調査も行い、障害福祉サービス報酬の次期改定に向け、より実効性のある仕組みや報酬のあり方に関する検討のための基礎資料を得ること
- ④ 入院医療中心からの脱却に向けて重点的にはたらきかけるべき課題を分析し、支援従事者の声を政策に反映させること

#### 2 調査対象

厚生労働省障害保健福祉課のご協力を得て、都道府県、政令市、中核市より指定一般相談支援事業所の名簿の提供を受け、全ての事業所を対象にしております。同一事業者が複数の事業所指定を受けている場合、調査票も複数送付しておりますので事業所ごとにご回答ください。

### 3 調査方法

- ・郵送配布・郵送回収により実施します。
- ・同封の封筒により返送をお願いいたします。

### 4 回答期限

**平成 30 年 12 月 20 日 (木) 必着**になるようご協力ください。

### 5 倫理的配慮

本研究は、聖学院大学研究倫理審査基準に則って実施しております。

得られたデータは、研究目的以外では使用しません。また、得られたデータは電子化して統計的に分析し、研究終了後 5 年間保存したのちはすべて適切な方法で廃棄します。

調査へのご協力は任意ですので、回答しないことを以て調査への回答拒否の表明とみなしません。回答しないことによる不利益は生じません。

### 6 研究結果のご報告と研究成果の還元

研究結果は、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報告として厚生労働省に報告書を提出するほか、学会発表や論文掲載に活用させていただきます。また次期報酬改定に向けた政策提言のための基礎資料としても活用いたします。

### 7 問合せ先

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

（出来る限りメールでのお問合せをお願いします）

### 8 発送及び返送等委託について

- ・発送及び返送の受付、入力については、以下に委託をしております。
- ・委託先とは情報保護を記載した契約書を交わし、委託先は、業務終了後は速やかにデータの削除を行います。
- ・委託先：166-0015 東京都杉並区成田東 5-35-15 The Plaza F 2 階  
株式会社コモン計画研究所

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 ページの問 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~| 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。

(4) H29年度利用者の居住形態別人数をお答えください。

a. 単身 (自宅)	_____人	} 合計_____人
b. 単身 (賃貸住宅)	_____人	
c. 家族と同居	_____人	
d. その他	_____人	
( )		

※実績が0 (なし) の \_\_\_\_\_ には「0」とご記入ください。

(5) 地域定着支援の実施における下記 a~g 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. 来所相談	4	3	2	1
b. 電話相談	4	3	2	1
c. 訪問	4	3	2	1
d. ケア会議	4	3	2	1
e. 家族調整	4	3	2	1
f. 関係機関 (医療機関含む) との 調整	4	3	2	1
g. 居住先の近隣との調整	4	3	2	1
その他、地域定着支援において行っている支援があればご記入ください。				



(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。

<b>【支援形態】</b>	
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	
↓	
同じ数値になるようにしてください。	
↓	
<b>【支援内容】</b>	
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。

資料 2-1：質的調査 依頼文書

平成 31 年 1 月 7 日

指定一般相談支援事業所 様  
精神科医療機関 様  
行政機関 様

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  
研究代表者：田村綾子  
(聖学院大学心理福祉学部教授)

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」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。平素は、障害のある方々の地域生活支援にご尽力くださり感謝いたします。

さて、私は厚生労働省が所管する平成 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として「**障害者の地域移行及び地域生活支援の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**」に、多くの方々のご協力を得て取組んでおります。ご多用のところたいへん恐縮ですが、貴圏域における精神障害者、知的障害者の地域移行支援及び地域定着支援の取組みに関する本調査へのご協力を賜りますようお願い申し上げます。

記

1 調査目的

- ① 精神・知的障害者が長期入院や施設の長期入所を解消し、本人が望むくらしを実現するための方策をあまねく届けること
- ② 医療機関・障害福祉サービス事業所・行政機関の連携に基づく障害者への地域移行・地域定着支援の好事例に基づく実践的知見を収集し、従事者の力量の向上に貢献すること
- ③ 次期報酬改定に向け、より実効性のある仕組みや報酬のあり方に関する検討のための基礎資料を得ること
- ④ 入院医療中心から地域生活支援に向けて重点的にはたらきかけるべき課題を分析し、支援従事者の声を政策に反映させること

## 資料 2-1：質的調査 依頼文書

### 2. 調査方法

○グループインタビューを実施させていただきます。インタビュー対象は、以下の方々です。

- ・指定一般相談支援事業所の管理者または地域移行・地域定着支援の従事者
- ・医療機関または入所施設で障害者の地域移行・地域定着支援において地域の関係機関と連携する職員

