資料編　調 査 票

全国精神障害者地域生活支援協議会 あみ［ámi］

「精神障害者地域生活支援センター」のその後の状況把握《アンケート票》

厚生労働省・平成 20 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）

地域生活支援活動を推し進める大きな存在であった「精神障害者地域生活支援センター」は２年前に消滅し、現在では「地域活動支援センター・相談支援事業所」として装いを新たに市町村事業の一角をなしています。また、地域の特性に根ざし、様々な支援活動を展開してきた「精神障害者小規模作業所・小規模通所授産施設」は、新たな制度環境に則した事業展開をはかるべく新事業類型への移行も含め奮闘の日々が続いています。

このような地域生活支援最前線の事業が安定し恒常的な支援の営みを続けていくにはどのような事業活動の要件や実践面での環境条件が必要なのでしょうか？　そして事業移行によってもたらされた新たな事態とそこに現れた課題は何なのでしょうか？

私ども全国精神障害者地域生活支援協議会は、精神障害者地域生活支援の事業活動や支援の営みを維持し、さらに豊かにしていくため、それらの実態調査ならびに先行事例研究を柱とする調査研究活動を、厚生労働省の補助を受け実施する運びとなりました。

本アンケートは、この調査研究事業の中の、旧法における「精神障害者地域生活支援センター」の地域活動支援センターおよび委託相談支援事業現状についての実態を調査するものであり、この目的以外には使用いたしません。ご多忙のところ大変恐縮ですが、本調査研究の趣意をお汲み取り頂きご協力いただけますよう、切にお願い申し上げます。

※　本アンケート用紙は、同封の返信用封筒にて、平成 21 年 1 月 20 日（火）までにご投函いただきますよう、お願いいたします。

【お問合せ先】伊澤（地域生活支援センターブラッツ　TEL.042-323-5637　FAX.042-328-3240 ）

本アンケートにご回答いただく方

お名前		連絡先	TEL.
役職			FAX.
			E-mail

本調査においては、貴事業所としての運営方針や財政状態をお聞きする項目も多くあります。お手数でも、ご回答は、法人の代表や事業所の管理者などの方にお願いいたします。また、お問い合わせする場合がありますので職名、お名前のご記入をお願いいたします。

なお、ご回答の内容は、すべて平成 20 年 10 月 1 日現在でお答えください。

Ⅰ．事業所の概要について

【１】運営主体・団体名

【２】運営主体種別（当てはまるものに○）

1．社会福祉法人　2．NPO 法人　3．医療法人　4．社団法人
5．財団法人　6．その他（　　）

【３】事業所名称

【４】所在地

（〒　　－　　）
都 道
府 県
（電話）　　（FAX）
（E-mail）

【５】設立年月

ア．旧法による地域生活支援センター	年　月
イ．経過型地域生活支援センター	年　月
ウ．新法による事業所	年　月

【６】地域活動支援センターと相談支援事業は、同一の場所で実施していますか。

1．同一の場所で実施している
2．別の場所に分かれて実施している

【７】施設・設備（【６】で〔2．別の場所に分かれて実施している〕と答えられたところは、各事業を合わせたものとしてお答えください）

(1) 施設の延べ床面積　　㎡

(2) 備えている設備（当てはまるものすべてに○）

1．相談室　2．多目的室　3．静養室　4．作業室
5．事務室　6．トイレ　7．洗面所　8．浴室
9．食堂　10．調理室　11．その他（　　）

(3) 設備の専用・兼用について（当てはまるものに○）

1. すべての設備が専用である。

2. 一部の設備を他の事業所と兼用している。

3. すべての設備を他の事業所と兼用している。

(4) 家賃（施設借上げ費）の有無（当てはまるものに○）

1. あり　→家賃月額 ［　　千円］ →うち家賃補助月額 ［　　千円］

2. なし

【８】財政状況（平成 19 年度の実績額を記入してください）

(1) 総事業費（平成 19 年度の総支出額）	千円
(2) 収入内訳①【地域活動支援センター】（平成 19 年度の収入状況）	千円
ア．委託料・補助金	千円
（そのうち家賃補助）	千円
※ 内容説明：	
イ．利用者負担金	千円
※ 内容説明：	
ウ．寄付金	千円
エ．その他	千円

(3) 収入内訳②【委託相談支援事業】（平成 19 年度の収入状況）	千円
ア．委託料	千円
イ．その他	千円

(4) 事業委託が複数の区市町村からある場合はその内容をお書きください。

区市町村	内容：	千円
区市町村	内容：	千円
区市町村	内容：	千円
区市町村	内容：	千円
区市町村	内容：	千円
区市町村	内容：	千円
区市町村	内容：	千円
区市町村	内容：	千円

