

## 資料 1. 2次調査の調査票サンプル

## 計画相談支援におけるプロセス調査

### 対象利用者調査

利用者 ID :

#### I. 対象利用者の支援状況・プロセスについてお尋ねします。

同封の利用者基礎情報をご参照ください。

1. 支援提供回数：担当者が各支援における面談・相談・生活支援を提供した回数を、期間ごとにお答えください。

(対象となる利用者の支援記録を見ながらご記入ください。給付の対象外となる支援であっても、直接支援したことが記録にある場合は⑤～⑦に回数をご記入ください。)

給付対象支援	1～6 ヶ月	7～12 ヶ月	13～18 ヶ月	19～24 ヶ月
<b>① 計画相談支援</b>				
a. 事業所内	回	回	回	回
b. 事業所外・訪問	回	回	回	回
c. 電話・メールなど	回	回	回	回
d. 計画相談支援上の モニタリング頻度	ヶ月に1回	ヶ月に1回	ヶ月に1回	ヶ月に1回
<b>② 地域移行支援</b>				
a. 事業所内	回	回	回	回
b. 事業所外・訪問	回	回	回	回
c. 電話・メールなど	回	回	回	回
<b>③ 地域定着支援</b>				
a. 事業所内	回	回	回	回
b. 事業所外・訪問	回	回	回	回
c. 電話・メールなど	回	回	回	回
<b>④ 自立生活援助</b>				
a. 事業所内	回	回	回	回
b. 事業所外・訪問	回	回	回	回
c. 電話・メールなど	回	回	回	回
<b>以下、上記の支援給付外で行っている支援についてお答え下さい</b>				
<b>⑤ 日常生活・社会参加等への支援（家事・衛生・金銭管理、通所・就労・就学支援、家族支援など）</b>				
a. 事業所内	回	回	回	回
b. 事業所外・訪問	回	回	回	回
c. 電話・メールなど	回	回	回	回
<b>⑥ 受診・服薬・病状悪化時などの支援（受診の促し・同行、服薬の管理など）</b>				
a. 事業所内	回	回	回	回
b. 事業所外・訪問	回	回	回	回
c. 電話・メールなど	回	回	回	回
<b>⑦ その他</b>				
a. 事業所内	回	回	回	回
b. 事業所外・訪問	回	回	回	回
c. 電話・メールなど	回	回	回	回

2. 支援の重点度（業務労力の割合）：それぞれの事業形態での支援を合わせて考えた際、それぞれの支援に対してどの程度重点的に労力を割いたかお答えください。

（提供した支援について、1年目、2年目別にチェックを入れ、①～⑪の重点度を%でご入力ください。）

※ 内容のa～dについては、割合のご記入は不要です。チェックのみお願いいたします。

提供した支援	1年目		2年目		記入例	
① インテーク・アセスメント	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/>	5%
a. 関係性の構築・本人の希望の把握・不安解消	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
b. 自宅（病棟）訪問による生活状況の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
② 支援計画作成・モニタリング・修正	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/>	20%
a. 本人の希望の計画への反映・修正・変更	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
b. 継続的な自宅（病棟）訪問による状況の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
③ ケア会議（利用者参加）・カンファレンスなど	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/>	10%
a. サービス担当者会議・個別支援会議（定期モニタリングの会議）	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
b. その他 関係者会議・事業所内会議 医療機関でのカンファレンスなど	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
④ 医療機関との協力体制づくり	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/>	10%
⑤ 他の地域障害福祉事業所/行政との協力体制づくり	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/>	5%
a. 地域障害福祉サービス事業所との協力体制づくり	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
b. 行政機関との協力体制づくり	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑥ 日常生活自立支援	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/>	10%
a. 買い物・食事作り・掃除など課題がある家事支援	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
b. 金銭管理・銀行等の口座の開設・管理などへの支援	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
c. 年金・手帳・生活保護等の必要書類の管理や申請行政窓口同行や申請書類作成時の支援	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
d. 服薬/症状の自己管理の援助・診察同行/診察の促し	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
⑦ 社会参加等支援	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/>	20%
a. 交通機関の利用・移動に関わる支援	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
b. 就労・就学・通所先との連絡調整・情報共有	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
c. 希望する就労・就学・通所先への見学同行等支援	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
d. 対人関係の維持・構築	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑧ 住環境に関する援助（アパート探し、GH・不動産屋/大家との調整）	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/>	—
⑨ 危機状態への介入（病状悪化・生活上の深刻な問題等）	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	10%
⑩ 家族支援	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/>	10%
⑪ その他（ ）	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	—
合 計		100%		100%		100%

