

日常生活自立支援事業等関連制度と成年後見制度との連携の在り方等に関するアンケート調査票

【都道府県社会福祉協議会 調査票】

【本調査の目的】

日常生活自立支援事業と成年後見制度との連携に関する実態、及び、両制度の現状と課題を明らかにし、制度間連携をより一層進めるとともに、今後の改善へ向けた取り組みに資する基礎データを得ることを目的として、本アンケート調査を実施します。

【アンケート調査票をご回答いただくにあたって】

- 本アンケートは統計的に処理いたします。ご回答いただいた内容を個別に公表することはありません。
- 特に断りのない場合は、**令和2年10月1日時点**での回答をお願いします。
- 記入の済んだ調査票については、**12月18日(金)まで**に、以下のメールアドレス宛に添付いただくか、下記「調査票の提出先」までFAXにてご返信ください。

【回答後の返送方法】

- 本調査票ファイルは、下記のメールアドレス宛にファイル添付にてご返送ください。

アンケート返信先メールアドレス

nichi@hit-north.or.jp

【調査に関するお問い合わせ先】

- 在宅勤務等で職員が不在な場合もあるため、お急ぎではない場合は「nichi@hit-north.or.jp」へ、メールでお問い合わせください。

【調査票の提出先・調査に関するお問い合わせ先】

一般社団法人北海道総合研究調査会 （ヒット） 担当：切通、佐々木、灰野
〒060-0004 札幌市中央区北4条西6丁目 毎日札幌会館3階
TEL：011-222-3669 FAX：011-222-4105
E-mail: nichi@hit-north.or.jp

※ご記入ください。

社会福祉協議会名	
担当部署名	担当者名
電話番号	
-mail	

1. 日常生活自立支援事業の実施概要

(1) 日常生活自立支援事業の実施形態

①日常生活自立支援事業の実施形態として、あてはまるもの1つに○をつけてください。

- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| 1. 直営（都道府県・指定都市社協直営方式） | 3. 直営+委託（都道府県・指定都市社協直営方式との併用） |
| 2. 委託 | |

②委託先（実施方式）としてあてはまるものに○をつけてください。

また、「3. 市区町村社協（基幹的社協等）以外の法人・団体」とした場合、委託先団体についてあてはまるもの全てを選び、併せて、市区町村社協（基幹的社協等）以外に委託した理由を下欄にご記入ください。

- | | |
|-------------------------------|----------------|
| 1. 基幹的社協方式 | 2. 全市区町村社協実施方式 |
| 3. 市区町村社協（基幹的社協等）以外の法人・団体への委託 | |

※市区町村社協（基幹的社協等）以外の委託先（あてはまるもの全てに○）

- | | |
|----------------------|--------------|
| 1. 社会福祉協議会以外の社会福祉法人 | 4. 特定非営利活動法人 |
| 2. 公益社団法人、または、公益財団法人 | 5. その他（ ） |
| 3. 一般社団法人、または、一般財団法人 | |

※市区町村社協（基幹的社協等）以外に委託した理由（自由記入）

(2) 利用料

①日常生活自立支援事業の1回の訪問に対して利用者が支払う、利用金額をご記入ください。

1回の訪問につき利用者が支払う利用料（交通費除く）	1回あたり	円
通帳を預かるケースで上記と料金が異なる場合	1回あたり	円
書類等の預かりサービス（月額）	月額	円

※減免の適用がない場合の金額についてお答えください。

※1回の訪問で1時間を超えると加算がされる場合であっても、加算料金は記載しなくて結構です。

※ については、日常的金銭管理サービスで通帳等預かり「有り」において、福祉サービス利用援助や日常的金銭管理サービスの通帳等本人保管と異なる料金設定としている場合に記載してください。（貸し金庫利用費用を含む）

※訪問にかかる交通費実費は含まなくて結構です。ただし、 のケースで貸し金庫の実費分を請求する場合は記載してください。

※料金に幅がある場合は● ●円と記載してください。

②利用料の減免について

利用料の減免もしくは無償化を実施していますか。実施している減免もしくは無償化の措置全てに○をつけてください。※利用者が生活保護受給世帯である場合を除く。

- 1. 住民税非課税世帯
- 2. 住民税非課税世帯以外の低所得世帯
- 3. 上記1・2以外の都道府県社会福祉協議会独自の減免制度を実施している
- 4. 上記1・2以外の市区町村社会福祉協議会独自の減免制度を実施している
- 5. 管内の一部の市区町村行政において住民税非課税世帯の利用料免除を実施している
- その他 ()
 - ・ 減免もしくは無償化の措置は実施していない
 - ・ わからない

(3) 利用対象

①利用対象者の条件として、「福祉サービス」を利用することが決まっている（または直近で利用予定がある）こと等を要件としていますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

- 1. 要件としている
- 2. 管内の市区町村社協によって要件としている地域がある
- 3. 要件としていない
- 4. その他 ()

上記で「福祉サービス」を利用要件としている場合、以下のどの福祉サービスが要件となりますか。あてはまるもの全てに○をつけてください。

- 1. 介護保険制度等の高齢者福祉サービス
- 2. 障害者総合支援法等の障害福祉サービス
- 3. その他 ()

②生活保護受給者の利用を認めていますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

- 1. 認めている
- 2. 認めていない
- 3. 管内の市区町村社協によって認めていない地域がある
- 4. その他 ()

③生活困窮者自立支援制度による「家計改善支援事業」の支援を受けている場合、利用（併用）を認めていますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

- 1. 認めている
- 2. 認めていない
- 3. 管内の市区町村社協によって認めていない地域がある
- 4. その他 ()

④所有資産による利用制限を設けていますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

- 1. 設けている
- 2. 管内の市区町村社協によって設けている地域がある
- 3. 設けていない
- 4. その他 ()

金額（設けている場合）
約 円

※幅がある場合は●●円と記載してください。

(4) 成年後見制度との併用について

①成年後見制度との併用を、原則認めていますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

- 1. 認めている
- 2. 認めていない
- 3. 管内の市区町村社協によって認めていない地域がある
- 4. その他 ()

②上記①で「1. 認めている」と回答した方にお聞きます。日常生活自立支援事業における契約者としてあてはまるもの全てに○をつけてください。

- 1. 成年後見人等
- 2. 本人
- 3. その他 ()
- 4. 把握していない

③上記①で「1. 認めている」と回答した方にお聞きます。併用に際して何らかのルールを設けていますか。ある場合、具体的な内容をご記入ください。

- 1. ある
- 2. ない
- 3. 把握していない

※具体的な内容（自由記入）

上記①で、「2. 認めていない」「3. 管内の市区町村社協によって認めていない地域がある」と回答した場合、以下の設問にお答えください。

③成年後見制度の併用を認めていない理由について教えてください。（自由記入）

(5) 生活保護受給者の利用について

生活保護の受給に際し、日常生活自立支援事業を要件としているケースがあるかについて、あてはまるもの1つに○をつけてください。

- 1. 生活保護の受給にあたり、日常生活自立支援事業の利用を要件としているケースがある
- 2. 生活保護の受給にあたり、日常生活自立支援事業の利用を要件としているケースはない
- 3. わからない

2. 「契約締結審査会」の開催状況

(1) 開催概要

①契約締結審査会に招集されているメンバー全てに○をつけてください。

- | | |
|----------|------------|
| 1. 学識経験者 | 4. 医療関係者 |
| 2. 弁護士 | 5. その他 () |
| 3. 福祉関係者 | - . わからない |

②開催方法について、あてはまるもの1つに○をつけてください。

- | | |
|-------|-------------|
| 1. 定例 | 3. 定例と随時を併用 |
| 2. 随時 | 4. その他 () |

③開催頻度について、あてはまるもの1つに○をつけてください。

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1. 月2回程度 | 5. - カ月に1回未満 |
| 2. 月1回程度 | - . その他 (1 5以外) |
| 3. 2 3カ月に1回程度 | () |
| 4. 4 - カ月に1回程度 | . わからない・開催していない |

(2) 開催実績

①令和元年度の開催回数をご記入ください。

回

②令和元年度（1年間）の審査対象件数をご記入ください。

年間の審査			
対象件数 (件)	うち新規契約にかかり 審査をしたもの	うち支援計画の変更に かかり審査をしたもの	うちその他審査をした もの

(3) 審査の要件・協議内容

①審査会による審査を行う要件として、あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 「契約締結判定ガイドライン」に沿ったアセスメントを行った上で利用希望者の契約能力に懐疑がある場合
2. 利用者の判断能力の低下等により意思確認が困難な状況に変化したと思われる場合
3. 支援計画を変更する場合
4. 専門員が本人への対応に困難を抱え助言を依頼した場合（対応困難ケース）
5. 成年後見制度と併用する場合
- . 成年後見制度に移行する場合
 - . 生活保護受給者との契約の場合
 - . 契約締結後に生活保護の受給を開始した場合
 - . 新規契約ケースについて全件審査をしている
10. その他 ()

②審査会で協議している内容について、あてはまるもの全てに○をつけてください。

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1. 事業対象者であることの確認 | 5. 判断能力の確認 |
| 2. 支援計画の確認・見直し | - . 支援計画の内容の適正さ |
| 3. サービス状況の確認 | . その他 () |
| 4. サービス内容変更の確認 | . わからない |

(4) 契約締結審査会の開催等に関する課題

①契約締結審査会の開催等に関して課題となっていることはありますか。あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 審査を必要とするケースが増加している（業務の負担が大きい、丁寧な議論ができない等）
2. 審査案件が少ない
3. 働きかけを行わないと審査する案件があがってこない
4. 本来付議が必要なケースが付議されない状況が見受けられる
5. 審査会からの助言等があったケースについて、市区町村社協におけるその後の対応が確認できていない
- . その他 ()
- . 特に課題はない

②契約締結審査会の開催等を通じて把握された市区町村社協における事業運営上の課題として、あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 定期的なモニタリングが十分に実施できていない
2. 多くのケースで「月1回」等の画一的な支援回数が設定されている
3. 支援計画と異なる支援が行われているにも関わらず、支援計画の変更が行われていない
4. 専門員が単独で支援にあたるケースが多い
5. 同行や代行による支援が可能な場合にも、代理権の設定が行われているケースがある
- . 現金管理が恒常的に行われているケースがある
 - . 生活保護ケースワーカーの負担の軽減のために日常生活自立支援事業を活用する傾向がある
 - . その他 ()
 - . 特に課題はない

③上記①・②のような課題に対し、対応や工夫を行っていることがあれば、ご記入ください。

(自由記入)

3. 権利擁護・成年後見に関する取組状況

(1) 貴都道府県社協において、権利擁護・成年後見に関してどのような取組・事業等を実施していますか。あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 成年後見制度の推進のためのバックアップセンター、サポートセンター等の設置
2. 広報・啓発
3. 成年後見制度に関する相談対応
4. 市町村等からの利用促進の取組に関する相談・助言
5. 市町村社協等への法人後見に関する支援
 - 法人後見監督に係る取組（検討・準備等含む）
 - ・ 市民後見人の育成
 - ・ 市民後見人の支援（受任調整、実務支援）
 - ・ 行政や専門職団体等とのネットワークづくり
10. 家庭裁判所との連携
11. 成年後見制度に関する調査研究
12. 市町村行政や市町村社協等に対する研修の企画・実施
13. その他（)

(2) 上記(1)で「12. 市町村行政や市町村社協に対する研修の企画・実施」と回答した場合、実施している研修で学ぶ内容としてあてはまるもの全てに○をつけてください。

【成年後見制度の理解】

1. 成年後見制度の概要
2. 成年後見人等の業務
3. 市区町村長申立
4. 申立の支援
5. 法人後見・法人監督
 - 市民後見人の養成と支援

【相談援助の基本】

- ・ 相談援助の基本
 - ・ 権利擁護支援について
 - ・ 意思決定支援
10. 事例検討

【その他】※上記1 19以外
具体的に

【成年後見制度の利用促進】

11. 成年後見制度利用促進と基本計画
12. 中核機関の役割
13. 地域連携ネットワークの構築
14. 家庭裁判所との連携
15. 後見支援信託、後見支援預金

【関係施策】

16. 日常生活自立支援事業
17. 高齢者虐待、障害者虐待
18. 身元保証
19. 消費者被害

(3) 上記(2)で回答した研修の対象者として、あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 市町村職員
2. 市町村社協職員
3. 地域包括支援センター職員
4. 障害福祉サービス事業所職員
5. その他（)

4. 成年後見制度への適切な移行について

(1) 日常生活自立支援事業から成年後見制度への移行を検討することになったきっかけとして、どのようなことがありますか。都道府県社協として把握している範囲で構いませんので、あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 判断能力が著しく低下してきたため（契約締結ガイドラインの基準に従って）
2. 入院や入所など居所の移動の必要性が生じ、そのための契約が必要となったため
3. 不動産の売買などの日常生活上の金銭管理の範疇を越える法律行為が必要となったため
4. 本人が遺産を相続する必要性が生じたため
5. 悪質な訪問販売や本人の浪費などから本人の財産を守るため
 - 親族や知人による財産侵害から本人の財産を守るため
 - ・ 本人が希望したため
 - ・ 親族が希望したため（本人の利益に合致する理由により）
 - ・ 親族が希望したため（本人の利益に相反する理由により）
10. 将来にわたって本人の支えとなるキーパーソンが必要だと思われたため
11. その他（)

(2) 成年後見制度への適切な移行の際の課題として、どのようなことが考えられますか。特にあてはまるものを3つまで選び、○をつけてください。

1. 本人が成年後見制度の利用を希望していない
2. 成年後見制度を利用することについて本人の意思決定に時間がかかる
3. 家族が成年後見制度の利用を希望していない
4. 申立人が見つからない
5. 補助・保佐の本人申立てを提案しても本人の同意が得られない
 - どの時点で移行してよいか判断が難しい
 - ・ 申立にかかる経費を負担する資力がなく、または経費負担が大きい
 - ・ 申立のために必要な書類等の作成が難しく、準備できない
 - ・ 市区町村長による申立てが必要だが、手続きが進まない
10. その他（)

(3) 成年後見制度への移行についてのルールや指標・支援ツール等がありますか。あれば、具体的にお聞かせください。（自由記入）

※一部の市区町村社協が実施しているものも把握していればご記入ください。

1. ある
2. ない
3. 把握していない

※具体的な内容（自由記入）

5. 日常生活自立支援事業の現状と効果・課題について

(1) 待機者数

所管する地域において、日常生活自立支援事業の待機者を把握していますか（1つだけ○）。また、「1. 把握している」場合、待機者数をご記入ください。

※ご記入いただいたデータについての時点、待機者の定義についても併せてご回答ください。

1. 把握している 2. 把握していない 3. 待機者はいない

待機者数 人

※調査時点 （平成・令和）年 月 日時点

※待機者の定義について、あてはまるもの全てを選んでください。

1. 利用希望の相談を受けているが、社協都合等本人側によらない理由により1カ月以上初回面接に至っていないケース
2. 初回面接を行ったが、社協都合等本人側によらない理由により2カ月以上契約に至っていないケース
3. その他（ ）