(5) 事業移行以前の事業費について記述してください。

【９】職員体制

(1) 職員総数 ［　　人］〔内訳〕 常勤職員 ［　　人］ 非常勤職員 ［　　人］

(2) 当事者スタッフの有無（当てはまるものに○）

1. あり　→ ［　　人］ 主な業務内容：

2. なし

(3) 職員が所持している資格（当てはまるものすべてに○）

1. 精神保健福祉士　2. 社会福祉士　3. 介護福祉士　4. 看護師・保健師

5. 作業療法士　6. 臨床心理士　7. ホームヘルパー　8. 医師

9. その他（　　）

【10】活動のサポーター

(1) 職員以外で日常的に支援活動に参加しているサポーターの有無

1. あり　→ *(2)* へ

2. なし

(2) 〔(1)で〔1. あり〕の場合〕以下のあてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 利用者の保護者

2. ボランティア（学生・一般市民）

3. 地域住民（自治会・民生委員）

4. 企業ボランティア

5. その他（　　）

Ⅱ．旧「精神障害者地域生活支援センター」の役割や機能について

【11】旧「精神障害者地域生活支援センター」は総体として“個人の生活課題・生活目標にあわせて具体敵的な支援を送り出すこと”を基本機能としていました。下記に掲げたのは当時の運営要綱から抽出した事業項目ですが、事業の意義や場の持つ機能についてお答えください。

(1) 以下の表のうち、上位３つに○をつけ、そのうち最も重要と思うもの１つに◎をつけてください。

記入欄	事業項目
	1. 家事や食生活・金銭・服薬等日常生活に関する支援の場
	2. 身近な、顔の見える関係性のなかでの相談の場
	3. 治療関係(医療とのつながり)を継続する支援の場
	4. 楽しみや生きがいを見つける場
	5. 地域の中の安らぎ・安心の居場所としての場
	6.「はたらくこと」を支援する場
	7. 自立(自律)に向けた具体的な生活スキルを身につける場
	8. 生活情報の提供あるいは利用者が必要とする情報へのアクセスを支援する場
	9. 当事者同士の自由な交流や仲間作りの場
	10. 退院後の地域生活に向けた移行準備をする場
	11. 当事者と地域の様々な個人・団体との出会いや交流の場
	12. センター職員が有する専門性を広く地域社会に還元していく場
	13. 障害に対する地域の理解を呼気する普及啓発活動の場
	14. その他（　　）
	15. その他（　　）

(2) 上の表で◎をつけた項目について、下欄にその理由等を具体的に記述してください。

【12】 【11】の事業項目をさらに下記プログラム等に置き換えた場合、地域活動支援センターのプログラムや活動メニューとして、どのようなものが重要だとお考えですか。

(1) 当てはまるもの上位３つに○をつけてください。

記入欄	項　　目
	1. 本人の個別生活課題や目標に対する相談支援
	2. 食事作りや会食会など食の課題や交流促進の取り組み
	3. 知識や情報を取得する各種「講習会」の開催
	4. 入浴・洗濯などの日常生活の支援
	5. 自主サークル・クラブ活動的な自主活動の場提供や支援
	6. フリースペースの提供による自由な交流促進
	7. 本人の生活課題や目標に対する個別相談支援
	8. 家族に対する相談支援
	9. 図書・パソコンなどによる情報提供、情報検索支援
	10. 各種団体の相互交流・連携・協働強化のためのネットワーク推進
	11. 地域の各団体に対する支援・協力
	12. 地域の幅広い市民活動や事業とのコラボレーションの推進
	13. その他（　　）
	14. その他（　　）

(2) 上記のプログラムや活動メニューの具体的な内容等を記述してください。

Ⅲ. 現在の事業内容

【13】貴事業所で行っている事業について、以下の要素（項目）～国・自治体の設置基準の読み取りによる事業要素の設定～のなかで該当するものを記述してください。また、法制度の変化により新たに開始した事業については右欄に○をつけてください。

事業要素（項目）	具体的な内容	新たに開始した事業
1. 創作的活動		
2. 生産的活動		
3. 社会との交流促進		
4. 相談支援事業		
5. 福祉および地域の社会資源との連携強化		
6. ボランティア育成		
7. 憩いの場の提供		
8. 普及啓発		
9. セルフヘルプ活動		
10. その他（複数可）		

