

(資料4-1) 相談支援事業所調査 依頼状

令和元年12月2日

相談支援事業所 管理者 様

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
研究代表者：田村綾子
(聖学院大学心理福祉学部教授)

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」
【相談支援事業所における自立生活援助事業の実施状況調査】 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、平成30年度より取組んでおります。昨年度の調査におきましても貴事業所よりご回答いただいたことと存じます。引き続きの依頼となり、ご多用のところたいへん恐縮ですが、自立生活援助事業の指定を受けている相談支援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：

障害者が長期入院や施設の長期入所を解消し、障害者の地域生活支援について実態を踏まえて検討し、障害をもつ人びとも安心して地域社会の一員として暮らせるようにすることを通じた共生社会の実現と、障害者への地域生活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したいと考えております。

特に、今年度は新サービスとして広まりつつある自立生活援助の実施状況と実態把握、および好事例の収集を通して課題分析とガイドラインの作成を予定しているほか、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に役立つ基礎資料を得たいと考えており、みなさまの声を政策に反映させることも目指しております。

2 調査対象：

本研究は、厚生労働省障害保健福祉課のご協力を得て国立のぞみの園が実施中の「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」と並行して進めさせていただいており、のぞみの園が自治体より取得した指定事業所名簿に則って自立生活援助事業の指定を受けているすべての相談支援事業所を対象にしております。

3 調査方法：

- ・郵送配布のうえ、郵送返送またはメール返送により実施します。
- ・調査票は事業所についてお尋ねする「基本シート」と、自立生活援助の利用者一人ひとりについて回答いただく「個人シート」の2種類があります。
- ・個人シートには、本年9月に実施されたのぞみの園における調査回答を転記していただく項目があります。
- ・かならず両方を一括してご返送ください。
- ・郵送返送の場合は、同封の封筒をご使用ください。
- ・メール返送の場合は下記の手順でご回答ください。メール返送はエクセル回答となります。
 - ① 調査票をダウンロード・保存してください。 <https://www.comon.jp/dl/tamura.html>
 - ② 調査票はエクセルファイルです。回答し、ファイルを保存したのち、添付ファイルで送信してください。→ 送信先：2019tamura@comon.jp



4 回答期限：令和元年12月28（土）

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。また、のぞみの園の倫理委員会においても当方へのデータ提供について承認をいただいております。

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す。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、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：株式会社コモン計画研究所 166-0015 東京都杉並区成田東5-35-15 The PlazaF 2階

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）

自立生活援助事業所調査 基本シート

■エクセルファイルをダウンロードして回答する場合

- この調査は、<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。
- ダウンロードファイルは必ず任意の場所に保存し、回答を進めてください。
- 回答の途中で保存をすれば、時間がたっても回答を再開することができます。
- | |
|--|
| |
| |
| |
| |

 はあてはまる選択肢の番号を入れてください。
- | |
|--|
| |
|--|

 はあてはまる選択肢について○を入れてください。
- | |
|--|
| |
|--|

 は数字を入力。すべて整数回答のため小数点以下は入力できません。
- | |
|--|
| |
|--|

 は文字や文章を記載してください。
- エクセルファイルにおいては、

--

 は自動で計算されます。
- 回答後は、以下アドレスに**令和元年12月28日（土）までに添付ファイル送信**してください。



プルダウン、直接数字を入力のどちらもできます

添付ファイル送信先 2019tamura@comon.jp

※送信前に必ず保存してください

■この調査票に直接記入して回答する場合

- 1つに○の回答は、

--

 に選択肢の番号を入れてください。
- 複数に○の回答はあてはまる選択肢の

--

 に○を入れてください。
- 数字や文字の回答は

--

--

 に記載をしてください。
- 回答後は、返信用封筒に入れ**令和元年12月28日（土）まで**にご返送をお願いいたします。

紙面で回答する場合は、あてはまる選択肢番号に直接○をしてもかまいません

★ここから調査が始まります

1. 貴事業所の運営者について、ご回答ください。

①事業所所在地

都道府県名	
市町村名	

②運営法人の種別

1. 社会福祉法人
2. 医療法人（社会医療法人、社団医療法人等を含む）
3. NPO法人
4. 一般社団法人・特定社団法人
5. 公益財団法人
6. 有限会社
7. 株式会社
8. その他