(2) 日常生活自立支援事業の利用に至らない理由

日常生活自立支援事業の利用に至らない理由として多いのは、どのようなことですか。**特にあてはまるものを3つまで**を選び、○をつけてください。

※都道府県社協として認識している範囲でご回答ください。

1. 本人の利用意思が定まらない
2. サービス内容や利用料金に対する本人の合意が得られない
3. 判断能力の状況から成年後見制度の利用が必要
4. 支援内容や財産の状況から成年後見制度の利用が必要
5. 相談中の入院・入所
- 相談中に死亡
 - ・ 本人の能力が高く対象外
 - ・ その他（ ）

(3) 日常生活自立支援事業の特性を踏まえた支援の効果として、どのようなものがあると思いますか。

特にあてはまるものを3つまでを選び、○をつけてください。

1. 生活課題の把握による必要なサービス・支援機関等へのつなぎ
2. 適切な金銭管理の支援等による家計の改善、生活の安定化
3. 権利侵害の防止や適切なサービスの利用支援等による本人の自己決定に基づく生活の実現
4. 成年後見制度等の権利擁護支援への入口・橋渡し
5. 生活支援員等の関わりによる地域社会との関係性の維持・回復（社会的孤立の解消等）
 - 定期的な訪問等による生活変化の把握や見守りネットワークの構築
 - ・ 関係機関・社会資源等との連携を通じた地域の権利擁護支援のネットワークづくりの推進
 - ・ 行政における財政的メリット →（具体的に ）
 - ・ その他（ ）
10. わからない

(4) 日常生活自立支援事業の課題

①日常生活自立支援事業を実施する上での課題として、どのようなことがありますか。あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 専門員の体制不足（ニーズに対応した体制の確保）
2. 専門員の業務負担
3. 生活支援員の確保と活動支援
4. 初回相談から契約までに時間がかかる
5. 関係機関（行政含む）における本事業に対する適切な理解の促進
 - 関係機関（行政含む）における本事業との連携、協力体制づくり
 - ・ 成年後見制度への移行・連携
 - ・ 生活保護との連携・役割分担
 - ・ 生活困窮者自立支援制度との連携・役割分担
10. 財源の確保
11. 地域共生社会に向けた包括的支援体制との連動
12. その他（ ）
13. 特に課題はない

②上記①で○をつけた課題のうち、特に課題と捉えているものを**最大3つまで**を選び、その選択肢番号及び具体的な内容をご記入ください。

番号	具体的な内容（自由記入）

日常生活自立支援事業等関連制度と成年後見制度 との連携の在り方等に関するアンケート調査票

【都道府県・政令指定都市 調査票】

【本調査の目的】

日常生活自立支援事業と成年後見制度との連携に関する実態、及び、両制度の現状と課題を明らかにし、制度間連携をより一層進めるとともに、今後の改善へ向けた取り組みに資する基礎データを得ることを目的として、本アンケート調査を実施します。

【アンケート調査票をご回答いただくにあたって】

- ・本アンケートは統計的に処理いたします。ご回答いただいた内容を個別に公表することはありません。
- ・特に断りのない場合は、**令和2年10月1日時点**での回答をお願いします。
- ・記入の済んだ調査票については、**12月18日(金)まで**に、以下のメールアドレス宛に添付いただくか、下記「調査票の提出先」までFAXにてご返送ください。

【回答後の返送方法】

- ・本調査票ファイルは、下記のメールアドレス宛にファイル添付にてご返送ください。

アンケート返信先メールアドレス

nichi@hit-north.or.jp

【調査に関するお問い合わせ先】

- ・在宅勤務等で職員が不在な場合もあるため、お急ぎではない場合は「nichi@hit-north.or.jp」へ、メールでお問い合わせください。

【調査票の提出先】

一般社団法人北海道総合研究調査会（ヒットHIT） 担当：きりとあし切通、佐々木、灰野
〒060-0004 札幌市中央区北4条西6丁目 毎日札幌会館3階
TEL：011-222-3669 FAX：011-222-4105
E-mail: nichi@hit-north.or.jp

※ご記入ください。

自治体名	
担当部署名	担当者名
電話番号	
-mail	

1. 貴都道府県・政令指定都市として、日常生活自立支援事業の必要性や重要性について担当部局内及び庁内関係部局等に対して説明を行っていますか。（あてはまるもの全てに○）

1. 担当部局内で、事業の趣旨や概要、必要性等を説明している
2. 関係部局に対し事業の趣旨や概要、必要性等を個別に説明している
3. 定期的な会議・連絡会・研修などにおいて、事業の趣旨や概要、必要性等を紹介・情報提供
4. その他（ ）
5. 特に説明等は行っていない

- 2.（前問で1～4を選択した場合）日常生活自立支援事業の必要性や重要性についての説明の結果について教えてください。（あてはまるもの全てに○）

1. 組織として、日常生活自立支援事業の必要性と重要性が理解された
2. 組織として、日常生活自立支援事業の必要性については理解されたが、重要性は低いままである
3. その他（ ）
4. 組織として、日常生活自立支援事業の必要性や重要性を感じていない

- 3.（前問で2～4を選択した場合）日常生活自立支援事業の必要性を感じなかったり、重要性が高まらなかったりする理由についてお書きください。（自由記入）

4. 日常生活自立支援事業の予算の確保について工夫していることがあれば教えてください。（あてはまるもの全てに○）

1. 中長期的な利用ニーズ等の見通しをたてて予算の確保を検討している
2. 事業の利用による定性的効果（利用者の生活改善等）を示している
3. 事業の利用による財政的効果（費用対効果等）を試算している
4. 事業の必要性について所管部局以外からの意見や他の施策との関係性を示している
5. その他（ ）
- 特に工夫していることはない

5. 政令指定都市のみお答えください 同じ政令指定市内における市長申立・成年後見利用促進の担当部署との連携について、あてはまるもの全てに○をつけてください。

- 1. 定期的に意見交換を行っている
- 2. 不定期に意見交換を行っている
- 3. 個別ケースにおいて、その都度連携をしている
- 4. その他 ()
- 5. 特に連携していない

(前問で1、2、3を選択した場合) 意見交換や連携の具体的な内容についてお書きください。
(自由記入)

6. 政令指定都市のみお答えください 同じ政令指定都市内における生活保護担当部署との連携について、あてはまるもの全てに○をつけてください。

- 1. 定期的に意見交換を行っている
- 2. 不定期に意見交換を行っている
- 3. 個別ケースにおいて、その都度連携をしている
- 4. その他 ()
- 5. 特に連携していない

(前問で1、2、3を選択した場合) 意見交換や連携の具体的な内容についてお書きください。
(自由記入)

都道府県・指定都市社会福祉協議会への補助事業として実施する事業スキームについて、メリットや課題等があれば、お書きください。(自由記入)

日常生活自立支援事業の実施において、市町村が事業主体となる、あるいは、市町村に負担を求めること(利用者数に応じて市町村が補助を負担する等)について、どのようにお考えですか。効果、期待、課題等についてお書きください。(自由記入)

都道府県・指定都市社会福祉協議会からの委託先として、今後、管内の市区町村・地区社会福祉協議会以外の機関(民間の機関を含む)も担い手として参加していきべきだと思いますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

- 1. 社会福祉協議会以外の機関も担い手(委託先)となるべき
- 2. 社会福祉協議会以外の機関は担い手(委託先)となるべきでない
- 3. どちらともいえない
- 4. その他 ()
- 5. わからない

前問で、2、3、4を選んだ方は、その理由についてもご記入ください。

前問で、1を選んだ方は、担い手に適切と思われる団体・機関についてもご記入ください。

委託するのに適切と思われる団体・機関 (複数記載可)	例 家計改善支援事業を行っている団体、郵便局、金融機関、高齢者支援を行っている株式会社 等
理由	

10. 日常生活自立支援事業の在り方についてのご意見があれば、ご記入ください。(自由記入)

ご協力ありがとうございました。
12月1日(金)までにご返送ください。

日常生活自立支援事業等関連制度と成年後見制度との連携の在り方等に関するアンケート調査

【基幹的社会福祉協議会調査】

【本調査の目的】

日常生活自立支援事業と成年後見制度との連携に関する実態、及び、両制度の現状と課題を明らかにし、制度間連携をより一層進めるとともに、今後の改善へ向けた取り組みに資する基礎データを得ることを目的として、本アンケート調査を実施します。

【調査票等の種類・内容】

本調査の調査票の種類は下記のとおりです。なお、B票以下の記入方法については、同封しているファイル「6_調査票の記入について」もご参照ください。

調査票	調査内容	回答	記入部数
(A) 事業者回答用調査票 <1_A票.docx>	調査対象となる基幹的社協の概要（運営方式、職員体制等）や日常生活自立支援事業の実施状況等を記入	管理者	1機関につき1部
(B) 専門員回答用調査票 <2_B票.docx>	日常生活自立支援事業を主な業務として担当している方（主担当）の兼務状況や経験年数・所有資格、担当ケース数等を記入。 ※B-1票、B-2票、C票に関わる専門員は必ず記入してください。	主担当者 (専門員)	B-1・B-2票、C票に関わる専門員の人数分の部数
(B-1)個別ケース調査票・契約に至ったケース <3_B-1票.xlsx>	現在、日常生活自立支援事業の契約を締結しているケース最大3事例、当該ケースの概要と、支援に要した時間等について記入	主担当者 (専門員) (*1)	1ケースにつき1部
(B-2)個別ケース調査票・契約に至らなかつたケース <4_B-2票.xlsx>	日常生活自立支援事業の契約の契約に至っていない(至らなかつた)が支援しているケース1事例を選定の上、当該ケースの概要と、支援に要した時間等について記入	主担当者 (専門員) (*1)	1ケースにつき1部
(C) タイムスタンプ調査票 <5_C票.xlsx>	調査期間中の通常勤務日において、日常生活自立支援事業に関する業務が発生した日を含む連続した3日間、職員の業務量・時間を把握するため、調査票に基づき職員が毎日記入	主担当者 (専門員) (*2)	職員1人1部×3日分

(*1) 1ケースに複数人関わっている場合は、ケースについてよく把握し、支援経過・支援に要した時間等を記入することができる方が回答いただidamente結構です。

(*2) 契約件数を比較的抱えている方で中堅以上の方を想定

P3の全体像もご参照ください

【調査期間】

・調査期間は、令和3年1月26日(月)から2月19日(金)までとし、タイムスタンプ調査(C票)実施日は、調査期間中の通常勤務日において、日常生活自立支援事業に関する業務が発生した日を含む連続した3日間とします。

・記入の済んだ調査票については、**2月19日(金)まで**に返送してください。

【回答後の返送方法】

・本調査票ファイルは、下記のメールアドレス宛にファイル添付にてご返送ください。

アンケート返信先メールアドレス	nichi@hit-north.or.jp
-----------------	-----------------------

・データ入力・返送される際には、次の手順をお願いします。

- ① 「専門員回答用調査票」(B票)については、該当する職員1名につき1ファイルをごコピーして使用してください。
- ② 「個別ケース調査票・契約に至ったケース」(B-1票)については、1事例につき1ファイルをコピーして使用してください。(ファイル内のシートのコピーではなく、ファイルごとコピーしていただきますようお願いいたします)
- ③ 入力の済んだファイルについては、「事業所調査票」(A票)、「専門員回答用調査票」(B票)、「個別ケース調査票」(B-1票・B-2票)、「タイムスタンプ調査票」(C票)ともご担当者か確認・集約し、Emailにてご返送ください。

【アンケート調査票をご回答いただくにあたって】

・本アンケートは統計的に処理いたします。ご回答いただいた内容を個別に公表することはありません。

・本調査は、業務実態の面から、日常生活自立支援事業と成年後見制度との連携のあり方、今後の改善に向けた取り組みについて整理・検討することを目的としています。本事業に係る業務評価を行うものではありませんので、ありのままに記入してください。

・特に断りのない場合は、**令和2年12月末時点**での回答をお願いします。

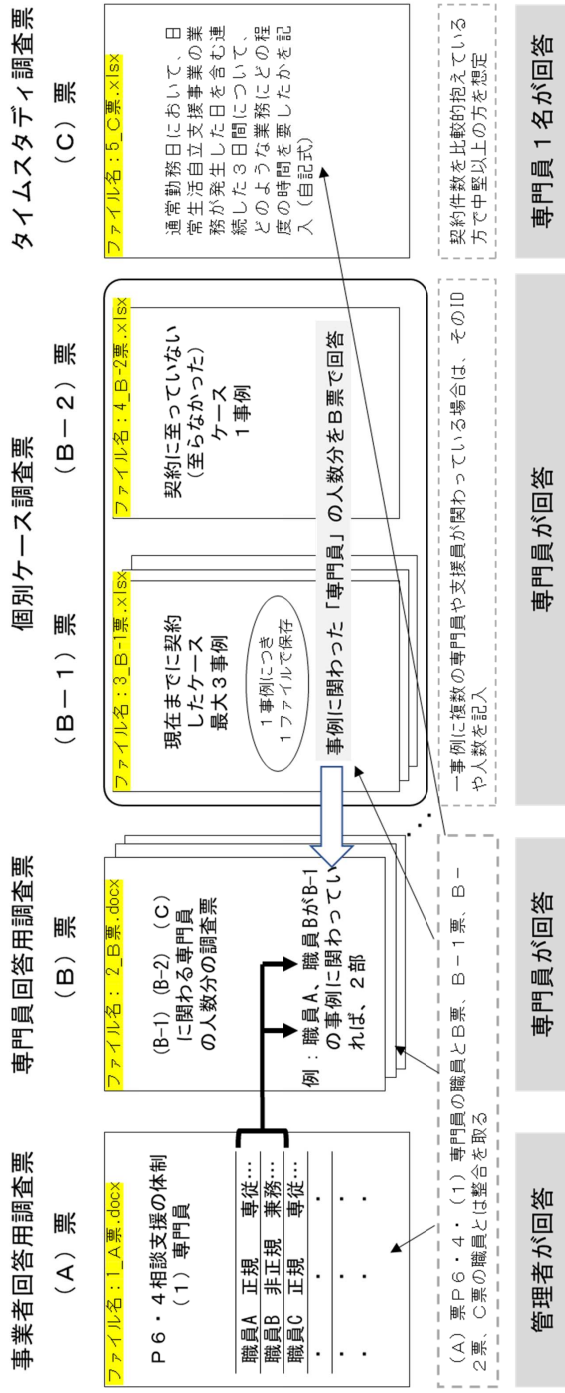
【調査に関するお問い合わせ先】

・在宅勤務等で職員が不在な場合もあるため、お急ぎではない場合は「nichi@hit-north.or.jp」へ、メールでお問い合わせください。

【調査票の提出先】

一般社団法人北海道総合研究調査会(ヒト) 担当： 切通、佐々木、灰野
〒060-0004 札幌市中央区北4条西6丁目 毎日札幌会館3階
TEL: 011-222-3669 FAX: 011-222-4105