【14】 【13】でお答えいただいた事業を実施する上でどのような課題や問題がありますか。

【15】その課題や問題の克服にむけてどのような条件整備が必要でしょうか。

【16】新たに取り組みを開始した事業はどのような経緯で開始されましたか。

【17】障害者自立支援法以前に行っていたが新制度に移行してできなくなった活動があれば、その理由も含めお答えください。

Ⅳ.《地域活動支援センター》の現在の利用状況等について

【18】地域活動支援センターとしての開所日数と開所時間

(1) 平成 20 年 9 月の開所日数　　日

(2) 開所曜日に○をつけてください。

月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日

備考：

(3) 開所時間

時　分　から　時　分

備考：

【19】地域活動支援センターの利用者数

(1) 登録人数	人	（平成 20 年 10 月 1 日時点）
(2) 実利用人数	人	（平成 20 年 9 月の 1 日当たり平均利用人員） ※ 登録以外の利用者を含めた数で

【20】地域活動支援センターの利用者の居住地制限

(1) 事業を委託（補助）している自治体（委託元）居住者に限定していますか。

1. 限定している

2. 限定していない

(2) 実利用人員に占める委託（補助）元自治体以外の利用者割合　約　　割

【21】地域活動支援センター登録利用者の障害程度等

(1) 障害程度（精神障害者）　※ 手帳等級で区分けします。

ア. 精神保健福祉手帳１級	人
イ. 精神保健福祉手帳２級	人
ウ. 精神保健福祉手帳３級	人
エ. 精神保健福祉手帳なし	人
オ. 不明	人

(2) 他の障害者の利用状況（精神障害との重複を除く）

ア. 身体障害者	人
イ. 知的障害者	人
ウ. その他	人

(3) 年齢区分

	男	女	計
ア. 19 歳以下	人	人	人
イ. 20 歳～29 歳	人	人	人
ウ. 30 歳～39 歳	人	人	人
エ. 40 歳～49 歳	人	人	人
オ. 50 歳～59 歳	人	人	人
カ. 60 歳～64 歳	人	人	人
キ. 65 歳以上	人	人	人

Ⅴ.《委託相談支援事業》の現在の利用状況等について

【22】委託相談支援事業の実施件数

(1) 月間の相談件数（平成 20 年 9 月の月間の数値でお答えください）

	9 月の月間総数	内、精神障害者の数
ア. 来所相談	件	件
イ. 電話相談	件	件
ウ. その他（出張等）	件	件

(2) 月間の出向（アウトリーチ）件数（平成 20 年 9 月の月間値でお答えください）

	9 月の月間総数	内、精神障害者の数
ア. 訪問・同行支援	件	件
イ. その他	件	件

【23】委託相談支援事業において対象とする障害種別（当てはまるものに○）

1. 精神障害者
2. 身体障害者
3. 知的障害者
4. 特定していない

【24】委託相談支援事業の利用者の居住地制限

(1) 事業を委託している自治体（委託元）居住者に限定していますか。

1. 限定している
2. 限定していない

(2) 実利用人員に占める委託（補助）元自治体以外の利用者割合　約　　割

Ⅵ. 事業移行に際しての変化について

【25】貴事業所が「精神障害者地域生活支援センター」から現在の事業へ移行する際に委託元の自治体から今までとは異なる特別な条件を求められましたか。

1. 支援対象者の拡大を求められた。→（内容：　　）
2. 支援対象者を限定するよう求められた。→（内容：　　）
3. 利用者からの費用徴収を条件とされた。
4. 設備整備等構造上の問題を挙げられた。
5. 支援プログラムの内容について特別な条件があった。
6. その他（具体的に：　　）