行った項目にチェックをし、足して100%になるようにして下さい

3. 利用者が通院・入院している医療機関との連携状況についてお答えください。

(1) 計画相談導入前・導入時の連携状況について、行ったものにチェックをしてください。

(あてはまるものすべてにチェックをしてください。行ったものは実際に行った回数をご記入の上、詳細 a～e についてもチェック(複数可)をしてください。)

※ 病院窓口担当者 = 医療機関のソーシャルワーカー・OT・心理士・看護師などで医療機関と地域支援をつなぐキーパーソン

<input type="checkbox"/>	① 導入前の本人との面談・顔合わせ	回数	回
	● 行った場所 : <input type="checkbox"/> a. 医療機関 <input type="checkbox"/> b. 事業所 <input type="checkbox"/> c. 本人の自宅 <input type="checkbox"/> d. 役所 <input type="checkbox"/> e. 通所先		
<input type="checkbox"/>	② 導入にあたっての通・入院先とのケア会議(カンファレンス)	回数	回
	● 参加者 : <input type="checkbox"/> a. 主治医 <input type="checkbox"/> b. 病院窓口担当者* <input type="checkbox"/> c. 他病院スタッフ <input type="checkbox"/> d. 本人 <input type="checkbox"/> e. 家族		
<input type="checkbox"/>	③ 主治医・病院窓口担当者とのサービス等利用計画の内容共有(変更等含)		
	● 共有・理解度 : <input type="checkbox"/> a. 十分にされている <input type="checkbox"/> b. 病院窓口担当者*とはされている <input type="checkbox"/> c. 十分ではない		
	● 共有方法 : <input type="checkbox"/> a. 内容はケア会議などで共有 <input type="checkbox"/> b. 内容は口頭(電話・メール等含む)で共有 <input type="checkbox"/> c. 内容は書面を送付して共有 <input type="checkbox"/> d. 共有は十分なされていない		

(2) 外来時日頃の医療機関との連携や情報交換等について、行ったものにチェックをしてください。

(あてはまるものすべてにチェックをしてください。行ったものは実際に行った回数をご記入の上、詳細 a～e についてもチェック(複数可)をしてください。)

※ 日ごろ = 定期的・設定されたケア会議など以外で計画相談支援導入時から2年間

<input type="checkbox"/>	① 日ごろ*の主治医との外来診察への同行・同席	回数	回
	<input type="checkbox"/> a. 連絡なく同行・同席・情報共有を行った <input type="checkbox"/> b. 必要時に病院窓口担当者へ連絡し同行・同席をした <input type="checkbox"/> c. 本人の状況に応じ同行したが、診察は同席できない <input type="checkbox"/> d. 外来への同行・同席は業務として行っていない		
<input type="checkbox"/>	② 日ごろ*の病院窓口担当者やデイケアスタッフなどとの相談への同席	回数	回
	<input type="checkbox"/> a. 連絡なく同行・同席・情報共有を行った <input type="checkbox"/> b. 必要時に連絡し同行・同席した <input type="checkbox"/> c. 病院コメディカルスタッフとの面談への同行・同席は業務として行っていない		
<input type="checkbox"/>	③ 日ごろ*の電話・メールなどでの主治医との連絡など	回数	回
	<input type="checkbox"/> a. 直接電話・メールで連絡・情報共有し、医療的アドバイスをもらった <input type="checkbox"/> b. 病院窓口担当者に伝え意見を聞いてもらった <input type="checkbox"/> c. 緊急時以外連絡ができない		
<input type="checkbox"/>	④ 日ごろ*の病院窓口担当者との連絡	回数	回
	<input type="checkbox"/> a. 直接電話・メール連絡ができ情報共有ができた <input type="checkbox"/> b. 緊急時以外連絡をしていない		

(3) 入退院時の医療機関との連携や支援の状況について、行ったものにチェックをしてください。なお、入院がなかった場合は、通院先の病院と①～⑤が行えるかについてお答えください。