図 【基幹的福祉協議会調査】調査票の全体像



(A) 事業者回答用調査票

※この調査票は、貴社協における日常生活支援事業の取り組み全体を把握している方がご記入ください。

社会福祉協議会名			
担当部署名		担当者名	
電話番号			
-mail			

I. 基本情報

(1) 貴社協における日常生活自立支援事業の実施形態としてあてはまるものを1つ選んでください。

※政令指定都市社協において、直営と基幹的社協方式を併用している場合、直営部分についてのみご回答ください。

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. 自市区町村のみを圏域としている | 2. 周辺市区町村も含めて担当している |
| 3. 指定都市社協直営 | |

(2) 実施事業等

①貴社協では権利擁護センター等(※)を設置していますか。また、設置している場合、貴社協内の担当部署についてご回答ください。

※「権利擁護センター等」とは下記のいずれにも該当するところを指します。

- ・貴社協として、センターの設置要綱、運営要綱、事業実施要領、法人後見事業の実施要項のいずれかを制定している(センターの運営の委託元の行政が制定している場合を含む)。
- ・センターで法人後見を実施している。または、法人後見の受任体制を構築済みである、または市民後見人の養成・活動支援を実施している。

- | |
|------------|
| 1. 設置している |
| 2. 設置していない |

実施している部署 (いずれかに○)			
①日自担当と同じ部署		②日自担当と別の部署	③日自担当の部署と別の部署とが合同で展開
日自と兼務	日自と担当者別		

②貴社協では成年後見制度利用促進にかかる中核機関(※)を受託していますか。また、受託している場合、貴社協内の担当部署についてご回答ください。

※国の「成年後見利用促進基本計画」に示された、専門職による専門的助言等の支援の確保や、協議会の事務局など、地域連携ネットワークのコーディネートを担う中核的な機関。国基本計画では、地域の実情に応じて、市町村等が設置している「成年後見支援センター」や「権利擁護センター」など既存の取組も活用しつつ、市町村が設置し、その運営に責任を持つことが想定されています(市町村直営または委託)。

- | |
|------------|
| 1. 受託している |
| 2. 受託していない |

実施している部署 (いずれかに○)			
①日自担当と同じ部署		②日自担当と別の部署	③日自担当の部署と別の部署とが合同で展開
日自と兼務	日自と担当者別		

③貴社協は法人として成年後見人等を受任していますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

- | |
|-----------------------------|
| 1. 受任している |
| 2. 現在は受任していないが、過去に受任実績がある |
| 3. 現在・過去ともに受任実績はないが、受任体制はある |
| 4. 該当しない |

④貴社協では生活困窮者自立支援制度関係事業を受託していますか。受託事業に○をつけてください。また、受託している場合、貴社協内の担当部署についてご回答ください。

	受託事業に○	実施している部署 (いずれかに○)		
		①日自担当と同じ部署	②日自担当と別の部署	③日自担当の部署と別の部署とが合同で展開
		日自と兼務	日自と担当者別	
1. 自立相談支援事業				
2. 家計改善支援事業 (任意事業)				

⑤貴社協では日常生活自立支援事業とは別に、日常的な金銭管理を支援する事業を実施していますか。

- | |
|------------|
| 1. 実施している |
| 2. 実施していない |
| 3. その他 () |

上記で「1. 実施している」と回答した場合、それはどのようなものですか。具体的な内容をご記入ください。(対象者、支援(サービス)内容、利用料など)

II. 日常生活自立支援事業の実施状況

1. 利用対象

(1) 利用対象者の条件として、「福祉サービス」を利用することが決まっている(または直近で利用予定がある)こと等を要件としていますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

- | |
|-------------------------|
| 1. 「福祉サービス」の利用を要件としている |
| 2. 「福祉サービス」の利用を要件としていない |
| 3. その他 () |

上記で「福祉サービス」を利用要件としている場合、次のどの福祉サービスが要件となりますか。あてはまるもの全てに○をつけてください。

- | |
|-----------------------|
| 1. 介護保険制度等の高齢者福祉サービス |
| 2. 障害者総合支援法等の障害福祉サービス |
| 3. その他 () |

(2) 生活保護受給者の利用を認めていますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

1. 認めている
2. 認めていない
3. その他 ()

(3) 生活困窮者自立支援制度による「家計改善支援事業」の支援を受けている場合、利用(併用)を認めていますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

1. 認めている
2. 認めていない
3. 当該自治体では家計改善支援事業を実施していない
4. その他 ()

(4) 成年後見制度との併用について

①成年後見制度との併用を認めていますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

1. 認めている
2. 認めていない
3. その他 ()

②上記①で「1. 認めている」と回答した方にお聞きます。日常生活自立支援事業における契約者としてあてはまるものに1つ○をつけてください。

1. 成年後見人等 2. 本人 3. その他 ()
4. 把握していない

③上記①で「1. 認めている」と回答した方にお聞きます。併用に際して何らかのルール・併用する必要性についての判断基準等を設けていますか。ある場合、具体的な内容をご記入ください。

1. ある 2. ない 3. 把握していない

※具体的な内容(自由記入)

上記①で、「2. 認めていない」と回答した場合、以下の設間にお答えください。

④成年後見制度の併用を認めていない理由について教えてください。(自由記入)

() 生活保護受給者の利用について

生活保護の受給に際し、日常生活自立支援事業の利用を要件としているケースがあるかについて、あてはまるもの1つに○をつけてください。

1. 日常生活自立支援事業の利用を要件としているケースがある
2. 日常生活自立支援事業の利用を要件としているケースはない
3. わからない

() 精神障害者の地域移行における利用について

精神障害者の地域移行に際し、日常生活自立支援事業の利用を要件としているケースがあるかについて、あてはまるもの1つに○をつけてください。

1. 日常生活自立支援事業の利用を要件としているケースがある
2. 日常生活自立支援事業の利用を要件としているケースはない
3. わからない

2. 契約実績等

(1) 現在の実利用者数や利用者像についてご回答ください。

①令和2年 12月末現在の 実利用者数	認知症高齢者	件	※障害等が重複している場合、どちらが主な障害等であるか、またはどちらの障害等に伴う症状が利用者の生活課題になっているかで分類してください。
	知的障害者	件	
	精神障害者	件	
	その他	件	
	合計	件	
②上記①の「 認知症高齢者 」を除いた利用者のうち、手帳を保持していないケースの割合	1. ほぼ全数 3. 割程度 . 1 2割程度	2. 割程度 4. 3 4割程度 . ほとんどない	
③上記①のうち、判断能力について医師の診断書等がないケースの割合	1. ほぼ全数 3. 割程度 . 1 2割程度	2. 割程度 4. 3 4割程度 . ほとんどない	
④上記①のうち、日自の担当職員以外の支援者(他の社協職員を除く)がいないケースの割合	1. ほぼ全数 3. 割程度 . 1 2割程度	2. 割程度 4. 3 4割程度 . ほとんどない	
⑤上記①のうち、利用者に関わるキーパーソン(親族・知人、近隣住民等)がいないケースの割合	1. ほぼ全数 3. 割程度 . 1 2割程度	2. 割程度 4. 3 4割程度 . ほとんどない	
⑥上記①のうち、資産を把握しているケースの割合	1. ほぼ全数 3. 割程度 . 1 2割程度	2. 割程度 4. 3 4割程度 . ほとんどない	

(2) 支援計画の作成

①契約者が自ら金銭管理ができるようになることを目指した支援計画を作成していますか。

1. 作成している	
2. 作成していない	
3. その他 ()	

②上記①で「1. 作成している」と回答した方にお聞きます。全契約者の支援計画のうち、契約者が自ら金銭管理ができるようになることを目指した支援計画はどのくらいの割合ですか。

1. ほぼ全数	2. 割程度	3. 割程度
4. 3割程度	1割程度	ほとんどない

(3) 契約終了者

①令和元年4月 令和2年3月の1年間の契約終了者数をご記入ください。

	人
--	---

②上記①で回答した契約終了者のうち、契約者が自ら金銭管理ができるようになって終了したケースは何件ですか。

	件
--	---

3. 契約締結審査会について

契約締結審査会に対して、どのようにお考えですか。

次の① ⑤の各項目について、あてはまるもの1つに○をつけてください。

	1. そう思う	2. まあまあそう思う	3. あまりそう思わない	4. 全くそう思わない
①申請に対し、迅速に対応してもらっている	1	2	3	4
②支援計画に対して適切な助言がもらえている	1	2	3	4
③契約締結審査会のサポートにより関係機関とのネットワーク構築ができている	1	2	3	4
④付議や報告しなければならない案件が多く、準備や手続きに手間がかかる	1	2	3	4
⑤審査会からの意見や助言が実態と乖離しており、現実の対応に結びつかないことがある	1	2	3	4

4. 相談支援の体制

(1) 専門員

日常生活自立支援事業を担当する専門員の体制についてご記入ください。なお、日常生活自立支援事業以外の業務を兼任している職員も、1人としてカウントしてください。(令和2年12月末現在)

職員ID	勤務形態			専従兼務		過当たりの勤務時間(時間/週)	業務比率(※合計を100%として大まかな比率を記入)			日常生活自立支援事業の担当ケース数
	1 正規	2 非正規・常勤	3 非正規・非常勤	1 専従	2 兼務		日常生活自立支援事業	その他の業務(日常生活自立支援事業以外)	合計	
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件
職員	1	2	3	1	2	時間	%	%	100%	件

※「非正規職員」とは、雇用期間に定めのある有期雇用の職員を指し、うち「常勤」には正規職員と同等の勤務日数および勤務時間で勤務している職員を、「非常勤」には正規職員よりも少ない勤務日数や短い時間で勤務している職員をそれぞれご記入ください。
 ※職員が多く、この欄に書ききれない場合は、お手数ですが、コピーして記入してください。

(2) 生活支援員

①現在、貴社協が雇用（登録も含む）している生活支援員の人数、担当ケース数、実労働時間等をご記入ください。

①貴社協が雇用（登録も含む）している生活支援員の実人数	人
②1人あたりの平均的な担当ケース数（令和2年12月末現在）	ケース
③1人あたり・1カ月あたりの平均的な労働時間	時間

②生活支援員に対して、担当する利用者の支援計画について説明を行っていますか。（1つだけ〇）

1. 行っている 2. 行っていない

③生活支援員が行う支援や、支援を受けた利用者の状況等について、どのような方法で確認していますか。（あてはまるもの全てに〇）

1. 生活支援員が作成・報告する支援記録
 2. 利用者宅訪問等の後（援助後）の生活支援員からの報告
 3. 上記2以外の生活支援員との定期的な連絡
 4. その他（ ）
 . 確認等の連絡をとっていない

④生活支援員の業務に関するフォローや、スキルアップに向けて取り組んでいることがあれば、具体的にご記入ください。（自由記入）

市町村（行政）の関わり

日常生活自立支援事業の実施にあたり、都道府県・指定都市社協の委託費とは別に、自治体より補助等の財政的支援を受けていますか。受けている場合、市区町村が独自の補助を行っている理由、補助対象（例 人件費、利用料）・金額等についてご記入ください。

1. 財政的支援を受けている
 2. 財政的支援は受けていない

※具体的な内容（自由記入）

III. 成年後見制度との連携

1. 初回相談 日常生活自立支援事業の対象者の見極め段階（契約締結前）

(1) 成年後見制度の利用検討

①貴社協では、日常生活自立支援事業に関する初回相談を受けた後、相談者が日常生活自立支援事業または成年後見制度の対象者かどうかを見極めるための検討（スクリーニング）を実施していますか。あてはまるもの1つに〇をつけてください。

1. すべてに実施している
 2. 一部に実施している
 3. 実施していない

②上記①で「1. すべてに実施している」と回答した方にお聞きします。スクリーニングの基準やツール等がありますか。ある場合、具体的な内容をご記入ください。

1. ある 2. ない

※具体的な内容（自由記入）

2. 日常生活自立支援事業を利用中における成年後見制度への移行

(1) 成年後見制度への移行の検討

①貴社協では、日常生活自立支援事業の利用者のうち、成年後見制度への移行を検討（スクリーニング）していますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

- 1. すべてに実施している
- 2. 一部に実施している
- 3. 実施していない

②上記①で「1. すべてに実施している」と回答した方にお聞きします。スクリーニングの基準やツール等がありますか。ある場合、具体的な内容をご記入ください。

- 1. ある
- 2. ない

※具体的な内容（自由記入）

③上記①で「1. すべてに実施している」と回答した方にお聞きします。どのようなタイミングで成年後見制度への移行を検討（スクリーニング）していますか。あてはまるもの全てに○をつけてください。

- 1. 相談開始時
- 2. 支援計画の作成時
- 3. モニタリング時（定期・随時）
- 4. 支援計画の見直し段階
- その他（)

(2) 日常生活自立支援事業の利用中（契約締結後）に成年後見制度への移行が必要と思われた相談者数

①貴社協において、令和元年度（1年間）に日常生活自立支援事業の利用から成年後見制度に移行したケースがありますか。※最初から併用しているケースは含みません。

- 1. ある
- 2. ない → 10、(3)へ

※何件ありますか。右欄にご記入ください。

a. 後見		件
b. 保佐		件
c. 補助		件
d. 任意後見		件
合計		件

②前頁①で日常生活自立支援事業の利用中（契約締結後）に成年後見制度に移行したケースが「1. ある」と回答した場合、成年後見制度への移行を検討することになったきっかけとして、どのようなことがありますか。あてはまるもの全てに○をつけてください。

- 1. 判断能力が著しく低下してきたため（契約締結ガイドラインの基準に従って）
- 2. 入院や入所など居所の移動の必要性が生じ、そのための契約が必要となったため
- 3. 不動産の売買などの日常生活上の金銭管理の範疇を越える法律行為が必要となったため
- 4. 本人が遺産を相続する必要性が生じたため
 - ・ 悪質な訪問販売や本人の浪費などから本人の財産を守るため
 - ・ 親族や知人による財産侵害から本人の財産を守るため
 - ・ 本人が希望したため
 - ・ 親族が希望したため（本人の利益に合致する理由により）
 - ・ 親族が希望したため（本人の利益に相反する理由により）
- 10. 将来にわたって本人の支えとなるキーパーソンが必要だと思われたため
- 11. その他（)

※「10」と回答した場合、具体的な事情（自由記入）

(3) 成年後見制度への移行につながないケース及びその理由

①令和2年12月末時点で、専門員（社協）として、日常生活自立支援事業の利用者のうち、成年後見制度への移行が適切と見立てをしているが、何らかの事情により成年後見制度の申立てにつながないケースがありますか。

