

特定相談支援(障害児相談支援)事業所アンケート

府中市障害者等地域自立支援協議会相談支援部会では、府中市における障害者相談支援の課題およびその解決策について検討し、市に提言を行ってきました。

今年度は、特定相談支援(障害児相談支援)事業所の皆様にご協力いただき、さらに具体的な提言をまとめたいと考えております。

お忙しいところ、申し訳ありませんが、ご協力のほど、どうぞよろしく願いいたします。

1 事業所の概要

(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
① 特定相談支援	平成 年 月 日
② 地域移行支援	平成 年 月 日
③ 地域定着支援	平成 年 月 日
④ 障害児相談支援	平成 年 月 日

(3) 職員数を教えてください。

① 相談支援専門員数

	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	

② 相談支援補助職員数

	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) 主たる対象に○をつけてください。

身体障害 知的障害 精神障害 障害児

2 貴事業所に対応している障害児者数や計画相談の現状について教えてください

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

契約者数 _____ 人

そのうち障害児の人数 _____ 人

そのうち同法人利用者の人数 _____ 人

(2) 計画相談を依頼される経路について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

- ①市役所の紹介 ②同法人の事業所利用者 ③利用予定施設からの紹介
④利用者の紹介 ⑤その他 ()

(3) 初回の計画作成とモニタリングについて、過去1年間で最も多かった月と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
初回	件	件
モニタリング	件	件

(4) 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)

- | | | |
|------------------------|--------|----|
| ① 相談開始から契約まで | トータルで約 | 時間 |
| ② 契約 | トータルで約 | 時間 |
| ③ 契約後から計画作成が完成して提出するまで | トータルで約 | 時間 |
| ④ サービス担当者会議及び開催準備 | トータルで約 | 時間 |
| ⑤ 継続サービス利用支援 (モニタリング) | トータルで約 | 時間 |
| ⑥ 上記以外の請求できない相談対応 | トータルで約 | 時間 |

これ以降未修整です。最後に記入した方の名前を書く欄を作りました。

(2) 直近の1年間で対応に時間がかかったり、苦慮したことはありましたか。○をつけてください。

- ① ある ② ない

→ 【①あると答えた方にお聞きします】

(3)-1 どのようなことでお困りになりましたか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- ①計画作成に関する事 ②地域相談支援に関する事 ③制度、法律に関する事
④福祉サービス等の利用援助 ⑤金銭・財産管理 ⑥学校教育 ⑦就労 ⑧余暇支援
⑨虐待、DV など ⑩障害や病気に関する事 ⑪地域生活移行に関する事
⑫ひきこもりに関する事 ⑬住居に関する事 ⑭人間関係に関する事
⑮不安解消、情緒安定 ⑯収入など経済面に関する事 ⑰結婚、性に関する事
⑱育児に関する事 ⑲苦情等に関する事 ⑳障害への理解や認知に関する事
㉑その他 ()

(3)-2 対応に困難を感じた場合、どのような対応をされていますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- ①責任者(上司)に相談する
② 同僚等に相談する