★自立生活援助について伺います

2-1. 自立生活援助に従事する職員について、ご回答ください。

※実人数をご記入ください、いない場合は0を記入してください

常勤	<input type="text"/>	→ 内訳：専従 <input type="text"/> 人 兼務 <input type="text"/> 人	
	人	→ 常勤のうち当該事業のための新規採用者	<input type="text"/> 人
非常勤	<input type="text"/>	→ 内訳：専従 <input type="text"/> 人 兼務 <input type="text"/> 人	
	人	→ 非常勤のうち当該事業のための新規採用者	<input type="text"/> 人
合計	<input type="text"/>	→ 内訳：専従 <input type="text"/> 人 兼務 <input type="text"/> 人	
	人	→ 合計職員のうち当該事業のための新規採用者	<input type="text"/> 人

2-2. 兼務者がいる場合、何と兼務をしているかをお教えてください。

※あてはまるものに○ ↓

1. 特定相談支援	<input type="checkbox"/>
2. 一般相談支援	<input type="checkbox"/>
3. 委託・基幹相談支援	<input type="checkbox"/>
4. その他	<input type="checkbox"/>

2-3. 自立生活援助に従事する職員について、資格等の状況をお教えてください。

※複数の資格等を有している人は、それぞれの資格にカウントしてください
※いない場合は0を記入してください

1. 相談支援専門員	<input type="text"/>	人	8. 理学療法士	<input type="text"/>	人
2. 社会福祉士	<input type="text"/>	人	9. 言語聴覚士	<input type="text"/>	人
3. 精神保健福祉士	<input type="text"/>	人	10. 公認心理師	<input type="text"/>	人
4. 介護福祉士	<input type="text"/>	人	11. 介護支援専門員	<input type="text"/>	人
5. 看護師・准看護師	<input type="text"/>	人	12. ピアサポーター	<input type="text"/>	人
6. 保健師	<input type="text"/>	人	13. その他	<input type="text"/>	人
7. 作業療法士	<input type="text"/>	人			

4. 自立生活援助の契約者数と実利用総数、終了者数をお教えてください。

(平成31年7月31日現在)

※実人数をご記入ください、いない場合は0を記入してください

契約者数	<input type="text"/>	人
H30年度～31年7月末実利用者数	<input type="text"/>	人
終了者数	<input type="text"/>	人

5. 自立生活援助事業の実施に至った理由として下記の①～⑧について、1～4のあてはまる番号をご記入ください。

1. 大いに当てはまる 2. 当てはまる 3. あまり当てはまらない 4. 当てはまらない

- ①地域移行支援をした後の利用者のフォローのため
- ②従来、地域定着支援を利用していた人への定期訪問による支援のため
- ③従来、委託相談の一環として支援していたため
- ④従来、計画相談の一環として支援していたため
- ⑤共同生活援助の利用後のフォローのため
- ⑥宿泊型自立訓練の利用後のフォローのため
- ⑦所属圏域におけるニーズが高いと判断したため
- ⑧新規に事業を拡大するため

↓

その他、自立生活援助事業の実施に至った理由がありましたら、ご記入ください。

--

★貴事業所の取組について伺います

6. 貴事業所の主たる利用対象とする領域について、ご回答ください。

※あてはまるものに○ ↓

- 1. 身体障害
- 2. 知的障害
- 3. 精神障害
- 4. 障害児
- 5. 難病

7. 職員のH30年度における市町村自立支援協議会の委嘱・参加はありましたか。

1. あり 2. なし

8. 職員のH30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はありましたか。

1. あり 2. なし

9. 医療保護入院者退院支援委員会への、貴事業所職員の参加の有無についてお教えください。参加している場合は、H30年度実績についてもお聞かせください。

1. あり 2. なし

1. ありの場合 ↓

H30年度実績 回

10. 一般相談支援事業の指定はありますか、ある場合は受けた年度はいつですか。

1. あり 2. なし

1. ありの場合 ↓

西 暦 年

11. 特定相談支援事業の指定はありますか、ある場合は実績件数（R1年9月）についてご回答ください。

1. あり 2. なし

1. ありの場合 ↓

R1年9月実績 件

1 1-1. H24年度以降、地域移行支援の実績の有無についてお教えてください。

1. あり

2. なし

1. ありの場合

1 1-2. 実績がある場合、実施総数と地域移行者総数をお教えてください。

※実人数をご記入ください、いない場合は0を記入してください

H24～H29年度合計実施総数	<input type="text"/>	人のうち	→	地域移行者総数	<input type="text"/>	人
H30年度実施総数	<input type="text"/>	人のうち	→	地域移行者総数	<input type="text"/>	人
合計	<input type="text"/>	人		合計	<input type="text"/>	人