・市町村の行政機関において障害福祉サービスの支給決定を担当する職員および実務者

○質問項目は以下を予定し、ご発言を IC レコーダーで記録させていただきます。記録は逐語データとしたのちに発言者にご確認いただきます。

○インタビューは、本研究の研究分担者および研究協力者が行います。

○インタビュー時間は2時間を予定しております、

○逐語データは匿名化して分析し、固有名詞や個人情報を使用しません。

### 3. 調査内容

①回答者の属性（職種、経験年数、地域移行・地域定着の従事年数）、所属先機関の基礎情報（対象圏域、利用者数、H24～29年度の地域移行支援・地域定着支援の実績）

②地域移行支援・地域定着支援の仕組み作りのために工夫してきたこと

③本地域（市区町村、圏域）における地域移行支援・地域定着支援の展開に関する行政の方針

④地域移行支援・地域定着支援の成果だと思ふこと

⑤行政機関、障害福祉サービス事業所、医療機関や入所施設、その他関係機関の連携の状況（自立支援協議会の開催状況や構成メンバー等）

⑥a)精神障害と知的障害の支援特性の違いの有無と内容

b)精神障害者または知的障害者の地域移行支援・地域定着支援をしていない理由

※実施状況に応じて a)b)のいずれかを選択

⑦長期入院者と短期入院者の地域移行支援のそれぞれの特徴

⑧地域移行支援・地域定着支援の促進要因と関連する地域特性(保健福祉関連／人口動態や産業他)

⑨その他、地域移行支援・地域定着支援の促進に向けて他の地域へ提供できる知見など

### 4. 実施日時と場所

日時：2019年●月●日（●）00：00～00：00

場所：●●●●●●●●

### 5. 倫理的配慮

本研究は、聖学院大学研究倫理審査基準に則って実施しております。

## 資料 2-1 : 質的調査 依頼文書

得られたデータは、研究目的以外では使用しません。また、匿名化して統計的に分析し、研究終了後5年間保存したのちはすべて適切な方法で廃棄します。また作業の一部を業者に委託する際は、委託業者より誓約書の提出を求め、委託契約終了とともにデータを廃棄してもらいます。

調査へのご協力は任意ですので、回答しないことによる不利益は生じません。また、インタビューの開始後に回答をやめたい場合は中止することができます。

以上、ご理解いただいたうえで調査にご協力いただける方は別紙の同意書に署名、捺印をお願いいたします。調査当日に回収します。

### 6. 研究結果のご報告と研究成果の還元

研究結果は、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報告として厚生労働省に報告書を提出するほか、学会発表や論文掲載に活用させていただきます。また次期報酬改定に向けた政策提言のための基礎資料としても活用いたします。

### 7. 問合せ先

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

（出来る限りメールでのお問合せをお願いします）

## 調査の質問項目 (インタビューガイド)

\* 質問の順番は、前後することがあります。

1. みなさまのことを教えてください。\* 順番にお聞きします。
  - 1) 所属、2) 職種、3) 保健医療福祉領域での実務経験年数、
  - 4) 地域移行支援・地域定着支援に係る業務への従事年数
2. 地域移行・定着支援の仕組み作りのために工夫してきたことを教えてください。  
\* 先ず、“●●病院”の方にお聞きします。
3. 地域移行・定着支援の展開に関する行政の方針を教えてください。  
\* 先ず、●●市の方にお聞きします。
4. 地域移行・定着支援の成果だと思ふことを教えてください。  
\* 自由にお話ください。
5. 行政、事業所、病院、その他関係機関の連携の状況 (自立支援協議会の開催状況や構成メンバー等) を教えてください。  
\* 自由にお話ください。
6. 精神障害と知的障害の支援特性の違いの有無と内容を教えてください。  
(もしくは、精神障害・知的障害の人を支援していない理由を教えてください。)  
\* 先ず、“相談支援事業所 ●●●●”の方にお聞きします。
7. 長期入院者と短期入院者の地域移行支援の特徴をそれぞれ教えてください。  
\* 先ず、“●●病院”の方にお聞きします。
8. その他、地域移行・定着支援の促進に向けて他の地域へ提供できる知見があれば聞かせてください。  
\* 自由にお話ください。

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

## 調査の質問項目 (インタビューガイド)

\* 質問の順番は、前後することがあります。

1. みなさまのことを教えてください。\* 順番にお聞きします。
  - 1) 所属、2) 職種、3) 保健医療福祉領域での実務経験年数、  
4) 地域移行支援・地域定着支援に係る業務への従事年数
2. 地域移行・定着支援の仕組み作りのために工夫してきたことを教えてください。  
\* 先ず、“●●施設”の方にお聞きします。
3. 地域移行・定着支援の展開に関する行政の方針を教えてください。  
\* 先ず、●●市の方にお聞きします。
4. 地域移行・定着支援の成果だと思ふことを教えてください。  
\* 自由にお話ください。
5. 行政、事業所、病院、その他関係機関の連携の状況 (自立支援協議会の開催状況や構成メンバー等) を教えてください。  
\* 自由にお話ください。
6. 精神障害と知的障害の支援特性の違いの有無と内容を教えてください。  
(もしくは、精神障害・知的障害の人を支援していない理由を教えてください。)  
\* 先ず、“相談支援事業所 ●●●●”の方にお聞きします。
7. 長期入所者と短期入所者の地域移行支援の特徴をそれぞれ教えてください。  
\* 先ず、“●●病院”の方にお聞きします。
8. その他、地域移行・定着支援の促進に向けて他の地域へ提供できる知見があれば聞かせてください。  
\* 自由にお話ください。

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。