ある場合、具体的な件数をご記入ください。

- 1. ある
- 2. ない

※何件ありますか。右欄にご記入ください。

件

②前頁①で「1. ある」と回答した場合、成年後見制度の申立てにつながる理由として、どのようなことが考えられますか。**特にあてはまるものを3つまで選び、○をつけてください。**

1. 本人が成年後見制度の利用を希望していない
2. 成年後見制度を利用することについて本人の意思決定に時間がかかる
3. 家族が成年後見制度の利用を希望していない
4. 申立人が見つからない
 - ・ 補助・保佐の本人申立てを提案しても本人の同意が得られない
 - ・ どの時点で移行してよいか判断が難しい
 - ・ 申立てにかかる経費を負担する資力がなく、または経費負担が大きい
 - ・ 申立てのために必要な書類等の作成が難しく、準備できない
 - ・ 市区町村長による申立てが必要だが、手続きが進まない
10. 成年後見制度についての専門員の知識・経験が十分でない
11. 移行の必要性に関して他の支援者等との理解・協力が得られないため
12. 成年後見制度の担当部署・機関等との連携が十分でなく、準備に時間がかかる
13. 総合的に本人の状況を把握している人物や支援機関（キーパーソン）がいない
14. その他（ ）

③上記②で「1. 本人が成年後見制度の利用を希望していない」と回答した場合、その具体的事情等として、どのようなことがありますか。（自由記入）

(4) 成年後見制度への移行における課題

日常生活自立支援事業から成年後見制度へ移行した後、課題が生じたケースはありますか。

「1. ある」場合、具体的な内容としてあてはまるもの全てに○をつけてください。

1. ある 2. ない 3. 把握していない

※課題が生じたケースが「1. ある」場合、具体的な内容（あてはまるもの全てに○）

1. 移行後の後見人等による支援に対して本人から不満が示された
2. 本人と後見人等との関係性がうまくいかなかった
3. 移行後も本人から専門員に対して頻回な訴えがあり対応が必要
4. 家族・地域との関係性づくりができていないなど、生活課題の解決に至らない
- ・ その他（ ）

() 成年後見制度への移行によるメリット

①日常生活自立支援事業から成年後見制度へ移行した場合、本人においてどのようなメリットがあると思いますか。（自由記入）

3. 成年後見制度との併用

※【 3 IIの1の(4)①で成年後見制度との併用を「認めている」と回答した場合】のみ回答

※【成年後見制度との併用を「認めていない」場合】は 13「4」へ。実質的に認めているケースがある場合は、下記ご回答ください。

(1) 令和2年12月末現在の実利用者数のうち、成年後見制度を併用しているケースはありますか。

1. ある 2. ない

※何件ありますか。右欄にご記入ください。

最初（日自契約時）から併用		件
途中（日自契約後）から併用		件
合計		件

(2) 併用ケースにおける役割分担

①日常生活自立支援事業と成年後見制度の併用ケースにおいて、後見人等との役割分担を明確化していますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

1. 基本ルールとして明確化している
2. 基本ルールとして明確化していないが、個別ケースに応じて協議して決めている
3. その他（ ）

②基本ルールとして明確化している場合、日常生活自立支援事業と成年後見制度において、福祉サービスの利用援助と日常的金銭管理サービスそれぞれについて、どのように役割分担していますか。

(自由記入)

	日常生活自立支援事業	成年後見人制度
	社会福祉協議会(専門員等)	後見人等(※代理権付与)
福祉サービスの利用援助		
日常的金銭管理サービス		

(3) 日常生活自立支援事業と成年後見制度の併用ケースにおいて、専門員・生活支援員と後見人等の効果的な連携による好事例があれば、具体的にお聞かせください。(自由記入)

4. 日常生活自立支援事業と成年後見制度との連携状況

(1) 日常生活自立支援事業と成年後見制度との連携状況

①日常生活自立支援事業と成年後見制度(権利擁護センター等、中核機関)の双方に関する理解や、後見人等との役割分担、コミュニケーションを図るために実施している取組内容について、あてはまるもの全てに○をつけてください。

- 1. 勉強会等により、両制度の理解を深めている
 - 2. 個別ケースや事例検討会等を通じて支援方法の共有に取り組んでいる
 - 3. 双方の役割分担について事前に協議して決めている
 - 4. 双方の制度の情報やマニュアル等を確認している
 - ・ その他 ()
 - ・ 担当者が兼務・成年後見制度を同じ部署で運営等のため必要なし
 - ・ 特に行っていない

②日常生活自立支援事業と成年後見制度との連携を図るために実施した前頁①のような取組について、最も効果があると思われるもの1つを選択肢1 からお選びいただき、その具体的な取組内容・効果についてご記入ください。

番号	具体的な取組内容・効果(自由記入)

(2) 貴社協において、**日常生活自立支援事業と成年後見制度の両方の運営を行っている場合についてお聞きます。**両方の運営を行うことでのメリット・デメリットについてお聞かせください。

(自由記入)

メリット	
デメリット	

IV. 関係機関との連携

(1) 関係機関との連携状況

①日常生活自立支援事業における相談・援助を行ううえで、1) 実際に現在連携を行っている(※)他の相談支援機関等について、該当するものを全て選択してください。また、2) 連携する必要があるが、連携をとれていない他の相談支援機関等について、該当するものを全て選択してください。

(※)日常生活自立支援事業の利用に至る相談経路となっている、または相談の中で本人や世帯員が複合的な課題を抱えている等により他の制度・施策の対象となる場合のつなぎ先であるなど、具体的な連携を想定しています。

	1) 実際に現在連携している	2) 連携する必要があるが、連携をとれていない
1. 生活保護ケースワーカー		
2. 福祉事務所(生活保護ケースワーカー以外)		
3. 生活困窮者自立支援制度の自立相談支援事業所		
4. 生活困窮者自立支援制度の家計改善支援事業所		
・ 権利擁護センター等・中核機関		
・ 弁護士・司法書士会等法律関係者		
・ 地域包括支援センター・在宅介護支援センター		
・ 基幹相談支援センター		
・ 障害者相談支援事業所等の障害相談支援機関		
10. 地域定着支援センター		
11. 障がい者就業・生活支援センター		
12. ひきこもり地域支援センター		
13. 居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)		
14. 保健所・保健センター		
15. 上記1・2・14以外の行政機関		
16. 民生委員・児童委員		
17. 自治会		
18. 病院・診療所		
19. 地域住民・ボランティア		
20. 地域の銀行・金融機関担当者		
21. 消費生活センター		
22. その他 ()		

②前頁①で回答した、現在連携している・連携する必要があるが、連携をとれていないと考えている他の相談支援機関等との連携を促進するために、必要と考える取組について、あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 勉強会等により、日常生活自立支援事業についての理解を深める
2. 個別ケースや事例検討会等を通じて支援方法の共有に取り組む
3. 双方の役割分担について事前に協議して決めておく
4. 双方の支援や情報やマニュアル等を確認する
- ・ その他 ()

(2) 生活保護受給者への支援におけるケースワーカーとの連携について

①生活保護受給者への支援におけるケースワーカーとの連携を図るために実施している取組内容について、あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 勉強会等により、日常生活自立支援事業についての理解を深めている
2. 個別ケースや事例検討会等を通じて支援方法の共有に取り組んでいる
3. 双方の役割分担について事前に協議して決めている
4. その他 ()
- ・ 特に行ってない

②上記①で選択肢1 4と回答した場合、その具体的な取組内容・工夫についてお聞かせください。(自由記入)

③生活保護受給者への支援におけるケースワーカーとの連携について、課題があれば、お聞かせください。(自由記入)

V. 日常生活自立支援事業の効果と課題、今後期待される役割

(1) 日常生活自立支援事業の効果

①日常生活自立支援事業の特性を踏まえた支援の効果として、どのようなものがあると思いますか。

特にあてはまるものを全て選び、○をつけてください。

1. 生活課題の把握による必要なサービス・支援機関等へのつなぎ
2. 適切な金銭管理の支援等による家計の改善、生活の安定化
3. 権利侵害の防止や適切なサービスの利用支援等による本人の自己決定に基づく生活の実現
4. 成年後見制度等の権利擁護支援への入口・橋渡し
 - ・生活支援員等の関わりによる地域社会との関係性の維持・回復（社会的孤立の解消等）
 - ・定期的な訪問等による生活変化の把握や見守りネットワークの構築
 - ・関係機関・社会資源等との連携を通じた地域の権利擁護支援のネットワークづくりの推進
 - ・行政における財政的メリット →（具体的に）
 - ・その他（）
10. わからない

②上記①で○をつけた効果のうち、特に効果が大きいと捉えているものを**最大3つまで**選び、その選択肢番号及び具体的な内容をご記入ください。

番号	具体的な内容（自由記入）

(2) 日常生活自立支援事業の課題

①日常生活自立支援事業を実施する上での課題として、どのようなことがありますか。あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 財源の確保
2. 専門員の体制不足（ニーズに対応した体制の確保）
3. 専門員の業務負担
4. 専門員の専門性の確保
 - ・生活支援員の確保と活動支援
 - ・初回相談から契約までに時間がかかる
 - ・関係機関（行政含む）における本事業に対する適切な理解の促進
 - ・関係機関（行政含む）における本事業との連携、協力体制づくり
 - ・成年後見制度への移行・連携
10. 生活保護との連携・役割分担
11. 生活困窮者自立支援制度との連携・役割分担
12. 地域共生社会に向けた包括的支援体制との連携
13. その他（）
14. 特に課題はない

②上記①で○をつけた課題のうち、選択肢1～3を除いて、特に課題と捉えているものを**最大3つまで**選び、その選択肢番号及び具体的な内容をご記入ください。

番号	具体的な内容（自由記入）

(3) 日常生活自立支援事業があるからこそ実現できていること、または、他事業では担うことができない役割はどのようなことですか。下記の空欄にご記入ください。(自由記入)

(4) 今後の日常生活自立支援事業に期待される役割や本事業としてどのように変化していくべきか等について、下記の空欄にご記入ください。(自由記入)

**ご協力ありがとうございました。
2月19日(金)までにご返送ください。**

(B) 専門員回答用調査票

※この調査票は、貴社協において日常生活自立支援事業を主な業務として担当している方（主担当）、B-1・B-2 票、C 票に関わる専門員の方それぞれが 1 部ずつご記入ください。
 ※2 名の場合は、2 枚になります。

社会福祉協議会名	
職員	

←『() 事業者回答用調査票』P 「4. 相談支援の体制」の職員 ID から転記してください。

(1) 兼務状況についてあてはまるもの 1 つに○をつけてください。また、他業務と兼務の場合は、兼任している内容としてあてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 専従	2. 他業務と兼務
-------	-----------

※他業務と兼務している場合の内容（すべてに○）

1. 権利擁護センター・成年後見制度利用支援	生活支援コーディネーター
2. 地域福祉活動専門員等の地域福祉推進部門	介護保険サービス
3. 生活困窮者自立支援（自立相談支援事業、任意事業等）	障害福祉サービス
4. 生活福祉資金貸付事業	その他（ ）

(2) 経験・所有資格

①専門員としての経験年数としてあてはまるもの 1 つに○をつけてください。

1. 1 年未満	2. 1 年以上 3 年未満	3. 3 年以上 年未満
4. 年以上 10 年未満	10 年以上	

②社会福祉関係業務の経験年数（通算）としてあてはまるもの 1 つに○をつけてください。

1. 1 年未満	2. 1 年以上 3 年未満	3. 3 年以上 年未満
4. 年以上 10 年未満	10 年以上	

③保有資格について、あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 社会福祉士	介護職員初任者研修修了者
2. 介護福祉士	精神保健福祉士
3. 社会福祉主事	保育士
4. 介護支援専門員	その他（ ）
相談支援専門員	10. 保有資格なし

(3) 担当ケース数についてご記入ください。（令和 2 年 12 月末現在）

	全 体			
	認知症高齢者	知的障害者	精神障害者	その他
①主担当ケース				
②他職員が主担当だが、担当の 1 人として関わっているケース				

(4) 上記 (3) で回答いただいた担当ケース数 (①+②) のうち、業務負担が大きいと感じるケースの「実件数」について教えてください。また、業務負担が大きいと感じるケースのうち、以下にあてはまるケースの実件数についてもご記入ください。

業務負担が大きいと感じるケース	件
うち、頻回な訴えがある利用者	件
うち、契約はしていないが関わりを継続しているケース	件

(B-1・B-2) 個別ケース調査票

ご回答者が担当したケースについて、事前相談、契約、支援等の各段階において、専門員及びその他の職員を含め、「誰が」「どの程度の時間」「どのような方法」で従事したかを把握するためのアンケートです。

※貴社会福祉協議会において、現在までに、日常生活自立支援事業の契約を締結しているケースの中から、可能な限り利用者の属性(障害種別(認知症高齢者、知的障害者等、精神障害者等)、世帯の状況等)が分かるように最大3事例を抽出し、当該ケースの主担当の専門員の方が記入してください。複数人が関わった事例であれば、複数のID(専門員)や人数を入力(プルダウンで選択)してください。(1ケースにつき1部(1ファイル))

→ (B-1)個別ケース調査票【契約に至ったケース】回答用紙

1ケース(1ファイル)につき4つのシートに回答

- ・事例フェイス項目
- ・事例業務実態(ア)アセスメント・支援計画作成
- ・事例業務実態(イ)日常生活自立支援事業の利用
- ・事例業務実態(ウ)契約終了後

※3事例について回答する場合は、上記ファイルを事例分(3つ)提出してください。

※また、契約に至っていない(至らない)が継続的に関わっている(関わっていた)事例(1ケース)についてもご記入ください。

→ (B-2)個別ケース調査票【契約に至らなかったケース】回答用紙

1ケース(1ファイル)につき2つのシートに回答

- ・事例フェイス項目
- ・事例業務実態

(B-1)個別ケース調査票【契約に至ったケース】回答用紙

社会福祉協議会名	
主担当の専門員ID	—『(A)事業者回答用調査票』P6「2. 相談支援の体制」の職員IDから転記してください。

1. ケースの基本情報についてお聞きします。(令和2年(2020年)12月末日現在)