(あてはまるものすべてにチェックをしてください。行ったものは実際に行った回数をご記入ください。)

<input type="checkbox"/>	① 入院の必要性の検討を医療機関に相談した(できる)	回数	回
<input type="checkbox"/>	② 入院に向けた準備を医療機関と協調して行った(行える)	回数	回
<input type="checkbox"/>	③ 入院中に病棟で本人と面談した(できる)	回数	回
<input type="checkbox"/>	④ 退院に向けた方針を医療機関と一しょに検討した(できる)	回数	回
<input type="checkbox"/>	⑤ 退院前に医療機関から地域支援態勢整備のための連絡があった(連絡がある)	回数	回

4. 地域の事業所・行政機関との連携についてお答えください。

(あてはまるものすべてにチェックをしてください。)

<input type="checkbox"/>	① サービス等利用計画の内容共有（変更等含）を行う
	共有・理解度： <input type="checkbox"/> a. すべての関係機関と十分にされている <input type="checkbox"/> b. 通所先とはされている <input type="checkbox"/> c. 十分ではない
	共有方法： <input type="checkbox"/> a. 内容は担当者会議などで共有 <input type="checkbox"/> b. 内容は口頭（電話・メール等含む）で共有 <input type="checkbox"/> c. 内容は書面を送付して共有
<input type="checkbox"/>	② 日ごろのサービス提供しているスタッフと日々の状況などの情報共有を行う
	<input type="checkbox"/> a. 日頃電話やメールで情報共有した <input type="checkbox"/> b. 定期的な担当者会議等でのみ行った <input type="checkbox"/> c. 緊急時にのみ情報共有を行った

5. 専門職以外の支援・インフォーマルな支援の活用状況についてお答えください。

(あてはまるものすべてにチェックをしてください。)

<input type="checkbox"/>	① ピアサポーター・セルフヘルプグループのメンバー等が本人の支援に参加・協力している
<input type="checkbox"/>	② ボランティア（社協・精神保健ボラ等）が本人の支援に参加・協力している
<input type="checkbox"/>	③ 民生委員や地域自治会・近隣住民が本人の支援に参加・協力している
<input type="checkbox"/>	④ 友人・知人が本人の支援に参加・協力している
<input type="checkbox"/>	⑤ その他 ( )
<input type="checkbox"/>	⑥ とくに専門職以外の支援・インフォーマルな支援は活用していない

6. 本人の日常生活全体をもっとも把握し、本人が生活問題に関して優先的に相談をしている人について教えて下さい。

(1) 本人に相談されている人はどのような人ですか。（あてはまるもの1つにチェックをしてください。)

<input type="checkbox"/>	① 自分：計画相談支援の相談支援専門員
<input type="checkbox"/>	② その他の人（以下 a～j はあてはまるもの <u>1つ</u> にチェックをしてください。）
	<input type="checkbox"/> a. ホームヘルパー <input type="checkbox"/> b. 訪問看護師 <input type="checkbox"/> c. デイケア職員 <input type="checkbox"/> d. 地活・B型等通所先の職員 <input type="checkbox"/> e. 医療機関のワーカー <input type="checkbox"/> f. 主治医 <input type="checkbox"/> g. 自治体の保健師・障害福祉担当者 <input type="checkbox"/> h. 生活保護担当者 <input type="checkbox"/> i. 家族 <input type="checkbox"/> j. その他 ( )
<input type="checkbox"/>	③ 生活全体を把握できている人はいない

(2) その人と支援提供の際、連携はどの程度とれていますか。（あてはまる場所に○をしてください。)

- ① 全く連携できていない/いない      ② あまり連携できていない      ③ 必要に応じて連携      ④ 連携がとれている      ⑤ 日常的に連携/自分



7. 危機介入時のクライシスプランについてお答えください。

(あてはまるもの1つにチェックをしてください。)

<input type="checkbox"/>	① 書面で作成し以下の人と共有している（以下 a～e はあてはまるもの <u>すべて</u> にチェックをしてください。）
	<input type="checkbox"/> a. 本人 <input type="checkbox"/> b. 家族 <input type="checkbox"/> c. 医療機関 <input type="checkbox"/> d. 関係機関 <input type="checkbox"/> e. その他
<input type="checkbox"/>	② 書面はないが病状悪化時などの対応を以下の人と検討・確認している
	<input type="checkbox"/> a. 本人 <input type="checkbox"/> b. 家族 <input type="checkbox"/> c. 医療機関 <input type="checkbox"/> d. 関係機関 <input type="checkbox"/> e. その他
<input type="checkbox"/>	③ 特に検討していない