【26】今後、貴事業所利用者の新たな受け入れについてどのように考えていますか。お答えください。

（あてはまるものすべてに○）

1．精神障害の状況にかかわらず積極的に地域の人たちを受け入れたい。

2．障害の種別を問わず受け入れを考えていきたい。

3．一定の条件のなかで新たな受け入れを考えていきたい。→（内容：　　）

4．特にあらたな利用者の受け入れは考えていない。

5．その他（　　）

【27】「地域自立支援協議会」への参画や関与の状況とともに、地域の様々な社会資源との連携や協働について現在の状況ならびに今後の展望をお聞かせください。

【28】貴事業所の事業のなかで、今後自立支援給付事業への移行を考えているものはありますか。

(1) 自立支援給付事業への移行の考えはありますか。

1．ある　→(2)、(3)、(4)へ

2．ない　→(5)へ

(2) 〔(1)で〔1．ある〕と答えた事業所のみ〕自立支援給付事業への移行の考えがある場合、「部分移行」ですか「全体(総体)移行」ですか。

1．部分移行　　2．全体移行

(3) 〔(1)で〔1．ある〕と答えた事業所のみ〕自立支援給付事業への移行の考えがある場合、その移行事業種別は何ですか。（あてはまるものすべてに○）

1．就労移行支援　　2．就労継続支援Ａ型　　3．就労継続支援Ｂ型

4．自立訓練（生活訓練）　　5．自立訓練（機能訓練）　　6．生活介護

(4) 〔(1)で〔1．ある〕と答えた事業所のみ〕自立支援給付事業への移行を考える理由は何ですか。

（あてはまるものすべてに○）

1．利用者意向や状況から判断して

2．事業としての安定性を求めて

3．地元自治体からの促しや要請による

4．その他（　　）

(5) 〔(1)で〔2．ない〕と答えた事業所のみ〕自立支援給付への事業移行を考えていない場合に「地域活動支援センターⅠと相談支援事業」を継続する理由は何ですか。（あてはまるものすべてに○）

1．独自の役割や機能があると感じている

2．利用者の意向に沿わない

3．利用者負担が少ない

4．実施事業が、自立支援給付事業と馴染まない(内容的に該当する事業がない)

5．自立支援給付事業で示された定員の確保が難しい

6．自立支援給付事業で示された職員の確保が難しい

7．自立支援給付事業の物件要件を満たせない

8．その他（　　）

Ⅶ．旧「精神障害者地域生活支援センター」の今後の展開について

【29】旧「精神障害者地域生活支援センター」が新事業に移行したことにより、通所機能が事業の基盤となったことから相談機能が変質したとの指摘があります。このことに対し、相談支援機能は独立させていくべきという考え方がありますが、今後、どのようなあり方が必要だと考えますか。

Ⅷ．最後に、制度、事業に関するご意見について、ご自由にお書きください。

ご協力いただきありがとうございました。

全国精神障害者地域生活支援協議会　調査研究プロジェクトチーム

全国精神障害者地域生活支援協議会 あみ［ámi］

小規模作業所・小規模通所授産施設の移行実態調査《アンケート票》

厚生労働省・平成 20 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）

地域の特性に根ざし、様々な支援活動を展開してきた「精神障害者小規模作業所・小規模通所授産施設」は、新たな制度環境に則した事業展開をはかるべく新事業類型への移行も含め奮闘の日々が続いています。また、地域生活支援活動を推し進める大きな存在であった「精神障害者地域生活支援センター」は２年前に消滅し、現在では「地域活動支援センター・相談支援事業所」として装いを新たに市町村事業の一角をなしています。

このような地域生活支援最前線の事業が安定し恒常的な支援の営みを続けていくにはどのような事業活動の要件や実践面での環境条件が必要なのでしょうか？　そして事業移行によってもたらされた新たな事態とそこに現れた課題は何なのでしょうか？

私ども全国精神障害者地域生活支援協議会は、精神障害者地域生活支援の事業活動や支援の営みを維持し、さらに豊かにしていくため、それらの実態調査ならびに先行事例研究を柱とする調査研究活動を、厚生労働省の補助を受け実施する運びとなりました。

本アンケートは、この調査研究事業の中の、「小規模作業所・小規模通所授産施設」の現状についての実態を調査するものであり、この目的以外には使用いたしません。ご多忙のところ大変恐縮ですが、本調査研究の趣意をお汲み取り頂きご協力いただけますよう、切にお願い申し上げます。

※　本アンケート用紙は、同封の返信用封筒にて、平成 21 年 1 月 20 日（火）までにご投函いただきますよう、お願いいたします。

【お問合せ先】笠井（レモンカンパニー　　TEL.048-958-6674　FAX.048-958-0170 ）

本アンケートにご回答いただく方

お名前		連絡先	TEL.
役職			FAX.
			E-mail

本調査においては、貴事業所としての運営方針や財政状態をお聞きする項目も多くあります。お手数でも、ご回答は、法人の代表や事業所の管理者などの方にお願いいたします。また、お問い合わせする場合がありますので職名、お名前のご記入をお願いいたします。