1 1-3. 実績がある場合、H24～30年度の地域移行先別の実人数をお教えてください。

※実人数をご記入ください、いない場合は0を記入してください

家族と同居	<input type="text"/>	人	宿泊型自立訓練施設	<input type="text"/>	人
単身（持ち家）	<input type="text"/>	人	生活保護施設（救護施設・更生施設）	<input type="text"/>	人
単身（賃貸住宅）	<input type="text"/>	人	その他	<input type="text"/>	人
グループホーム	<input type="text"/>	人	合計	<input type="text"/>	人

同じ値

1 2-1. H24年度以降、地域定着支援の実績の有無についてお教えてください。

1. あり

2. なし

1. ありの場合

1 2-2. 実績がある場合、H24～30年度の地域定着支援の実施総数をお教えてください。

※複数年度にわたる利用者は、年度ごとにカウントしてください

※実人数をご記入ください、いない場合は0を記入してください

H24～H29年度合計 実施総数

人

H30年度 実施総数

人

1 2-3. 地域定着支援のH24～30年度の利用者（実施者）の居住形態別人数をお教えてください。

※実人数をご記入ください、いない場合は0を記入してください

家族と同居

人

単身（持ち家）

人

単身（賃貸住宅）

人

その他

人

1 2-4. H30年度地域定着支援の終了者の転機について項目別実人数をお教えてください。

※実人数をご記入ください、いない場合は0を記入してください

期間満了

人

入院・入所

人

自立生活援助の
利用へ変更

人

死亡

人

本人の希望

人

その他

人

圏外への転居

人

合計

人

エクセルでご回答の場合、任意のフォルダに
ファイルの保存をお願いいたします

続いて個人シートへのご回答をお願いいたします

●**個人シート**は5枚用意してあります。

●不足の場合、お手数ですが、紙の調査票はコピーをお願いいたします。

エクセルの場合は、<https://www.comon.jp/dl/tamura.html> からエクセル
ファイルをダウンロードしてご利用ください。

●エクセルでは、個人シートは1人分が1シートであり、基本シートとは
別のシートとなっています。

●個人票で未記入の紙の調査票は破棄してください。返送をしなくて結構
です。

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 → 具体的に <input type="text"/>	↓本人からみた続柄をご記入ください <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。

質的調査 インタビューガイド (自立生活援助)

— 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実施要項 別紙—

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。

- ①職種(有する資格)、職位
- ②保健医療福祉領域での実務経験年数
- ③現職場での勤続年数
- ④地域移行支援・地域定着支援に係る業務への従事年数
- ⑤自立生活援助への従事月数

2. 自立生活援助を始めたきっかけと特に大切にしていることや事業所としての実施目的についてお聞かせください。

※実施のための人員体制整備状況を含めてお話しください。

3. 自立生活援助事業の実態と効果についてお聞かせください。

- ①どのような方が利用されていますか。
- ②支援の頻度と内容をお聞かせください。
- ③電話による相談状況を教えてください。
- ④実施前と実施後で利用者の変化があればお聞かせください。

4. 自立生活援助事業に関する意見をお聞かせください。

使いやすさ・使いにくさや、標準期間後の更新の状況、事業所の運営の充実に向けた方策に関するご意見などをご自由にお話しください。

5. 自立生活援助事業の拡充に向けて、他の地域の事業所へ伝えたいと思うことがありましたらお聞かせください。

* 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。

(資料5-2) インタビュー調査依頼文書及び同意書（書式）

【インタビュー調査依頼文書及び同意書】

令和元年●月●日

自立生活援助事業所管理者 様

平成 31 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 31 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 31 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り組んでおります。ご多用のところたいへん恐縮ですが、貴事業所における障害者の地域生活支援として実施されている自立生活援助事業の取り組みに関するインタビュー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、本人が望む暮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・地域定着支援及び自立生活援助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