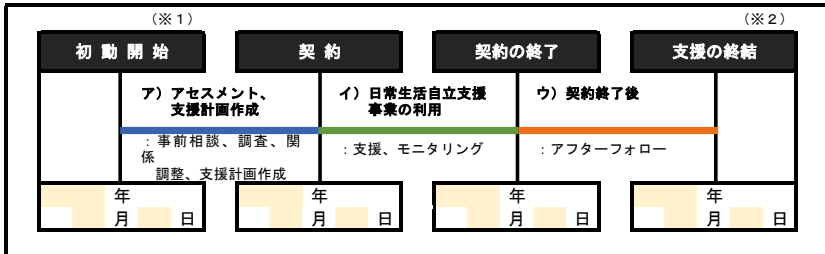
①性別	<input type="radio"/> 1. 男性	<input type="radio"/> 2. 女性	<input type="radio"/> 3. 不明
②年齢	<input type="radio"/> 1. 10代	<input type="radio"/> 2. 20代	<input type="radio"/> 3. 30代
	<input type="radio"/> 4. 40代	<input type="radio"/> 5. 50代	<input type="radio"/> 6. 60~64歳
③障害種別	<input type="checkbox"/> 1. 認知症高齢者等	<input type="checkbox"/> 2. 知的障害者等	<input type="checkbox"/> 3. 精神障害者等
	<input type="checkbox"/> 4. その他 ()		
④生活保護費の需給	<input type="radio"/> 1. あり	<input type="radio"/> 2. なし	
⑤住民税非課税対象	<input type="radio"/> 1. 該当	<input type="radio"/> 2. 非該当	<input type="radio"/> 3. 不明
⑥契約時の世帯情報	<input type="radio"/> 1. 親族・家族はいる	<input type="radio"/> 2. 親族・家族はいない	<input type="radio"/> 3. 不明
	<input type="radio"/> 4. その他		
⑦契約時の居住場所	<input type="radio"/> 1. 自宅	<input type="radio"/> 2. 施設	<input type="radio"/> 3. 病院
	<input type="radio"/> 4. グループホーム	<input type="radio"/> 5. その他 ()	
⑧契約時の居住場所が自宅の場合	<input type="radio"/> 1. 同居者はいる	<input type="radio"/> 2. 同居者はいない(1人暮らし)	<input type="radio"/> 3. 不明
⑨収入	<input type="radio"/> 1. 収入無し	<input type="radio"/> 2. 月収10万円未満	<input type="radio"/> 3. 月収10万円以上20万円未満
	<input type="radio"/> 4. 月収20万円以上	<input type="radio"/> 5. 把握していない	
⑩手帳の有無	<input type="radio"/> 1. 手帳あり	<input type="radio"/> 2. 手帳なし	<input type="radio"/> 3. 不明
⑪判断能力について診断書等の有無	<input type="radio"/> 1. あり	<input type="radio"/> 2. なし	
⑫初回相談の経路(あてはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> 1. 本人	<input type="checkbox"/> 5. 地域包括支援センター・在宅介護支援センター	
	<input type="checkbox"/> 2. 家族・親族	<input type="checkbox"/> 6. 居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)	
	<input type="checkbox"/> 3. 福祉事務所(生活保護ケースワーカー)	<input type="checkbox"/> 7. 障害者相談支援機関	
	<input type="checkbox"/> 4. 上記3以外の行政機関		<input type="checkbox"/> 8. その他 ()
⑬現在利用している制度・サービス(あてはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> 1. 介護保険制度等の高齢者福祉サービス		
	<input type="checkbox"/> 2. 障害者総合支援法等の障害福祉サービス		
	<input type="checkbox"/> 3. 成年後見制度		
	<input type="checkbox"/> 4. 生活困窮者自立支援制度(生活困窮者自立相談支援事業、任意事業)		
	<input type="checkbox"/> 5. 生活福祉資金貸付制度		
	<input type="checkbox"/> 6. その他 ()		
⑭関わっている機関・支援者数	合計()	カ所(人)	

2. このケースに対する相談支援の実施状況についてお聞きします。(令和2年(2020年)12月末日現在)

①初回相談受付	(西暦) 年 月
②初回相談から契約までにかかった期間	年 月 日 ③契約期間 年 月 日
④現在の状況	<input type="radio"/> 1. 契約中(支援継続中) <input type="radio"/> 2. 解約 →→→ 解約日: (西暦) 年 月 日 ※解約理由としてあてはまるもの全てに✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 1. 本人の希望 <input type="checkbox"/> 2. 親族が支援することになった(親族と同居することになった場合含む) <input type="checkbox"/> 3. 成年後見人等が本事業に代わって成年後見制度の利用を開始することになった <input type="checkbox"/> 4. 本人の死亡 <input type="checkbox"/> 5. 施設入所 <input type="checkbox"/> 6. その他 ()
	⑤契約書及び支援計画上に位置付けられたサービス(あてはまるもの全てに✓)
⑥本事業に関連して支援した内容(あてはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> 1. 福祉サービス利用援助 <input type="checkbox"/> 2. 日常的金銭管理(同行・代行) <input type="checkbox"/> 3. 日常的金銭管理(代理) <input type="checkbox"/> 4. 書類等預かり
	<input type="checkbox"/> 1. 郵便物等の内容確認、整理 <input type="checkbox"/> 6. 利用者の話し相手・見守り <input type="checkbox"/> 2. 借金の返済 <input type="checkbox"/> 7. 家族内の関係調整 <input type="checkbox"/> 3. 悪質商家等消費者トラブルへの対応 <input type="checkbox"/> 8. 職場や近所との関係調整 <input type="checkbox"/> 4. 虐待への対応 <input type="checkbox"/> 9. 入退院時の準備 <input type="checkbox"/> 5. 利用者の家族に対する支援 <input type="checkbox"/> 10. 家の掃除、買い物の代行・同行 <input type="checkbox"/> 11. 上記1～10以外の業務(具体的に) _____

3. 関わっている期間

次頁以降の業務実態で記載する大まかな期間を記載ください。なお、年は暦年で、西暦にて記載ください。契約終了、または、支援終結に至らない事例であっても構いません。その場合は空欄のままにしておいてください。



(B-1)個別ケース調査票【契約に至ったケース】回答用紙

4. 業務実態

(ア)アセスメント・支援計画作成

- ・調査票「3. 関わっている期間」に取り組んだ業務内容について記載してください。
- ・回答欄が不足する場合は、シートをコピーしてください。

※「業務コード」には、【業務コード表】より対応する番号を選択してください。

区分	業務コード	合計時間	職員(該当する番号を選択) ※専門員が関わった場合はIDを入力	備考
①事前相談・初回受付 ②調査(サービス内容特定、契約締結能力確認等) ③関係調整 ④契約・支援計画作成		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
		0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	

区分	業務コード	合計時間	職員(該当する番号に✓) ※専門員が関わった場合はIDを入力	備考
23		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
24		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
25		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
26		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
27		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
28		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
29		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
30		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
31		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
32	◎事前相談・初回受付	0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
33	(ア)アセスメント	0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
34	◎調査(サービス内容特定、契約締結能力確認等)	0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
35	◎関係調整	0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
36	◎支援計画作成	0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
37	◎契約・支援計画作成	0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
38		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
39		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
40		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
41		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
42		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
43		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
44		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
45		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
46		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
47		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	

(B-1)個別ケース調査票【契約に至ったケース】回答用紙

4. 業務実態

(イ)日常生活自立支援事業の利用

- ・調査票「3. 関わっている期間」に取り組んだ業務内容について記載してください。
- ・回答欄が不足している場合は、シートをコピーしてください。

※「業務コード」には、「業務コード表」より対応する番号を選択してください。

区分	業務コード	合計時間	職員(該当する番号を選択) ※専門員が関わった場合はIDを入力	備考
1		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
2		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
3		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
4		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
5		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
6		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
7		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
8		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
9		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
10		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
11	◎支援	0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
12	◎モニタリング	0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
13		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
14		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
15		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
16		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
17		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
18		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
19		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
20		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
21		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
22		0 時間 0 分	○ 1. 専門相談員【ID 〃】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	

区分	業務コード	合計時間	職員(該当する番号に✓) ※専門員が関わった場合はIDを入力	備考
(イ)日常生活自立支援事業の利用	◎支援 ◎モニタリング	0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	

(B-1)個別ケース調査票【契約に至ったケース】回答用紙

4. 業務実態

(ウ)契約終了後

- ・調査票「3. 関わっている期間」に取り組んだ業務内容について記載してください。
- ・回答欄が不足する場合は、シートをコピーしてください。

※「業務コード」には、【業務コード表】より対応する番号を選択してください。

区分	業務コード	合計時間	職員(該当する番号を選択) ※専門員が関わった場合はIDを入力	備考
(ウ)契約終了後 ◎各種調整	◎契約の終了	0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	
		0 時間 0 分	<input type="checkbox"/> 1. 専門相談員【ID 〃】 <input type="checkbox"/> 2. 支援員 <input type="checkbox"/> 3. 管理職 <input type="checkbox"/> 4. その他(〃)	

区分	業務コード	合計時間	職員(該当する番号に✓) ※専門員が関わった場合はIDを入力	備考
23		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
24		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
25		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
26		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
27		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
28		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
29		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
30		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
31		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
32		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
33		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
34		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
35		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
36		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
37		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
38		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
39		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
40		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
41		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
42		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
43		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
44		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
45		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
46		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	
47		0時間 0分	○ 1. 専門相談員【ID】 ○ 2. 支援員 ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	

ウ) 契約終了後
◎ 契約の終了
◎ 各種調整

【業務コード表】

1. 日常生活自立支援事業における個別利用者への直接業務		
1-1 アセスメント・プラン・契約締結・モニタリング(専門員が中心となって行う業務)		
A 来所(面談)		
A	利用者(本人)との面談・相談対応	来所による利用者との面談等に係る時間。面談に係る準備作業も含む。また、利用申込の説明や情報提供、支援計画・契約書等について本人に説明し、同意を得るための時間、契約締結等に係る時間も含まれる。 ※ただし、他機関等との連絡・調整に関するものは「D1」に含めてください。
B 電話(FAX、E-mail、手紙等を含む)		
B	利用者(本人)との電話	利用者との電話対応、支援計画、モニタリング、フォローアップ等のための電話連絡・相談に係る時間。電話をかけた場合、電話がかかってきた場合のいずれも含む。 ※ただし、他機関等との連絡・調整に関するものは「D1」に含めてください。
C 訪問		
C1	利用者(本人)の居所等への訪問	利用者宅へ、初回訪問、アセスメント、事業の説明、契約締結手続き、預かる書類等の受け渡し、モニタリング等のために訪問した時間。また、利用申込の説明や情報提供、支援計画・契約書等について本人に説明し、同意を得るための時間、契約締結等に係る時間も含まれる。 ※移動・待機時間を含む
C2	利用者(本人)の同行支援	債務解決に向けた相談、行政機関での諸手続き、医療機関への受診等のため利用者へ同行した時間。また、アセスメントの結果、他制度の相談窓口機関等へのつなぎが適切と判断された場合に、必要に応じて、他機関への訪問(同行支援)、フォロー等を行った時間を含める。 ※移動・待機時間を含む
D 連絡調整		
D1	他機関等との連絡・調整(面談打合せ・電話・本人を伴わない他機関訪問)	個別の利用者の支援に関わるフォーマル・インフォーマルなさまざまな関係機関・関係者等による支援の調整や、相談者に関する報告・連絡・情報提供・相談等に対応した時間。関係機関・関係者等への訪問(または関係機関等が来所)した時間や、電話(電話をかけた場合、かかってきた場合のいずれも含む)をした時間も含まれる。※移動・待機時間を含む (注)契約前における日常的金銭管理をスムーズに進めるために金融機関等において行った手続きや、すでに金銭トラブルを抱えているなどのために消費生活相談や法律相談等の相談機関への協力依頼等にかかった時間もここに含めます。 ※ただし、契約後のサービス提供の段階での日常的金銭管理における手続き・連絡調整等の時間や、契約後において日常生活自立支援事業と関連した支援(借金返済・金銭トラブルへの対応等)に係る連絡・調整などの中での他機関等との連絡調整の時間は、「1-2 サービス提供」の対応する業務コードの中に含めてください。
D2	利用者家族との連絡・調整(面談打合せ・電話・本人を伴わない家族宅訪問)	利用者家族との相談対応等に係る時間。利用者家族宅等を訪問(または家族が来所)した時間や、電話(電話をかけた場合、かかってきた場合のいずれも含む)をした時間も含まれる。 ※移動・待機時間を含む
D3	生活支援員との連絡・調整	支援計画・契約内容等についての説明、利用者状況の報告・打合せ等。生活支援員の手配や、日常的金銭管理における通帳・印鑑等の受け渡し、残高確認等と一緒にを行う時間など。また、生活支援員からの援助に関わる相談に対応した時間等を含む。
E 契約締結審査会 ※調査(サービス内容特定、契約締結能力確認)で嫌疑が生じた場合		
E	契約締結審査会の準備・参加事後処理	「契約締結審査会」の準備・調整や、会議に参加した時間。資料作成、コピー、会議記録の作成等も含める。※移動・待機時間を含む
F 契約書・支援計画の作成		
F	契約書・支援計画の作成	契約書・支援計画書及び書類等預かりサービスを利用する場合の預かり書の作成に係る時間。記入のために調べものをした時間も含まれる。モニタリング・評価に基づく支援計画の見直し・修正作業も含む。
G ケース記録等の入力・文書作成		
G	ケース記録等の入力・文書作成	事業所内での個別の利用者に係る支援記録等の入力・記入、文書作成等の時間。記録作成のために調べものをした時間も含まれる。
H その他の会議・打ち合わせ		
H1	事業所内の報告・連絡・相談・検討	個別の利用者について、職員間で立ち話程度の検討・相談を行った場合や、事業所内でケースカンファレンス等を行った場合などの時間。
H2	事業所外の関係機関等との会議	個別の利用者について、関係機関等で合同ケース会議等を行うなどの時間。開催場所が、事業所内・他機関(事業所外)のいずれの場合も含めてください。※移動・待機時間を含む 例えば、地域生活移行のためにケア会議に出席して本人に係る機関やサービス状況を調整するなどのことも含まれます。
I その他		
I	その他の業務	A~Hの業務以外の内容を実施した時間。例えば、緊急的な支援の提供や、各種手続き書類の作成、作成代行、確認等に要した事務作業の時間など。※移動・待機時間を含む

1-2 サービス提供(契約上、生活支援員が主に担う業務)※専門員が直接支援している場合も含む		
J 日常生活自立支援事業による支援 ※書類等預かりサービスは、契約締結時に専門員が行うことを想定		
J1	福祉サービスの利用援助	福祉サービスの利用援助のために、相談・助言・情報提供、連絡調整、各種手続き等を行った時間。電話(FAX、E-mail、手紙等を含む)や、本人が来所・もしくは本人宅に訪問等により援助した時間も含める。利用者とともに福祉サービスの事業所・施設、市区町村行政窓口に向いて行う援助や、さまざまな関係機関・関係者等との連絡調整の時間を含めます。 ※移動・待機時間を含む
J2	日常的金銭管理サービス	日常的金銭管理サービスのために、利用者宅に訪問(通帳・印鑑預かり、払い戻し・支払い確認・署名、請求書の内容、本人の状況確認等)、預金払い戻し等のため金融機関において各種手続き等を行った時間。電話(FAX、E-mail、手紙等を含む)や、本人が来所等により援助した時間も含める。また、さまざまな関係機関・関係者等との連絡調整の時間を含めます。 ※移動・待機時間を含む
K 日常生活自立支援事業に関連して実施した支援		
K	日常生活自立支援事業に関連した支援	サービス提供中に、日常生活自立支援事業に関連した支援を行った時間。(郵便物等の内容確認、借金の返済、悪質商法等消費者トラブルへの対応、虐待への対応、利用者の家族に対する支援、入退院時の準備、家の掃除、買い物代行・同行等)また、モニタリングの結果、成年後見制度への移行が適切と判断した際の利用支援手続き等もここに含めてください。 電話(FAX、E-mail、手紙等を含む)や、本人が来所等により援助した時間も含める。また、支援のために行ったさまざまな関係機関・関係者等との連絡調整の時間を含めます。 ※移動・待機時間を含む
L その他		
L	その他の業務	上記「J」「K」以外の業務。