なお、ご回答の内容は、すべて平成 20 年 10 月 1 日現在でお答えください。

Ⅰ．事業所の概要について

【１】運営主体・団体名

【２】運営主体種別（当てはまるものに○をつけてください）

1．社会福祉法人　　2．NPO 法人　　3．医療法人　　4．任意団体

5．その他（　　）

【３】事業所名称

【４】所在地

（〒　　－　　）

都 道
府 県

（電話）　　（FAX）

（E-mail）

【５】設立年月（複数事業所が合併している場合は、最も早く開設された事業所の設立年月）

ア．小規模作業所	年　月
イ．小規模通所授産施設	年　月
ウ．新体系事業	年　月

【６】事業種別（当てはまるものに○をつけてください）

1．小規模作業所　　2．小規模通所授産施設

3．地域活動支援センターⅠ型　　4．地域活動支援センターⅡ型

5．地域活動支援センターⅢ型　　6．地域活動支援センター（　　）

7．就労移行支援事業所　　8．就労継続支援Ａ型事業所

9．就労継続支援Ｂ型事業所　　10．自立訓練事業所（生活訓練）

11．自立訓練事業所（機能訓練）　　12．生活介護事業所

13．多機能型事業所（実施事業：　　）

14．相談支援事業所　　15．その他（　　）

【７】利用者数

(1) 利用定員	人
(2) 利用登録者数	人
(3) 本年９月中の利用実人員	人
(4) 本年９月中の利用延人員	人
(5) 本年９月中の平均利用者数（１日あたり）	人

【８】利用者の障害程度等

(1) 障害程度（精神障害者）　※ 手帳等級で区分けします。

ア. 精神保健福祉手帳１級	人
イ. 精神保健福祉手帳２級	人
ウ. 精神保健福祉手帳３級	人
エ. 精神保健福祉手帳なし	人
オ. 不明	人

(2) 他の障害者の利用状況（精神障害との重複を除く）

ア. 身体障害者	人
イ. 知的障害者	人
ウ. その他	人

(3) 年齢区分

	男	女	計
ア. 19歳以下	人	人	人
イ. 20歳～29歳	人	人	人
ウ. 30歳～39歳	人	人	人
エ. 40歳～49歳	人	人	人
オ. 50歳～59歳	人	人	人
カ. 60歳～64歳	人	人	人
キ. 65歳以上	人	人	人

【９】開所状況

(1) 開所曜日に○をつけてください。

月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日

開所曜日が変則的な場合：

(3) 開所時間

時　分 から 時　分

開所時間が変則的な場合：

【10】施設・設備

(1) 施設の延べ床面積　㎡

(2) 備えている設備（当てはまるものすべてに○）

1. 相談室　2. 多目的室　3. 静養室　4. 作業室
5. 事務室　6. トイレ　7. 洗面所　8. 浴室
9. 食堂　10. 調理室　11. その他（　　）

(3) 家賃（施設借上げ費）の有無（当てはまるもの○をつけてください）

1. あり　→家賃月額　千円　→うち家賃補助月額　千円
2. なし

【11】職員体制

(1) 職員総数　人　〔内訳〕 常勤職員　人　非常勤職員　人

(2) 当事者スタッフの有無（当てはまるものに○）

1. あり　→　人　主な業務内容：
2. なし

(3) 職員が所持している資格（当てはまるものすべてに○）

1. 精神保健福祉士　2. 社会福祉士　3. 介護福祉士　4. 看護師・保健師
5. 作業療法士　6. 臨床心理士　7. ホームヘルパー　8. 医師
9. その他（　　）

(4) ボランティアの有無（当てはまるものに○）

1. あり　→　人
2. なし

【12】財政（平成 19 年度の実績額を記入してください。本年 10 月 1 日現在、複数事業所が合併している場合は、合併前の各事業所の合算額を記入してください）

(1) 総事業費（平成 19 年度の総支出額）	千円
(2) 収入内訳（平成 19 年度の収入状況）	千円
ア．委託料・補助金	千円
《内訳》※ 委託料・補助金に含まれる家賃補助などの都道府県・市区町村の単独補助金	
① 家賃補助	千円
② 補助金名称（　　）	千円
③ 補助金名称（　　）	千円
イ．報酬（自立支援給付費）	千円
ウ．利用者負担金	千円
エ．寄付金	千円
オ．その他	千円