2. 調査方法

○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。

・貴相談支援事業所のサービス管理者および事業担当者

○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。

【インタビュー調査依頼文書及び同意書】

- 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基本情報(回答者の基本属性、地域特性など)
- ②自立生活援助を始めたきっかけ(事業所の人員体制や支援目的なども含む)
- ③自立生活援助事業の実態と効果(利用者像や支援の頻度と内容、電話相談の状況を含む)
- ④自立生活援助事業に関する意見(現在の使いやすさ・使いにくさ/標準期間後の更新の状況/事業所の運営の充実に向けた方策に関する意見など)
- ⑤その他、自立生活援助事業の拡充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。

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31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)

【インタビュー調査依頼文書及び同意書】

同 意 書

私は、平成 31 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」における自立生活援助事業の実施に関するインタビュー調査について、目的を理解したうえで調査の実施に関する以下の説明を理解し協力することに同意します。

記

- ・本調査への協力は任意であり、辞退や途中で拒否しても不利益を得ることはないこと。
- ・発言は IC レコーダーで記録され、あとで逐語データを確認できること。
- ・逐語データは匿名化して分析され、固有名詞や個人情報を使用されないこと。
- ・調査委託先との契約においてもデータの取り扱いに最善の注意がなされること。
- ・調査結果は実施目的以外には使用されないこと。

以上

2020 年 月 日

調査協力者

署名

印

調査依頼者

平成 31 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)

インタビュー先の事業実施概要(数字は調査時点のもの/単位:人)

事業所	法人種別	法人の実施事業	当該事業所の実施事業	事業担当者数	利用者総数	継続中	更新	地域定着支援へ移行	終了
A	社会福祉法人	日中支援(生活介護事業・自立訓練(生活訓練)事業・職業能力開発訓練事業・就労継続支援B型事業・放課後等デイサービス事業・児童発達支援事業・就労移行支援事業・就労定着支援事業・就労継続A型事業)生活支援(共同生活援助事業・宿泊型自立訓練事業・自立生活援助事業・短期入所事業・結婚推進室)相談支援(委託相談・特定相談支援・一般相談支援(地域移行・定着支援)・障害児相談・自立生活援助)	相談支援事業(委託相談・特定相談事業・一般相談支援事業(地域移行支援・地域定着支援)・障がい児相談支援事業)自立生活援助	3	43	26	17 (その後、終了)	0	17 (再掲)
B	社会福祉法人	診療所(医療福祉相談・巡回相談)、日中活動事業所(生活介護・就労継続B型事業)、共同生活援助、介護支援、居宅介護(居宅介護・重度訪問介護・行動援助・重度包括支援・同行援護・地域生活支援(移動支援)・生活サポート・福祉有償運送・介護保険(訪問介護・居宅介護支援)、短期入所、相談支援事業所(委託相談・特定相談支援・一般相談支援(地域移行・定着支援)・障害児相談・自立生活援助・精神障害者早期退院支援事業、障害児等療育支援事業・共生社会研究所	相談支援事業所自立生活支援一般相談(地域移行支援事業・地域定着支援事業)	2	4	3 (全て知的障害者)	0	1	0
C	社会福祉法人	地域活動支援センターI型 相談支援事業(特定相談事業・一般相談支援事業(地域移行支援・地域定着支援)・障がい児相談支援事業)ピア活動支援事業(地域活動支援事業)・自立生活援助 就労継続支援B型事業・就労移行支援事業・就労継続A型事業・多機能型児童発達支援事業所	地域活動支援センター 相談支援事業(特定相談事業・一般相談支援事業(地域移行支援・地域定着支援)・障がい児相談支援事業)ピア活動・自立生活援助	2	5	3	2	1 (再掲)	0
D	社会福祉法人	就労継続支援B型事業、共同生活援助、宿泊型自立訓練、自立訓練(生活訓練)、短期入所、相談支援センター(特定相談支援・一般相談支援(地域移行支援・地域定着支援)自立生活援助・相談支援専門員業務配置委託	相談支援センター(特定相談支援・一般相談支援(地域移行支援・地域定着支援)自立生活援助・相談支援専門員業務配置委託	4 (グループホームとの兼務3.5)	13	9 (全員単身)	0	0	4
E	一般社団法人	相談支援センター(特定相談支援・一般相談支援(地域移行支援・地域定着支援)・自立生活援助・ピア活動	相談支援センター(特定相談支援・一般相談支援(地域移行支援・地域定着支援)・自立生活援助・ピア活動	3	13	6	1	5	1