(B-2)個別ケース調査票【契約に至らなかったケース】回答用紙

社会福祉協議会名	
主担当の専門員ID	←『(A)事業者回答用調査票』P6「2. 相談支援の体制」の職員IDから転記してください。

1. ケースの基本情報についてお聞きします。(令和2年(2020年)12月末日現在)

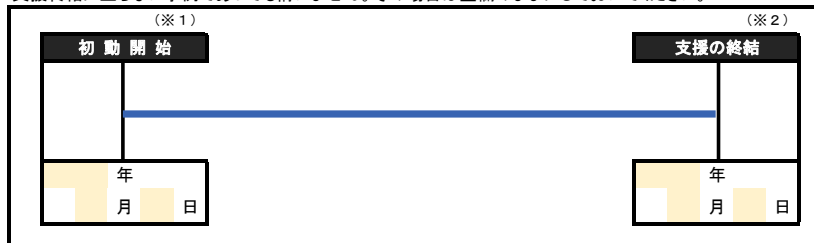
①性別	<input type="radio"/> 1. 男性 <input type="radio"/> 2. 女性 <input type="radio"/> 3. 不明
②年齢	<input type="radio"/> 1. 10代 <input type="radio"/> 2. 20代 <input type="radio"/> 3. 30代 <input type="radio"/> 4. 40代 <input type="radio"/> 5. 50代 <input type="radio"/> 6. 60~64歳 <input type="radio"/> 7. 65歳以上 <input type="radio"/> 8. 不明
③障害種別	<input type="checkbox"/> 1. 認知症高齢者等 <input type="checkbox"/> 2. 知的障害者等 <input type="checkbox"/> 3. 精神障害者等 <input type="checkbox"/> 4. その他 ()
④生活保護費の需給	<input type="radio"/> 1. あり <input type="radio"/> 2. なし
⑤住民税非課税対象	<input type="radio"/> 1. 該当 <input type="radio"/> 2. 非該当 <input type="radio"/> 3. 不明
⑥契約時の世帯情報	<input type="radio"/> 1. 親族・家族はいる <input type="radio"/> 2. 親族・家族はいない <input type="radio"/> 3. 不明 <input type="radio"/> 4. その他
⑦契約時の居住場所	<input type="radio"/> 1. 自宅 <input type="radio"/> 2. 施設 <input type="radio"/> 3. 病院 <input type="radio"/> 4. グループホーム <input type="radio"/> 5. その他 ()
⑧契約時の居住場所が自宅の場合	<input type="radio"/> 1. 同居者はいる <input type="radio"/> 2. 同居者はいない(1人暮らし) <input type="radio"/> 3. 不明
⑨収入	<input type="radio"/> 1. 収入無し <input type="radio"/> 2. 月収10万円未満 <input type="radio"/> 3. 月収10万円以上20万円未満 <input type="radio"/> 4. 月収20万円以上 <input type="radio"/> 5. 把握していない
⑩手帳の有無	<input type="radio"/> 1. 手帳あり <input type="radio"/> 2. 手帳なし <input type="radio"/> 3. 不明
⑪判断能力について診断書等の有無	<input type="radio"/> 1. あり <input type="radio"/> 2. なし
⑫初回相談の経路(あてはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> 1. 本人 <input type="checkbox"/> 5. 地域包括支援センター・在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 2. 家族・親族 <input type="checkbox"/> 6. 居宅介護支援事業所(ケアマネジャー) <input type="checkbox"/> 3. 福祉事務所(生活保護ケースワーカー) <input type="checkbox"/> 7. 障害者相談支援機関 <input type="checkbox"/> 4. 上記3以外の行政機関 <input type="checkbox"/> 8. その他 ()
⑬現在利用している制度・サービス(あてはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> 1. 介護保険制度等の高齢者福祉サービス <input type="checkbox"/> 2. 障害者総合支援法等の障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 3. 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 4. 生活困窮者自立支援制度(生活困窮者自立相談支援事業、任意事業) <input type="checkbox"/> 5. 生活福祉資金貸付制度 <input type="checkbox"/> 6. その他 ()
⑭関わっている機関・支援者数	合計()カ所(人)

2. このケースに対する相談支援の実施状況についてお聞きします。(令和2年(2020年)12月末日現在)

①初回相談受付	(西暦) 年 月
②契約に至らない理由(あてはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> 1. 本人が日常生活自立支援事業の利用を希望していない <input type="checkbox"/> 2. 成年後見制度を利用することについて本人の意思決定に時間がかかる <input type="checkbox"/> 3. 家族が成年後見制度の利用を希望していない <input type="checkbox"/> 4. 申立人が見つからない <input type="checkbox"/> 5. 補助・保佐の本人申立てを提案しても本人の同意が得られない <input type="checkbox"/> 6. 日常生活自立支援事業と成年後見制度のどちらの利用が適切か判断するのが難しい <input type="checkbox"/> 7. 申立にかかる経費を負担する資力がなく、または経費負担が大きい <input type="checkbox"/> 8. 申立のために必要な書類等の作成が難しく、準備できない <input type="checkbox"/> 9. 市区町村長による申立てが必要だが、手続きが進まない <input type="checkbox"/> 10. 成年後見制度についての専門員の知識・経験が十分でない <input type="checkbox"/> 11. 移行の必要性に関して他の支援者等と見解が異なる・関係者の制度理解に差がある <input type="checkbox"/> 12. 成年後見制度の担当部署・機関等との連携が十分でなく、準備に時間がかかる <input type="checkbox"/> 13. 総合的に本人の状況を把握している人物や支援機関(キーパーソン)がいない <input type="checkbox"/> 14. その他 ()
③契約に至らないが継続的に関わっている(関わっていた)理由(あてはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> 1. 成年後見制度への移行を支援している <input type="checkbox"/> 2. 本事業や成年後見制度の利用が必要と思われるが、本人の同意が得られないため、やむを得ず関わりを続けている <input type="checkbox"/> 3. 本事業にも成年後見制度の利用にもなじまないケースであるが、気になる相談者であるため、見守りを行っている <input type="checkbox"/> 4. 本事業にも成年後見制度にもなじまないケースであるが、本人を援助するために適切な機関や制度が他にない(わからない)ため、やむを得ず相談を継続している <input type="checkbox"/> 5. その他 ()

3. 関わっている期間

次頁以降の業務実態で記載する大まかな期間を記載ください。なお、年は暦年で、西暦にて記載ください。支援終結に至らない事例であっても構いません。その場合は空欄のままにしておいてください。



(※1) 初回相談に関わらず、他の支援機関からの情報等により動き始めた時点を記載ください。

(※2) 支援終結が判断しづらい場合は、3か月以上作業が発生しなくなった場合を完全終結とし、その最後の行動した年月を記載ください。

(B-2)個別ケース調査票【契約に至らなかったケース】回答用紙

4. 業務実態

- ・調査票「3. 関わっている期間」に取り組んだ業務内容について記載してください。
- ・回答欄が不足する場合は、シートをコピーしてください。

※「業務コード」には、【業務コード表】より対応する番号を選択してください。

業務コード	合計時間	職員(該当する番号を選択) ※専門員が関わった場合はIDを入力)	備考
1	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
2	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
3	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
4	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
5	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
6	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
7	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
8	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
9	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
10	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
11	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
12	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
13	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
14	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
15	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
16	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
17	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
18	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
19	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
20	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
21	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
22	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	

業務コード	合計時間	職員(該当する番号に/) ※専門員が関わった場合はIDを入力)	備考
23	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
24	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
25	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
26	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
27	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
28	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
29	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
30	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
31	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
32	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
33	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
34	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
35	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
36	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
37	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
38	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
39	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
40	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
41	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
42	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
43	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
44	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
45	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
46	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	
47	0 時間 0 分	<input type="radio"/> 1. 専門相談員 [ID] <input type="radio"/> 2. 支援員 <input type="radio"/> 3. 管理職 <input type="radio"/> 4. その他 ()	

【業務コード表】

1. 日常生活自立支援事業における個別利用者への直接業務		
1-1 アセスメント・プラン・契約締結・モニタリング(専門員が中心となって行う業務)		
A 来所(面談)		
A	利用者(本人)との面談・相談対応	来所による利用者との面談等に係る時間。面談に係る準備作業も含む。また、利用申込の説明や情報提供、支援計画・契約書等について本人に説明し、同意を得るための時間、契約締結等に係る時間も含める。 ※ただし、他機関等との連絡・調整に関するものは「D1」に含めてください。
B 電話(FAX、E-mail、手紙等を含む)		
B	利用者(本人)との電話	利用者との電話対応、支援計画、モニタリング、フォローアップ等のための電話連絡・相談に係る時間。電話をかけた場合、電話がかかってきた場合のいずれれも含む。 ※ただし、他機関等との連絡・調整に関するものは「D1」に含めてください。
C 訪問		
C1	利用者(本人)の居所等への訪問	利用者宅へ、初回訪問、アセスメント、事業の説明、契約締結手続き、預かる書類等の受け渡し、モニタリング等のために訪問した時間。また、利用申込の説明や情報提供、支援計画・契約書等について本人に説明し、同意を得るための時間、契約締結等に係る時間も含める。 ※移動・待機時間を含む
C2	利用者(本人)の同行支援	債務解決に向けた相談、行政機関での諸手続き、医療機関への受診等のため利用者へ同行した時間。また、アセスメントの結果、他制度の相談窓口機関等へのつなぎが適切と判断された場合に、必要に応じて、他機関への訪問(同行支援)、フォロー等を行った時間を含める。 ※移動・待機時間を含む
D 連絡調整		
D1	他機関等との連絡・調整(面談打合せ・電話・本人を伴わない他機関訪問)	個別の利用者の支援に関わるフォーマル・インフォーマルなさまざまな関係機関・関係者等による支援の調整や、相談者に関わる報告・連絡・情報提供・相談等に対応した時間。関係機関・関係者等を訪問(または関係機関等が来所)した時間や、電話(電話をかけた場合、かかってきた場合のいずれれも含む)をした時間も含める。 ※移動・待機時間を含む (注) 契約前における 日常的金融管理をスムーズに進めるために金融機関等において行った手続きや、すでに金融トラブルを抱えているなどのために消費生活相談や法律相談等の相談機関への協力依頼等にかかった時間もここに含めます。 ※ただし、契約後のサービス提供の段階での日常的金融管理における手続き・連絡調整等の時間や、契約後において日常生活自立支援事業と関連した支援(借金返済・金融トラブルへの対応等)に係る連絡・調整など)の中での他機関等との連絡調整の時間は、「1-2 サービス提供」の対応する業務コードの中に含めてください。
D2	利用者家族との連絡・調整(面談打合せ・電話・本人を伴わない家族宅訪問)	利用者家族との相談対応等に係る時間。利用者家族宅等を訪問(または家族が来所)した時間や、電話(電話をかけた場合、かかってきた場合のいずれれも含む)をした時間も含める。 ※移動・待機時間を含む
D3	生活支援員との連絡・調整	支援計画・契約内容等についての説明、利用者状況の報告・打合せ等。生活支援員の手配や、日常的金融管理における通帳・印鑑等の受け渡し、残高確認等と一緒にを行う時間など。また、生活支援員からの援助に関わる相談に対応した時間等も含む。
E 契約締結審査会 ※調査(サービス内容特定、契約締結能力確認)で懷疑が生じた場合		
E	契約締結審査会の準備・参加 事後処理	「契約締結審査会」の準備、調整や、会議に参加した時間。資料作成・コピー、会議記録の作成等も含める。 ※移動・待機時間を含む
F 契約書・支援計画の作成		
F	契約書・支援計画の作成	契約書・支援計画書及び書類等預かりサービスを利用する場合の預かり書の作成に係る時間。記入のために調べものをした時間も含める。モニタリング・評価に基づく支援計画の見直し・修正作業も含む。
G ケース記録等の入力・文書作成		
G	ケース記録等の入力・文書作成	事業所内での個別の利用者に係る支援記録等の入力・記入、文書作成等の時間。記録作成のために調べものをした時間も含める。
H その他の会議・打ち合わせ		
H1	事業所内の報告・連絡・相談・検討	個別の利用者について、職員間で立ち話程度の検討・相談を行った場合や、事業所内でケースカンファレンス等を行った場合などの時間。
H2	事業所外の関係機関等との会議	個別の利用者について、関係機関等で合同ケース会議等を行うなどした時間。開催場所が、事業所内・他機関(事業所外)のいずれの場合も含めてください。 ※移動・待機時間を含む 例えば、地域生活移行のためにケア会議に出席して本人に係る機関やサービス状況を調整することなども含みます。
I その他		
I	その他の業務	A～Hの業務以外の内容を実施した時間。例えば、緊急的な支援の提供や、各種手続き書類の作成、作成代行、確認等に要した事務作業の時間など。 ※移動・待機時間を含む

1-2 サービス提供(契約上、生活支援員が主に担う業務)※専門員が直接支援している場合も含む		
J 日常生活自立支援事業による支援 ※書類等預かりサービスは、契約締結時に専門員が行うことを想定		
J1	福祉サービスの利用援助	福祉サービスの利用援助のために、相談・助言・情報提供、連絡調整、各種手続き等を行った時間。電話(FAX、E-mail、手紙等を含む)や、本人が来所・もしくは本人宅に訪問等により援助した時間も含める。利用者とともに福祉サービスの事業所・施設、市区町村行政窓口に向かい行う援助や、さまざまな関係機関・関係者等との連絡調整の時間を含めます。 ※移動・待機時間を含む
J2	日常的金融管理サービス	日常的金融管理サービスのために、利用者宅に訪問(通帳・印鑑預かり、払い戻し・支払い確認・署名、請求書の内容、本人の状況確認等)、預金払い戻し等のため金融機関において各種手続き等を行った時間。電話(FAX、E-mail、手紙等を含む)や、本人が来所等により援助した時間も含める。また、さまざまな関係機関・関係者等との連絡調整の時間を含めます。 ※移動・待機時間を含む
K 日常生活自立支援事業に関連して実施した支援		
K	日常生活自立支援事業に関連した支援	サービス提供中に、日常生活自立支援事業に関連した支援を行った時間。(郵便物等の内容確認、借金の返済、悪質商法等消費者トラブルへの対応、虐待への対応、利用者の家族に対する支援、入退院時の準備、家の掃除、買い物の代行・同行等)また、モニタリングの結果、成年後見制度への移行が適切と判断した際の利用支援手続き等もここに含めてください。 電話(FAX、E-mail、手紙等を含む)や、本人が来所等により援助した時間も含める。また、支援のために行ったさまざまな関係機関・関係者等との連絡調整の時間を含めます。 ※移動・待機時間を含む
L その他		
L	その他の業務	上記「J」「K」以外の業務。