Ⅱ－A. 新事業への移行について　　※ 移行している事業所のみ

平成 20 年 10 月 1 日現在で新事業に移行している事業所のみお答えください。

※ 平成 20 年 10 月 1 日現在移行していない事業所は、9 ページへお進みください。

【13】新事業に移行する前の事業所に、○をつけてください。

1．小規模作業所

2．小規模通所授産施設

【14】移行した理由の上位３項目に、○をつけてください。

1．収入が増える（財政が豊かになり安定する）ため

2．施設の機能や役割を強化するため

3．地域に必要とされる社会資源としての役割を担うため

4．利用者からの要望　　5．職員からの要望　　6．家族の要望

7．地元自治体の要請　　8．作業所制度が廃止されるため

9．その他　（　　）

【15】移行前の貴事業所の活動内容を教えてください。

（各項目の該当する欄に○をつけてください）	重点的に実施していた	必要に応じて実施していた	実施していなかった
1．働く場			
2．企業等への就労に向けて訓練･準備する			
3．企業等への就労の継続を支援する			
4．定期的に通える場			
5．地域の中の安らぎ安心の居場所			
6．生活のリズムをつける			
7．生活の中の楽しみを見つける			
8．日常生活のスキルを身につける			
9．身近な顔の見える関係性の中での相談支援			
10．生活情報の提供、利用者の必要とする情報へのアクセスを支援			
11．訪問や同行等による日常生活支援			
12．治療関係を維持するための支援			
13．当事者同士の自由な交流や仲間づくり			
14．当事者と地域の様々な個人、団体との出会いや交流			
15．障害に対する地域の理解や啓発			
16．文化・スポーツ・レクリエーション活動			
17．その他（　　）			

【16】移行後の貴事業所の活動内容を教えてください。

（各項目の該当する欄に○をつけてください）	重点的に実施している	必要に応じて実施している	実施していない
1. 働く場			
2. 企業等への就労に向けて訓練･準備する			
3. 企業等への就労の継続を支援する			
4. 定期的に通える場			
5. 地域の中の安らぎ安心の居場所			
6. 生活のリズムをつける			
7. 生活の中の楽しみを見つける			
8. 日常生活のスキルを身につける			
9. 身近な顔の見える関係性の中での相談支援			
10. 生活情報の提供、利用者の必要とする情報へのアクセスを支援			
11. 訪問や同行等による日常生活支援			
12. 治療関係を維持するための支援			
13. 当事者同士の自由な交流や仲間づくり			
14. 当事者と地域の様々な個人、団体との出会いや交流			
15. 障害に対する地域の理解や啓発			
16. 文化・スポーツ・レクリエーション活動			
17. その他（　　）			

【17】新たに取り組みを開始した事業はどのような経緯で開始されましたか。

【18】障害者自立支援法以前に行っていたが新制度に移行してできなくなった活動があれば、その理由も含めお答えください。

【19】移行後の業務への対応についてお聞きします。

(1) 移行したことにより、業務量はどうなりましたか。（当てはまるものに○）

1. 増えた　　2. 変わらない　　3. 減った

(2) (1)で〔1. 増えた〕に○をつけられた事業所にお聞きします。どのような対応をしていますか。（当てはまるものすべてに○）

1. 職員の増員　　2. ソフト導入等による事務の合理化　　3. 業務の外部委託
4. 残業　　5. 休日出勤　　6. 利用者支援の抑制
7. その他（　　）

【20】移行後の利用者の状況についてお聞きします。

(1) 移行に伴い、1日当たりの平均利用者数は変化しましたか。（当てはまるものに○）

1. 増えた　　2. 変わらない　　3. 減った

(2) 移行に伴い、利用者の利用中止や利用の抑制がありましたか。

1. あった　　2. なかった

(3) (2)で〔1. あった〕と回答した事業所にお聞きします。利用中止や抑制の理由を教えてください。

ア. 利用中止の理由	
イ. 利用抑制の理由	

(4) 利用者負担金の滞納はありますか。

1. ある　　2. ない

Ⅱ－B. 新事業への移行について　　※ 移行していない事業所のみ。

平成 20 年 10 月 1 日現在で新事業に移行していない事業所のみお答えください。
※ 平成 20 年 10 月 1 日現在移行している事業所は、12 ページへお進みください。

【21】貴事業所の活動内容を教えてください。

（各項目の該当する欄に○をつけてください）	重点的に実施している	必要に応じて実施している	実施していない
1. 働く場			
2. 企業等への就労に向けて訓練・準備する			
3. 企業等への就労の継続を支援する			
4. 定期的に通える場			
5. 地域の中の安らぎ安心の居場所			
6. 生活のリズムをつける			
7. 生活の中の楽しみを見つける			
8. 日常生活のスキルを身につける			
9. 身近な顔の見える関係性の中での相談支援			
10. 生活情報の提供、利用者の必要とする情報へのアクセスを支援			
11. 訪問や同行等による日常生活支援			
12. 治療関係を維持するための支援			
13. 当事者同士の自由な交流や仲間づくり			
14. 当事者と地域の様々な個人、団体との出会いや交流			
15. 障害に対する地域の理解や啓発			
16. 文化・スポーツ・レクリエーション活動			
17. その他（　　）			