II. 計画相談支援導入後2年間の入院についてお尋ねします。

■ 前回の調査でお答えいただいた入院回数 \_\_\_\_\_ 回

	1回目	2回目	3回目	4回目
入院年月・期間				
入院形態				

1. 入院について把握した経緯をお答えください。

(①～④はあてはまるもの1つに、a～dはあてはまるものすべてにチェックをしてください。)

選択肢		a. 医療機関と・医療機関から    b. 本人と・本人から    c. 家族と・家族から    d. 関係機関と・関係機関から			
		1回目	2回目	3回目	4回目
<input type="checkbox"/>	① 事前に入院について検討・相談を行っていた	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d
<input type="checkbox"/>	② 事前に連絡があった	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d
<input type="checkbox"/>	③ 入院後に連絡があった	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d
<input type="checkbox"/>	④ 入院について連絡がなく退院後に知った	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d

2. 入院に至った状況に影響したものについてお答えください。

(a～dはあてはまるもの1つにチェックをしてください。)

選択肢		a. 大いに影響した    b. 影響した    c. 少し影響した    d. 影響はない			
		1回目	2回目	3回目	4回目
<input type="checkbox"/>	① 生活上の問題	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d
<input type="checkbox"/>	② 病状の悪化	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d
<input type="checkbox"/>	③ 本人の入院希望	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d

3. 下記のような支援・病院以外の中間施設があれば入院は回避できたと思いますか。

(a～dはあてはまるもの1つにチェックをしてください。)

選択肢		a. 回避できた可能性が十分にある    b. 回避できた可能性がある    c. 回避できた可能性は低い    d. 回避できない			
		1回目	2回目	3回目	4回目
<input type="checkbox"/>	① 24時間365日体制の医療を含む多職種アウトリーチチーム	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d
<input type="checkbox"/>	② 24時間365日体制の一時宿泊施設(医療スタッフ在中)	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d
<input type="checkbox"/>	③ 地域定着・自立生活援助以外で、相談支援専門員が緊急時・夜間等、集中的にアウトリーチを行う体制(加算含む)	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d

■ その他、このような支援や施設があれば入院を回避できたと思われることがあればご自由にお書きください。

ご協力まことにありがとうございました。

## 計画相談支援におけるプロセス調査 事業所調査

### 1. 事業所として計画相談を開始した年度

事業所として計画相談を開始した年度	①	年度
-------------------	---	----

### 2. 計画相談の年度ごと利用者数（うち精神障害者数）（実数でご記入ください。）

2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
① 人（ 人）	② 人（ 人）	③ 人（ 人）	④ 人（ 人）

### 3. 2017年度の状況をお答えください。

（1）貴相談支援事業所の設立法人について（当てはまるもの1つにチェックをしてください。）

<input type="checkbox"/> ① 社会福祉法人	<input type="checkbox"/> ② NPO（特定非営利活動法人）	<input type="checkbox"/> ③ 医療法人（社団）	<input type="checkbox"/> ④ 公営／公立
<input type="checkbox"/> ⑤ 公益法人	<input type="checkbox"/> ⑥ 株式・有限会社等 営利団体	<input type="checkbox"/> ⑦ その他（ <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 1em;"></span> ）	

（2）設立法人が行っている他の支援・事業について（当てはまるものすべてにチェックをしてください。）

<input type="checkbox"/> ① 地域活動支援センター	<input type="checkbox"/> ② 就労継続支援 B 型	<input type="checkbox"/> ③ 就労継続支援 A 型	<input type="checkbox"/> ④ 就労移行支援
<input type="checkbox"/> ⑤ 訪問介護	<input type="checkbox"/> ⑥ グループホーム（ショートステイ <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし）		
<input type="checkbox"/> ⑦ 訪問看護	<input type="checkbox"/> ⑧ 地域移行支援	<input type="checkbox"/> ⑨ 地域定着支援	<input type="checkbox"/> ⑩ 自立生活援助
<input type="checkbox"/> ⑪ 委託相談（障害者 相談支援事業）	<input type="checkbox"/> ⑫ 精神科病院	<input type="checkbox"/> ⑬ 精神科クリニック	<input type="checkbox"/> ⑭ その他 （ <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 1em;"></span> ）