(C) 業務実態調査票

※この調査票は、貴社協において日常生活自立支援事業を主な業務として担当している方(主担当、専門員)を1名お選びいただき、その方がご記入ください。
 ※原則として、貴社協内において、契約件数を比較的抱えている方で中堅以上の方を想定しています。該当される方がいらっしゃらない場合は、条件にこだわらなくても構いません。

調査期間中の日常生活自立支援事業に関する業務が発生した日を含む連続した3日間において、日常生活自立支援事業に関する業務以外も含めて、ご回答者様が「どのような業務」「どの程度の時間」費やしたかを把握するための調査です。

■ご記入方法

- ①調査期間中の通常勤務日において、専門員が日常生活自立支援事業に関わる業務(※)が発生すると思われる日の前後2日合計連続3日間をご記入ください。
 - ・3日間とも、実際に日常生活自立支援事業に関わる業務があってもなくても構いません。
 - ・事業所が開所している曜日であり、特別な行事や予定などがない日程で設定してください。
 - ・在宅勤務など職場に出勤しない日は除いてください。
 - ・やむを得ず3日間が連続しない場合は、なるべく日程があき過ぎないようにご留意願います。
 (※)契約前の相談対応、契約者の相談対応、フォロー、支援員のマネジメント等を含む。
- ②3日間について、日常生活自立支援事業の業務以外も含めて、どのような業務にどの程度の時間がかかったのかをご記入いただけます。
- ③次ページにある「専門員の勤務状況に基づいた業務実態調査 調査票」の「業務コード」欄に、該当する業務のコードを記入します。「時間」欄に、当該業務を行うのにかかった時間を分単位で記入します。
 - ・時間計測にあたっては、あまり厳密に考えすぎず、概要が把握されればよく、1分、3分、5分、10分などおおよその区切りで記入してください。

(C) 専門員の勤務状況に基づいた業務実態調査 調査票 (1日目)

社会福祉協議会名		職員ID	
勤務日	2021 年	月	日
勤務時間	0時 0分	～	0時 0分 0分

—(A) 事業者回答用調査票p6より転記

(注1)
この「勤務時間」には、その日業務を開始した時間及び終了した時間を記入します。(所定内労働時間ではありません)

時刻	業務コードとその業務にかかった時間										合計時間	
8:00前	業務コード											0
	時間											
8:00	業務コード											0
	時間											
9:00	業務コード											0
	時間											
10:00	業務コード											0
	時間											
11:00	業務コード											0
	時間											
12:00	業務コード											0
	時間											
13:00	業務コード											0
	時間											
14:00	業務コード											0
	時間											
15:00	業務コード											0
	時間											
16:00	業務コード											0
	時間											
17:00	業務コード											0
	時間											
18:00	業務コード											0
	時間											
19:00	業務コード											0
	時間											
20:00	業務コード											0
	時間											
20:00以降	業務コード											0
	時間											
合計時間											0	

※勤務時間と合計時間の差 (勤務時間 - 合計時間)

※±30分以内 0分

(C) 専門員の勤務状況に基づいた業務実態調査 調査票 (2日目)

社会福祉協議会名					職員ID					—(A)事業者回答用調査票p6 より転記
勤務日	2021	年	~	月	日					
勤務時間	0時 0分	~	0時 0分	0分						

(注1)
この「勤務時間」には、その日業務を開始した時間及び終了した時間を記入します。(所定内労働時間ではありません)

時刻	業務コードとその業務にかかった時間										合計時間	
8:00前	業務コード											0
	時間											
8:00	業務コード											0
	時間											
9:00	業務コード											0
	時間											
10:00	業務コード											0
	時間											
11:00	業務コード											0
	時間											
12:00	業務コード											0
	時間											
13:00	業務コード											0
	時間											
14:00	業務コード											0
	時間											
15:00	業務コード											0
	時間											
16:00	業務コード											0
	時間											
17:00	業務コード											0
	時間											
18:00	業務コード											0
	時間											
19:00	業務コード											0
	時間											
20:00	業務コード											0
	時間											
20:00以降	業務コード											0
	時間											
合計時間											0	

※勤務時間と合計時間の差 (勤務時間 - 合計時間) ※±30分以内 0分

(C) 専門員の勤務状況に基づいた業務実態調査 調査票 (3日目)

社会福祉協議会名					職員ID					—(A)事業者回答用調査票p6 より転記
勤務日	2021	年	~	月	日					
勤務時間	0時 0分	~	0時 0分	0分						

(注1)
この「勤務時間」には、その日業務を開始した時間及び終了した時間を記入します。(所定内労働時間ではありません)

時刻	業務コードとその業務にかかった時間										合計時間	
8:00前	業務コード											0
	時間											
8:00	業務コード											0
	時間											
9:00	業務コード											0
	時間											
10:00	業務コード											0
	時間											
11:00	業務コード											0
	時間											
12:00	業務コード											0
	時間											
13:00	業務コード											0
	時間											
14:00	業務コード											0
	時間											
15:00	業務コード											0
	時間											
16:00	業務コード											0
	時間											
17:00	業務コード											0
	時間											
18:00	業務コード											0
	時間											
19:00	業務コード											0
	時間											
20:00	業務コード											0
	時間											
20:00以降	業務コード											0
	時間											
合計時間											0	

※勤務時間と合計時間の差 (勤務時間 - 合計時間) ※±30分以内 0分

【業務コード表】

1. 日常生活自立支援事業における個別利用者への直接業務		
1-1 アセスメント・プラン・契約締結・モニタリング(専門員が中心となって行う業務)		
A 来所(面談)		
A	利用者(本人)との面談・相談対応	来所による利用者との面談に係る時間。面談に係る準備作業も含む。また、利用申込の説明や情報提供、支援計画・契約書等について本人に説明し、同意を得るための時間、契約締結等に係る時間も含める。 ※ただし、他機関等との連絡・調整に関するものは「D1」に含めてください。
B 電話(FAX、E-mail、手紙等を含む)		
B	利用者(本人)との電話	利用者との電話対応、支援計画、モニタリング、フォローアップ等のための電話連絡・相談に係る時間。電話をかけた場合、電話がかかってきた場合のいずれも含む。 ※ただし、他機関等との連絡・調整に関するものは「D1」に含めてください。
C 訪問		
C1	利用者(本人)の居所等への訪問	利用者宅へ、初回訪問、アセスメント、事業の説明、契約締結手続き、預かる書類等の受け渡し、モニタリング等のために訪問した時間。また、利用申込の説明や情報提供、支援計画・契約書等について本人に説明し、同意を得るための時間、契約締結等に係る時間も含める。 ※移動・待機時間を含む
C2	利用者(本人)の同行支援	債務解決に向けた相談、行政機関での手続き、医療機関への受診等のため利用者に同行した時間。また、アセスメントの結果、他制度の相談窓口機関等へのつながりが適切と判断された場合に、必要に応じて、他機関への訪問(同行支援)、フォロー等を行った時間を含める。 ※移動・待機時間を含む
D 連絡調整		
D1	他機関等との連絡・調整(面談打合せ・電話・本人を伴わない他機関訪問)	個別の利用者の支援に関わるフォーマル・インフォーマルなさまざまな関係機関・関係者等による支援の調整や、相談者に関する報告・連絡・情報提供・相談等に対応した時間。関係機関・関係者等を訪問(または関係機関等が来所)した時間や、電話(電話をかけた場合、かかってきた場合のいずれも含む)をした時間も含める。 ※移動・待機時間を含む (注)契約前における日常的な金銭管理をスムーズに進めるために金融機関等において行った手続きや、すでに金銭トラブルを抱えているなどのために消費生活相談や法律相談等の相談機関への協力依頼等にかかった時間もここに含めます。 ※ただし、契約後のサービス提供の段階での日常的な金銭管理における手続き・連絡調整等の時間や、契約後において日常生活自立支援事業と関連した支援(借金返済・金融トラブルへの対応等)に係る連絡・調整など)の中で他機関等との連絡調整の時間は、「1-2 サービス提供」の対応する業務コードの中に含めてください。
D2	利用者家族との連絡・調整(面談打合せ・電話・本人を伴わない家族宅訪問)	利用者家族との相談対応等に係る時間。利用者家族宅等を訪問(または家族が来所)した時間や、電話(電話をかけた場合、かかってきた場合のいずれも含む)をした時間も含める。 ※移動・待機時間を含む
D3	生活支援員との連絡・調整	支援計画・契約内容等についての説明、利用者状況の報告・打合せ等。生活支援員の手配や、日常的な金銭管理における通帳・印鑑等の受け渡し、残高確認等と一緒に行う時間など。また、生活支援員からの援助に関わる相談に対応した時間等を含む。
E 契約締結審査会 ※調査(サービス内容特定、契約締結能力確認)で懷疑が生じた場合		
E	契約締結審査会の準備・参加事後処理	「契約締結審査会」の準備・調整や、会議に参加した時間。資料作成・コピー、会議記録の作成等も含める。 ※移動・待機時間を含む
F 契約書・支援計画の作成		
F	契約書・支援計画の作成	契約書・支援計画書及び書類等預かりサービスを利用する場合の預かり書の作成に係る時間。記入のために調べものをした時間も含める。モニタリング・評価に基づく支援計画の見直し・修正作業も含む。
G ケース記録等の入力・文書作成		
G	ケース記録等の入力・文書作成	事業所内での個別の利用者に係る支援記録等の入力・記入、文書作成等の時間。記録作成のために調べものをした時間も含める。
H その他の会議・打ち合わせ		
H1	事業所内の報告・連絡・相談・検討	個別の利用者について、職員間で立ち話程度の検討・相談を行った場合や、事業所内でケースカンファレンス等を行った場合などの時間。
H2	事業所外の関係機関等との会議	個別の利用者について、関係機関等で合同ケース会議等を行うなどした時間。開催場所が、事業所内・他機関(事業所外)のいずれの場合も含めてください。 ※移動・待機時間を含む 例えば、地域生活移行のためにケア会議に出席して本人に係る機関やサービス状況を調整するなどのことも含みます。
I その他		
I	その他の業務	A～Hの業務以外の内容を実施した時間。例えば、緊急的な支援の提供や、各種手続き書類の作成、作成代行、確認等に要した事務作業の時間など。 ※移動・待機時間を含む

1-2 サービス提供(契約上、生活支援員が主に担う業務)※専門員が直接支援している場合も含む		
J 日常生活自立支援事業による支援 ※書類等預かりサービスは、契約締結時に専門員が行うことを想定		
J1	福祉サービスの利用援助	福祉サービスの利用援助のために、相談・助言・情報提供、連絡調整、各種手続き等を行った時間。電話(FAX、E-mail、手紙等を含む)や、本人が来所・もしくは本人宅に訪問等により援助した時間も含める。利用者とともに福祉サービスの事業所・施設、市区町村行政窓口に向かい援助や、さまざまな関係機関・関係者等との連絡調整の時間を含めます。 ※移動・待機時間を含む
J2	日常的な金銭管理サービス	日常的な金銭管理サービスのために、利用者宅に訪問(通帳・印鑑預かり、払い戻し・支払い確認・署名、請求書の内容、本人の状況確認等)、預金払い戻し等のため金融機関において各種手続き等を行った時間。電話(FAX、E-mail、手紙等を含む)や、本人が来所等により援助した時間も含める。また、さまざまな関係機関・関係者等との連絡調整の時間を含めます。 ※移動・待機時間を含む
K 日常生活自立支援事業に関連して実施した支援		
K	日常生活自立支援事業に関連した支援	サービス提供中に、日常生活自立支援事業に関連した支援を行った時間。(郵便物等の内容確認、借金の返済、悪質商法等消費者トラブルへの対応、虐待への対応、利用者の家族に対する支援、入退院時の準備、家の掃除、買い物代行・同行等)また、モニタリングの結果、成年後見制度への移行が適切と判断した際の利用支援手続き等もここに含めてください。 電話(FAX、E-mail、手紙等を含む)や、本人が来所等により援助した時間も含める。 また、支援のために行ったさまざまな関係機関・関係者等との連絡調整の時間を含めます。 ※移動・待機時間を含む
L その他		
L	その他の業務	上記「J」「K」以外の業務。
2. 上記1以外の日常生活自立支援事業に関する業務(個別利用者の支援に直接関わらない業務)		
M	その他	個別の利用者のみに関わらない日常生活自立支援事業全般に関する事業報告等の作成や、経費精算、資料作成、会議・打合せ(事業所内・外)、連絡調整などに関する業務の時間。 ※移動・待機時間を含む
3. その他(日常生活自立支援事業以外の業務等)		
N	日常生活自立支援事業以外の兼務業務	記入者が兼務の場合、兼務している事業等に従事した時間。 ※移動・待機時間を含む
O	関係機関等との連携・会議等	日常生活自立支援事業や兼務業務と関わらない内容について、関係機関等と連携・会議等を行った時間。 ※移動・待機時間を含む
P	その他(定例ミーティング、事業所内打合せ等)	日常生活自立支援事業や兼務業務と関わらない内容について、打合せや会議(定例ミーティング、事業所内打合せ・会議等)を行った時間。 ※移動・待機時間を含む
Q	事務作業	日常生活自立支援事業や兼務業務と関わらない内容に係る事務作業(経費精算、出勤簿記入等)は全てここに含める。また、日常的に行っているメールチェック等の時間もここに含めてください。
R	研修・講演・講師・出張等	日常生活自立支援事業や兼務業務等に係る研修を受けた時間、講演会・研修会等の講師・パネリスト等として出張した時間など。研修時に求められる資料作成の時間もここに含める。 ※移動・待機時間を含む
S	食事・休憩・休暇	休憩・食事等に要した時間。(休暇を取得した場合や欠勤の場合は、終日このコードを記入)
T	その他	上記以外の活動

調査票の記入について

1. 業務コードについて
 - ・調査票へのご記入は、業務ごとの行動を想定した「業務コード」の中から、実際に行った業務に当てはまるものを選び、業務に従事した時間と併せてご記入いただきます。
 - ・業務コードの選択にあたっては、各調査票フレイムのシートに含まれている「業務コード表」の説明をご参照ください。

2. 記入例

下記は、個別ケース調査票 (B-1・B-2) のうち、B-1票【契約に至ったケース】について、あるケースにおける専門員等の活動例です。活動に対応した調査票の記入例は、次頁にあります。

【参考】あるケースにおける専門員等の動き (※契約中のケース)