【22】現在、新事業への移行を計画していますか。

1. 計画している　　→【23】へ *(10 ページ)*
2. 計画していない　　→【24】へ *(11 ページ)*
3. 廃止を予定している　　→【25】へ *(11 ページ)*

【23】　【22】で〔1. 計画している〕と回答した事業所が回答してください。

(1) 計画している移行先はどの事業ですか。（当てはまるものに○をつけてください）

1. 地域活動支援センターⅠ型
2. 地域活動支援センターⅡ型
3. 地域活動支援センターⅢ型
4. 地域活動支援センター（　　）
5. 就労移行支援事業所
6. 就労継続支援Ａ型事業所
7. 就労継続支援Ｂ型事業所
8. 自立訓練事業所（生活訓練）
9. 自立訓練事業所（機能訓練）
10. 生活介護事業所
11. 多機能型事業所（実施事業：　　）
12. 相談支援事業所
13. その他（　　）

(2) 移行予定の時期はいつですか。（当てはまるものに○をつけてください）

1. 平成 20 年度中（　　月頃）
2. 平成 21 年度中（　　月頃）
3. 平成 22 年度中（　　月頃）
4. 平成 23 年度中（　　月頃）
5. 未定
6. その他（　　）

(3) 移行を計画している理由の上位３項目に、○をつけてください。

1. 収入が増える（財政が豊かになり安定する）ため
2. 施設の機能や役割を強化するため
3. 地域に必要とされる社会資源としての役割を担うため
4. 利用者からの要望
5. 職員からの要望
6. 家族の要望
7. 地元自治体の要請
8. 作業所制度が廃止されるため
9. その他（　　）

【24】 【22】で〔2. 計画していない〕と回答した事業所が回答してください。計画していない理由に、○をつけてください。（複数回答可）

1. 自立支援法の内容が変わるので平成 23 年までにどうなるか見定めた上で検討する
2. 収入が減少し現状を維持できない
3. 給付事業の報酬が低すぎる
4. 施設･設備の基準をクリアできない
5. 職員の基準をクリアできない
6. 施設の役割や機能の継続が困難
7. 移行したい事業は既に他の事業者が行っている
8. 利用者が基準より少ない
9. 利用者･職員･理事会(経営者)の意見がまとまらない
10. 地元自治体の要請に応じきれない
11. その他（　　）

【25】 【22】で〔3. 廃止を予定している〕と回答した事業所は、その理由をお書きください。

Ⅲ. 個別支援と関係機関との連携　　※ すべての事業所

【26】個別支援をしていく中で、関係機関との連携について教えてください。（当てはまるものに○）

1. 関係機関と個別に協議をしている。
2. 必要に応じて、必要な関係機関が集まり協議をしている。
3. 定期的な関係機関の協議会などで協議をしている。
4. 自立支援協議会に提起し、協議をしている。
5. 関係機関等との協議は行わず、独自に支援をしている。
6. その他（　　）

Ⅳ 最後に、新体系への移行について評価すべき点や問題点、改善すべき点など、お気づきのことがあれば自由に記入してください。

ご協力いただきありがとうございました。

全国精神障害者地域生活支援協議会　調査研究プロジェクトチーム

障害者自立支援法による新事業移行に関する

利用者アンケート

あみ［ámi］
全国精神障害者地域生活支援協議会
（厚生労働省補助事業）

1．現在お住まいの地域はどこですか？

都道府県	区市町村

2．性別と年齢を教えてください？

性別：1．男　2．女

年齢：1．19歳以下　2．20～29歳　3．30～39歳　4．40～49歳　5．50～59歳　6．60～64歳　7．65歳以上

3．現在、主に利用している事業所の種類はなんですか？

1．自立支援給付事業所
2．地域活動支援センター
3．小規模作業所
4．小規模通所授産施設

→〔1の方〕利用しているサービスの種類はなんですか？

1．就労移行支援　2．就労継続支援Ａ型
3．就労継続支援Ｂ型　4．自立訓練（生活訓練）
4．その他（　　）

4．質問３で、〔1．自立支援給付事業所〕〔2．地域活動支援センター〕と答えた方におうかがいします。あなたが現在利用している事業所は、障害者自立支援法による新体系の事業ですが、以前は何の事業所でしたか？