（3）貴相談支援事業所が雇用している相談支援専門員の人数について ※常勤=40h/週 非常勤=20h/週

	専 従：相談支援のみ	兼 務：他の業務も兼務
常 勤	① 人	② 人
非常勤	③ 人	④ 人

（4）貴相談支援事業所で計画相談を行っている利用者の通・入院している精神科医療機関数について  
（主として支援対象としている地域：複数の市区町村が含まれていても可）

病床あり	病床なし（クリニック等含め）
① 病院	② 病院

（5）貴地域で行われている連絡会等について（参加されたものすべてにチェックしてください。）

<input type="checkbox"/> ① 自立支援協議会（協議会内の部会 <input type="checkbox"/> a. 精神障害部会 <input type="checkbox"/> b. 地域移行部会 <input type="checkbox"/> c. その他部会）
<input type="checkbox"/> ② 地域精神保健連絡会など
<input type="checkbox"/> ③ 専門職などの地域勉強会
<input type="checkbox"/> ④ その他（ <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 1em;"></span> ）

## 計画相談支援におけるプロセス調査 相談支援専門員調査

2018年4月1日時点の状況をお答えください。

■ 同封の利用者基礎情報から担当している方のIDをすべて下記にご記入ください。

利用者ID	①	②	③	④	⑤
	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

1. 年齢  ① 20代  ② 30代  ③ 40代  ④ 50代  ⑤ 60代

2. 所持資格（当てはまるものすべてにチェックをしてください。）

<input type="checkbox"/> ① 精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> ② 社会福祉士	<input type="checkbox"/> ③ 介護福祉士	<input type="checkbox"/> ④ 看護師	<input type="checkbox"/> ⑤ 保健師
<input type="checkbox"/> ⑥ 公認心理師	<input type="checkbox"/> ⑦ 臨床心理士	<input type="checkbox"/> ⑧ 作業療法士	<input type="checkbox"/> ⑨ なし	<input type="checkbox"/> ⑩ その他

3. 経過年数

相談支援事業所勤務	①	年	相談支援専門員として勤務	②	年
他の精神障害者への地域・障害福祉サービス事業所等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	③	精神科医療機関での勤務経験	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	④

4. 当該利用者と同時に担当していた計画相談利用者数

当該利用者と同時に担当していた計画相談利用者数	①	人（当該利用者含め実数）
-------------------------	---	--------------

5. 当該利用者の担当期間

<input type="checkbox"/> ① 計画相談契約時より2年間継続して担当	<input type="checkbox"/> ② 途中から担当（担当期間 _____ ヶ月）
---	--

6. 計画相談支援と兼務している他業務・他事業との業務割合について

（兼務している業務にはチェックをし、あてはまる割合（%）をご記入ください。）

☑	業務/事業	業務割合	（記入例）	
✓	① 計画相談支援（この行は必ず記入）	%	✓	50%
☐	② 地域移行支援	%	☑	10%
☐	③ 地域定着支援	%	☐	—
☐	④ 自立生活援助	%	☑	15%
☐	⑤ 委託相談（障害者相談支援事業）	%	☐	—
☐	⑥ 地域活動支援センター	%	☑	25%
☐	⑦ 就労継続支援A型	%	☐	—
☐	⑧ 就労継続支援B型	%	☐	—
☐	⑨ 就労移行支援	%	☐	—
☐	⑩ 訪問看護	%	☐	—
☐	⑪ グループホーム	%	☐	—
☐	⑫ 訪問介護	%	☐	—
☐	⑬ その他（ _____ ）	%	☐	—
	合 計	100%		100%

100%になるようにして下さい  
 兼務している業務にチェックをし、足して

7. 2017年度に受講した研修について（受けたものすべてにチェックをしてください。）

<input type="checkbox"/> ① 相談支援従事者現任者研修	<input type="checkbox"/> ② 各職能団体主催の研修	<input type="checkbox"/> ③ 自治体主催の研修
<input type="checkbox"/> ④ 職場主催の研修	<input type="checkbox"/> ⑤ 自立支援協議会などの主催の研修会	
<input type="checkbox"/> ⑥ その他		