

## 府中市障害者等地域自立支援協議会相談支援部会

## 指定特定相談支援（障害児相談支援）事業所アンケート

## 1 事業所の概要についてお答えください

(1)事業所のお名前 \_\_\_\_\_

(2)指定の種類と開設年月日

| 指定をとられているものに○をつけてください | 開設年月日をご記入ください |   |   |   |
|-----------------------|---------------|---|---|---|
| 特定相談支援                | 平成            | 年 | 月 | 日 |
| 地域移行支援                | 平成            | 年 | 月 | 日 |
| 地域定着支援                | 平成            | 年 | 月 | 日 |
| 障害児相談支援               | 平成            | 年 | 月 | 日 |

(3)相談支援専門員の人数を教えてください。

|     | 人数 |   | 常勤換算の合計 |
|-----|----|---|---------|
| 常勤  | 専任 | 人 | 人       |
|     | 兼務 | 人 |         |
| 非常勤 | 専任 | 人 | 人       |
|     | 兼務 | 人 |         |

(4)事業所の指定の際に申請した「主たる対象」に○をつけてください。「主たる対象」を特定していない場合は、○をつけしないでください。

身体障害      知的障害      精神障害      障害児      難病

## 2 貴事業所に対応している障害児者数や計画相談支援の現状について教えてください

(1)平成 28 年 7 月 1 日現在の計画相談支援の契約者数を教えてください。

|             | 18 歳未満の障害児 | 18 歳以上の成人 | 合 計 |
|-------------|------------|-----------|-----|
| 同法人のサービス利用者 | 人          | 人         | 人   |
| 別法人のサービス利用者 | 人          | 人         | 人   |
| 合 計         | 人          | 人         | 人   |

サービス利用が同法人・別法人両方にまたがっている方は、「別法人のサービス利用者」にカウントしてください。

- (2)これまで計画相談支援の契約をした方の障害に○をつけてください。重複障害の場合は該当する障害すべてに○をつけてください。1人でも契約した方がいれば、該当する障害に○をつけてください。

身体障害      知的障害      精神障害      障害児      難病

- (3)計画相談支援を依頼される経路について、あてはまるものすべてに○をつけ、(      )内に平成28年7月1日現在の契約者で多い順から3つまで順位をつけてください。

本人や家族がどこからも紹介されずに直接連絡してきた (      )  
 市役所のケースワーカーや保健師などの紹介 (      )  
 本人が利用予定のサービス提供事業所や施設からの紹介 (      )  
 みーな、あけぼの、プラザなどの委託相談事業所からの紹介 (      )  
 その他(      ) (      )

- (4)計画作成とモニタリングについて、平成27年7月1日から平成28年6月30日までの間で最も多かった月と最も少なかった月の件数を教えてください。

|        | 最も多かった月の件数 | 最も少なかった月の件数 |
|--------|------------|-------------|
| 計画作成   | 件          | 件           |
| モニタリング | 件          | 件           |

計画作成は、新規サービス利用時の計画だけでなく、支給決定更新時の計画作成もすべて含めた件数をお書きください。

- (5)一人の利用者の計画作成やモニタリングにかかる平均的な時間を教えてください。  
 (記録作成などの事務作業や訪問の往復時間等すべて含む時間でお答えください)

初回の相談開始から契約まで      トータルで約      時間      分  
 契約締結の手続き      トータルで約      時間      分  
 契約後からサービス等利用計画案を提出するまで      トータルで約      時間      分  
 サービス担当者会議の開催及び開催の準備      トータルで約      時間      分  
 継続サービス利用支援(モニタリング)      トータルで約      時間      分  
 サービス更新時に計画案を作成し再提出するまで      トータルで約      時間      分

- (6) 平成 28 年 6 月 1 日から 30 日までの 1 ヶ月間に計画相談支援の対象者から、直接計画の作成やモニタリングにかかわること以外の相談（基本相談）を受けたことがありますか。「受けた」か「受けなかった」どちらかに○をつけてください。「受けた」場合は、1 ヶ月間にどのくらいの時間基本相談を受けているか、だいたいの時間数を記入してください。

基本相談を 受けた → 約 \_\_\_\_\_ 時間（1 ヶ月間の合計）

基本相談を 受けなかった

### 3 貴事業所で相談支援を行うにあたっての課題についておうかがいします

- (1) 貴事業所で計画相談支援を実施するうえで、苦慮していることはありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。○をつけた項目で具体的な内容があれば（ ）内に詳細をご記入ください。