1．小規模作業所
2．小規模通所授産施設
3．地域生活支援センター

5．同じく質問３で、〔1．自立支援給付事業所〕〔2．地域活動支援センター〕と答えた方におうかがいします。障害者自立支援法による新体系の事業に移行してから変化はありましたか？

※ 該当しないところはお答えいただかなくても結構です。

A．利用料		1．減った	2．変わらない	3．増えた
B．工賃		1．増えた	2．変わらない	3．減った
C．活動内容	ア．作業	1．よくなった	2．変わらない	3．悪くなった
	イ．作業以外	1．よくなった	2．変わらない	3．悪くなった
D．職員の対応		1．よくなった	2．変わらない	3．悪くなった
E．居心地		1．よくなった	2．変わらない	3．悪くなった
F．仲間との交流		1．よくなった	2．変わらない	3．悪くなった
G．雰囲気		1．よくなった	2．変わらない	3．悪くなった
H．全体的に		1．よくなった	2．変わらない	3．悪くなった

I．その他

よくなったところ	
悪くなったところ	

（裏面につづきます）

6．質問３で、〔3．小規模作業所〕〔4．小規模通所授産施設〕と答えた方におうかがいします。あなたが現在利用している事業所は、障害者自立支援法による新体系の事業に移行した方がよいと思いますか？

1．移行した方がよい
2．移行しない方がよい
3．わからない

→〔1の方〕移行してほしいサービスの種類はなんですか？

1．地域活動支援センター
※障害者自立支援法による事業だが、自立支援給付事業とは別に、自治体独自の形態で実施することができる。
2．就労移行支援
※一般企業等に就職するための支援。利用期限は２年間。
3．就労継続支援Ａ型
※そこで働き続けるための支援。最低賃金の支給等、事業所と雇用契約が結ばれる。制度上の利用期限はない。
4．就労継続支援Ｂ型
※そこで働き続けるための支援。制度上の利用期限はない。
5．自立訓練（生活訓練）
※社会生活を送るためのリハビリテーション、訓練。利用期限は２年間。
6．その他（　　）

7．同じく質問３で、〔3．小規模作業所〕〔4．小規模通所授産施設〕と答えた方におうかがいします。質問６でお答えになった理由を教えてください。

8．最後に、障害者自立支援法について感じていること、ご意見等をご自由にお書きください。

ご協力いただきありがとうございました。
全国精神障害者地域生活支援協議会　調査研究プロジェクトチーム

■検討委員会構成

氏 名 等		所属及び役職	執筆担当
【委員長】	門屋　充郎	(NPO)十勝障がい者支援センター　理事長	第5章まとめ
【委　員】 (五十音順)	伊澤　雄一	(NPO)全国精神障害者地域活動支援協議会　代表 (社福)はらからの家福祉会　総合施設長	第2章 第5章提言
	内山　澄子	(社福)のうえい舎　理事	第4章
	尾上　義和	(社福)全国精神障害者社会復帰施設協会　理事	第2章
	勝田　武司	(NPO)みのりコミュニオン　理事	
	加藤　房子	(社福)クオレ　理事	
	金子百合子	(社福)しらとり会　地域生活支援センターまほろば　所長	
	田中　直樹	(NPO)全国精神障害者地域活動支援協議会　事務局長 (NPO)あおば福祉会　事務局長	第1章
	戸高　弘充	(NPO)全国精神障害者地域活動支援協議会　副代表 (社福)藤沢ひまわり　総合施設長	第3章
	中田なみ子	(社福)なごみの郷　管理者	
	萩　　進	(社福)川の郷福祉会　理事長	第3章
	樋田なおみ	(NPO)SORA　理事	
	村上　大作	(社福)福島あけぼの会　理事	
	渡辺　邦弘	(NPO)全国精神障害者地域活動支援協議会　副代表 (NPO)いずみ会　理事長	
	渡邊　　剛	(医療法人)社団緑峰会　グループホームみのり山荘	
	渡部　裕一	(医療法人)原クリニック	第4章
【事務局】	宮坂　　勇	(NPO)全国精神障害者地域活動支援協議会　事務局	

【事業委託】	鈴木あおい(NHK学園　社会福祉士養成過程　専任教員) 株式会社 コモン計画研究所	事例集原稿作成 編　集

精神障害者の地域生活を支える地域活動支援センターと
就労を中心とした個別給付事業との連携のあり方に関する調査研究報告書

平成21(2009)年3月　発行

発　行:　特定非営利活動法人　全国精神障害者地域生活支援協議会

実　施:　特定非営利活動法人　全国精神障害者地域生活支援協議会
障害者自立支援法調査研究プロジェクト委員会