計画作成の手順などがわかりにくい

（具体的な内容 \_\_\_\_\_）

本人、家族との信頼関係を築くことが難しい

（具体的な内容 \_\_\_\_\_）

サービス提供事業所との連絡調整が難しい

（具体的な内容 \_\_\_\_\_）

障害福祉サービスやその他の福祉制度の理解が難しい

（具体的な内容 \_\_\_\_\_）

介護保険制度との連携や移行で苦慮する

（具体的な内容 \_\_\_\_\_）

モニタリングの実施頻度が少なく、本人の状況を把握するのが難しい

（具体的な内容 \_\_\_\_\_）

障害福祉サービス以外の相談への対応が難しい

（具体的な内容 \_\_\_\_\_）

その他

（具体的な内容 \_\_\_\_\_）

(2)計画相談支援で苦慮した場合、どのように対応されていますか。あてはまるものすべてに○をつけ、その他には具体的に記入をしてください。

同じ事業所の上司・同僚等に相談する

事業所内・法人内でケース検討(会議)を行う

市役所のケースワーカー、保健師等に相談する

ミーナ、あけぼの、プラザなどの委託相談事業所に相談する

委託相談支援以外の他の計画相談支援事業所に相談する

相談支援事業所の連絡会や会合等で相談する

その他 ( )

(3)計画相談支援の実施にかんして、事業所内で取り組まれていることについて、あてはまるものすべてに○をつけてください。

同事業所内の上司による指導

相談支援従事者現任研修を修了した職員による初任者への指導

事業所内・法人内でケース検討(会議)を行う

事業所外の事例検討会等の場でケース報告を行い、検討する

市役所のケースワーカー、保健師等に相談する

ミーナ、あけぼの、プラザなどの委託相談事業所に相談する

委託相談支援以外の他の計画相談支援事業所に相談する

相談支援事業所の連絡会や会合等で相談する

その他 ( )

(4)計画相談支援の実施にかんして、事業所内で取り組まれていることについて、あてはまるものすべてに○をつけてください。また、具体的な内容があれば、( )内にご記入ください。

事業所内・法人内で計画相談支援についての研修を行う

( 具体的内容 )

事業所内・法人内で計画相談支援以外のテーマで研修を行う

( 具体的内容 )

計画相談支援にかんする外部の研修等に職員が参加する(初任・現任研修を除く)

( 具体的内容 )

計画相談支援以外のテーマの外部の研修等に職員が参加する

( 具体的内容 )

その他

( 具体的内容 )

- (5)計画相談支援の実施にかんする人材育成や研修等についてのご意見がありましたら、ご自由にお書きください。

|  |
|--|
|  |
|--|

#### 4 貴事業所の計画相談支援の運営上の課題について教えてください。

- (1)貴事業所の相談支援専門員 1 人が担当する計画相談支援の対象者は、何人程度が適切だと思いますか。あてはまる項目ひとつに○をつけてください。

1 ～ 5 人

6 ～ 1 0 人

1 1 ～ 2 0 人

2 1 ～ 3 0 人

3 1 ～ 4 0 人

4 0 人以上

わからない

- (2)今後、貴事業所では計画相談支援の対象者（事業の契約者）を今以上に増やしていくことを考えていますか？あてはまるものひとつに○をつけてください。

考えている

考えていない

現段階ではどちらとも答えられない

- (3) (2) の質問に「 考えている 」と回答した方におうかがいします。具体的に、どのように対象者を増やしたいとお考えですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

事業所に対応する障害種別の範囲をひろげたい

同法人のサービス利用者への計画相談支援を増やしたい

別法人のサービス利用者への計画相談支援を増やしたい

市役所等から紹介される支援困難な方への計画相談支援を行いたい

府中市以外の自治体が支給決定する計画相談支援の対象者を増やしたい

その他 ( )

- (4) (2) の質問に「 考えていない 」と回答した方におうかがいします。その理由はどのようなものですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

事業所の相談支援専門員数では、これ以上計画相談支援の数を増やせないから

今まで事業所として実施していなかった別法人のサービス利用者や障害種別の方に計画相談支援を実施する準備ができていないから

計画相談支援以外の事業に力を入れたいと考えているから

事業所として想定している事業の実施範囲（対象者数）にすでに達しているから

計画相談支援をこれ以上やっても事業所として採算が取れないから

その他 ( )

- (5) 貴事業所で計画相談支援の対象者を今以上に増やしていくために、府中市に要望したいことはありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

市から計画相談支援の対象者を計画的（定期的）に紹介してほしい

新規の計画相談支援を実施する際に、市のケースワーカーや保健師にもっとサポートしてほしい

相談支援専門員のスキルアップのための研修を実施してほしい

指定特定相談支援事業所を安定して運営するための市独自の補助金をつけてほしい

府中市に要望したいことはとくにない

その他 ( )

(6)府中市において、計画相談支援の対象者を増やすために必要なことや、指定特定相談支援事業所の運営についてのご意見がありましたら、ご自由にお書きください。

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

ご記入いただいた方のお名前\_\_\_\_\_

ご連絡先\_\_\_\_\_