(1) 活動内容の例

合計時間	専門員等の動き	担当
6時間 00分	介護保険事業所を通じて相談。制度理解に向け繰り返し本人宅へ訪問	専門員 A
6時間 40分	家族に対し制度理解と契約内容の調整	専門員 A
1時間 10分	契約前の調整(通帳の再発行や印鑑証明の発行手続きのため本人に同行)	専門員 A
50分	契約前の調整(相談を受ける中で債務が発覚。法律相談に債務処理について相談)	専門員 A
45分	契約締結審査会に書類作成・提出、出席	専門員 A
1時間 00分	審査結果を受け、契約。支援計画を作成	専門員 A
1時間 00分	契約手続きのため職員 B とともに本人宅を訪問、契約締結	専門員 A 専門員 B
15分	生活支援員を手配	専門員 A
1時間 30分	本人と生活支援員との顔合わせに同行。慣れるまで数回生活支援員とともに訪問。	専門員 A 生活支援員
40分	生活支援員が社協に来所。毎回、支援員に支援内容を指示し、通帳や印鑑を渡す	専門員 A 生活支援員
4時間 00分	生活支援員が金融機関に払い出し、振込手続きや支払いを行い利用者宅で内容確認	生活支援員
50分	生活支援員が郵便物の内容確認、話し相手になりながら家の片付けを手伝う	生活支援員
1時間 00分	毎回、生活支援員が専門員に対して利用者の状況を報告	専門員 A 生活支援員
20分	利用者の変化について、専門員が事業所内ケース会議にて協議	専門員 A
2時間 00分	利用者からは、混乱するとしばしば連絡が入るので対応する	専門員 A
25分	日々の記録をつける	専門員 A

(2) B-1票 (事例業務実態) の記入例

(B-1) 個別ケース調査票【契約に至ったケース】回答用紙

4. 業務実態
 (ア) アセスメント・支援計画作成
 ・調査票「3.関わっている期間」に取り組んだ業務内容について記載してください。
 ・回答欄が不足する場合は、シートをコピーしてください。

※(業務コード)は「1」より複数選択が可能です。

区分	業務コード	合計時間	職員(該当する業務を担った専門員が関わった場合は複数記入)	備考
①事業相談・初回発行 ②調査(ケース内容確認、契約締結等) ③契約・支援計画作成	C1	6時間 0分	● 1. 専門相談員 [D A] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
	D2	0時間 40分	● 1. 専門相談員 [D A] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
	C2	1時間 10分	● 1. 専門相談員 [D A] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
	D1	0時間 50分	● 1. 専門相談員 [D A] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
	E	0時間 45分	● 1. 専門相談員 [D A] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
	F	1時間 0分	● 1. 専門相談員 [D A] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
	C1	1時間 0分	● 1. 専門相談員 [D A] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
	C1	1時間 0分	● 1. 専門相談員 [D B] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
		0時間 0分	○ 1. 専門相談員 [D] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
		0時間 0分	○ 1. 専門相談員 [D] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
		0時間 0分	○ 1. 専門相談員 [D] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
		0時間 0分	○ 1. 専門相談員 [D] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
		0時間 0分	○ 1. 専門相談員 [D] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
		0時間 0分	○ 1. 専門相談員 [D] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
		0時間 0分	○ 1. 専門相談員 [D] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
		0時間 0分	○ 1. 専門相談員 [D] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
		0時間 0分	○ 1. 専門相談員 [D] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員

1つの業務コードに対し、複数の職員が関わった場合は、同じ業務コードを選択し、職員ごとに記入

(B-1) 個別ケース調査票【契約に至ったケース】回答用紙

4. 業務実態
 (イ) 日常生活自立支援事業の利用
 ・調査票「3.関わっている期間」に取り組んだ業務内容について記載してください。
 ・回答欄が不足する場合は、シートをコピーしてください。

※(業務コード)は「1」より複数選択が可能です。

区分	業務コード	合計時間	職員(該当する業務を担った専門員が関わった場合は複数記入)	備考
①支援 ②ケースカンファレンス ③日常生活自立支援事業の利用	D3	0時間 15分	● 1. 専門相談員 [D A] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
	C1	1時間 30分	● 1. 専門相談員 [D A] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
	C1	1時間 30分	● 1. 専門相談員 [D] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	● 2. 支援員
	D3	0時間 40分	● 1. 専門相談員 [D A] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
	D3	0時間 40分	● 1. 専門相談員 [D] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	● 2. 支援員
	J2	4時間 0分	● 1. 専門相談員 [D] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	● 2. 支援員
	K	0時間 50分	○ 1. 専門相談員 [D] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	● 2. 支援員
	D3	1時間 0分	● 1. 専門相談員 [D A] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
	D3	1時間 0分	● 1. 専門相談員 [D] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	● 2. 支援員
	H1	0時間 20分	● 1. 専門相談員 [D A] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
	B	2時間 0分	● 1. 専門相談員 [D A] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
	G	0時間 25分	● 1. 専門相談員 [D A] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
		0時間 0分	○ 1. 専門相談員 [D] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員
		0時間 0分	○ 1. 専門相談員 [D] ○ 3. 管理職 ○ 4. その他 ()	○ 2. 支援員

1つの業務コードに対し、複数の職員が関わった場合は、同じ業務コードを選択し、職員ごとに記入

ケース会議において、調査票記載の該当ケース以外の複数ケースを扱った場合、大まかに該当ケースに要した時間を按分して記入してください。

日常生活自立支援事業等関連制度と成年後見制度 との連携の在り方等に関するアンケート調査票

【市区町村 調査票】

【本調査の目的】

日常生活自立支援事業と成年後見制度との連携に関する実態、及び、両制度の現状と課題を明らかにし、制度間連携をより一層進めるとともに、今後の改善へ向けた取り組みに資する基礎データを得ることを目的として、本アンケート調査を実施します。

【アンケート調査票をご回答いただくにあたって】

- 本アンケートは統計的に処理いたします。ご回答いただいた内容を個別に公表することはありません。
- 特に断りのない場合は、**令和2年12月末日時点**での回答をお願いします。
- 記入の済んだ調査票については、**2月19日(金)まで**に、以下のメールアドレス宛に添付いただき、下記「調査票の提出先」までFAXにてご返信ください。

【回答後の返送方法】

- 本調査票ファイルは、下記のメールアドレス宛にファイル添付にてご返送ください。

アンケート返信先メールアドレス

nichi@hit-north.or.jp

【調査に関するお問い合わせ先】

- 在宅勤務等で職員が不在な場合もあるため、お急ぎではない場合は「nichi@hit-north.or.jp」へ、メールでお問い合わせください。

【調査票の提出先】

一般社団法人北海道総合研究調査会 (HIT) 担当: きりとおし 切通、佐々木、灰野
〒060-0004 札幌市中央区北4条西6丁目 毎日札幌会館3階
TEL: 011-222-3669 FAX: 011-222-4105

※ご記入ください。

自治体名			
担当部署名	担当者名		
電話番号	FAX		
E-mail			

1. 成年後見制度利用促進施策等に係る取組状況

(1) 地域連携ネットワークの中核機関等の整備状況

①中核機関・権利擁護センター等の設置の有無として、あてはまるもの1つに○をつけてください。

1. 中核機関を設置済み
2. 権利擁護センター等を設置済み
3. いずれも未設置

②中核機関等を設置している場合、運営主体及び設置区域について、あてはまるもの1つに○をつけてください。

運営主体	1. 直営	2. 委託または補助	3. 直営+委託(一部委託等)
設置区域	1. 単独自治体	2. 複数自治体	

(2) 成年後見制度利用促進に関する市区町村計画の策定状況として、あてはまるもの1つに○をつけてください。

1. 策定済み
2. 策定予定
3. 未策定

(3) 市民後見人の養成に関する事業の実施有無について、あてはまるもの1つに○をつけてください。

1. 実施している
2. 実施していない

(4) 市区町村長申立の実施状況(令和元年度)について、あてはまるもの1つに○をつけてください。

1. 実施
2. 未実施

※「1. 実施」の場合、令和元年度の申立件数をご記入ください。

件

2. 日常生活自立支援事業に関する取組状況

(1) 現在、日常生活自立支援事業に対して、貴自治体として独自の補助等を行っていますか。(あてはまるもの1つに○)

1. 行っている
2. 行っていない
3. 把握していない

①「1. 行っている」と回答した場合、補助を行っている理由、具体的な補助対象(人件費、利用料)についてご記入ください。

②前頁2の(1)で、日常生活自立支援事業に対して、貴自治体として独自の補助等を「2. 行っていない」と回答した場合、本事業への財政支援は必要と考えますか。あてはまるもの1つに○をつけ、そのように考える具体的な理由を併せてご記入ください。

財政支援の必要性 (1つだけ○)	具体的な理由 (自由記入)
1. 必要性を感じており、今後取り組みたい 2. 必要性を感じているが、取り組めていない 3. 必要性を感じていない	

(2) 貴自治体として、日常生活自立支援事業の必要性や重要性について担当部局内及び庁内関係部局等に対して説明を行っていますか。(あてはまるもの全てに○)

1. 担当部局内で、事業の趣旨や概要、必要性等を説明している
2. 関係部局に対し事業の趣旨や概要、必要性等を個別に説明している
3. 定期的な会議・連絡会・研修などにおいて、事業の趣旨や概要、必要性等を紹介・情報提供
4. その他 ()
5. 特に説明等は行っていない

(3) (前問で1~4を選択した場合) 日常生活自立支援事業の必要性や重要性についての説明の結果について教えてください。(あてはまるもの全てに○)

1. 組織として、日常生活自立支援事業の必要性と重要性が理解された
2. 組織として、日常生活自立支援事業の必要性については理解されたが、重要性は低いままである
3. その他 ()
4. 組織として、日常生活自立支援事業の必要性や重要性を感じていない

(4) (前問で2~4を選択した場合) 日常生活自立支援事業の必要性を感じなかったり、重要性が高まらなかったりする理由についてご記入ください。(自由記入)

3. 成年後見制度と日常生活自立支援事業の連携について

(1) 貴自治体として、日常生活自立支援事業に期待する役割として、どのようなことをお考えですか。特にあてはまるものを3つまで選び、○をつけてください。

1. 定期的なモニタリング等を通じた成年後見制度への適切な移行
2. 双方の制度の特性を生かすことで本人にとっての適切な制度の選択・利用の促進
3. 適切な金銭管理の支援等による家計の改善、生活の安定化
4. 複合的な課題を抱えた世帯への支援
5. 支援につながりにくい人・世帯の把握や介入のきっかけ
6. 生活支援員等の関わりによる地域社会との関係性の維持・回復 (社会的孤立の解消等)
7. 定期的な訪問等による生活変化の把握や見守りネットワークの構築
8. 関係機関・社会資源等との連携を通じた地域の権利擁護支援のネットワークづくりの推進
9. 行政における財政的メリット → (具体的に)
10. その他 ()
11. わからない

(2) 上記で選択したような、日常生活自立支援事業の役割を発揮するために、貴自治体として実施している取組はありますか。(あてはまるもの1つに○)

また、「1. ある」場合、具体的な取組の内容をご記入ください。

1. ある
2. ない

具体的な
取組の内容

(3) 社会福祉協議会の日常生活自立支援事業の担当者より「市区町村長による申立てが必要」と相談を受ける案件について、「市区町村としては、市区町村長申立てが必要ないと判断した」あるいは「市区町村長申立てが必要だが、手続きが進まない」というような案件はありますか。

1. ある
2. ない

上記で「1. ある」場合、その具体的な理由として、あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 社会福祉協議会担当者の市区町村長申立ての必要性の判断と、行政としての判断が違っている
2. 本人の資産が僅少だが、当該地域の報酬助成が使えない事案である
3. 虐待や法的な課題がない場合、判断能力の低下のみでは市区町村長申立ては実施しにくい
4. 成年後見制度利用支援事業の体制が十分でない
5. 市区町村長申立ての実施方法が難しく、手続きがスムーズに進まない
6. 本人が家族と疎遠、関係が悪いなど親族からの支援が得られにくい (親族調査等に時間がかかる)
7. その他 ()

(4) 成年後見制度と日常生活自立支援事業との連携にあたり、課題と感じていることはどのようなことですか。あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 日常生活自立支援事業の利用申込段階において、成年後見制度を含めた双方の特徴や長所・短所等を適切に説明・情報提供できていない
2. 成年後見制度への移行に際して日常生活自立支援事業利用時の情報が適切に引き継がれない
3. 移行を検討するタイミング・判断が共有化されていない
4. 日常生活自立支援事業の利用しやすさから成年後見制度の敷居が高く感じられる
5. 成年後見制度と日常生活自立支援事業の併用に関して役割分担が不明瞭
6. その他 ()
7. 特に課題はない

4. 日常生活自立支援事業の今後について

(1) 日常生活自立支援事業の実施において、市町村が事業主体となる、あるいは、市町村に負担を求めること（利用者数に応じて市町村が補助を負担する等）について、どのようにお考えですか。効果、期待、課題等についてご記入ください。（自由記入）

(2) 都道府県・指定都市社会福祉協議会からの委託先として、今後、管内の市区町村・地区社会福祉協議会以外の機関（民間の機関を含む）も担い手として参加していきべきだと思いますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

1. 社会福祉協議会のみが望ましい
2. 社会福祉協議会以外の社会福祉法人等ならば可
3. 営利団体を含むすべての法人等で可
4. どちらともいえない
5. その他 ()
6. わからない

前問で、1～5と回答した理由についてもご記入ください。

前問で、3を選んだ方は、担い手に適切と思われる団体・機関についてもご記入ください。

委託するのに適切と思われる団体・機関 (複数記載可)	例：家計改善支援事業を行っている団体、郵便局、金融機関、高齢者支援を行っている株式会社 等
-------------------------------	---

理由：

(3) 社会福祉法改正に伴い令和3年度より実施される「重層的支援体制整備事業」に関して、貴自治体において、どのように取り組む予定ですか。あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 次年度から取り組む予定
2. 次年度以降に取り組む予定として協議・準備中
3. 今のところ具体的な協議・検討を行っていない
4. その他 ()
5. わからない

(4) 日常生活自立支援事業の在り方についてのご意見があれば、ご記入ください。（自由記入）

ご協力ありがとうございました。

2月19日（金）までにご返送ください。

日常生活自立支援事業等関連制度と成年後見制度 との連携の在り方等に関するアンケート調査票

【中核機関 調査票】

【本調査の目的】

日常生活自立支援事業と成年後見制度との連携に関する実態、及び、両制度の現状と課題を明らかにし、制度間連携をより一層進めるとともに、今後の改善へ向けた取り組みに資する基礎データを得ることを目的として、本アンケート調査を実施します。

【アンケート調査票をご回答いただくにあたって】

- ・本アンケートは統計的に処理いたします。ご回答いただいた内容を個別に公表することはありません。
- ・特に断りのない場合は、**令和2年12月末日時点**での回答をお願いします。
- ・記入の済んだ調査票については、**2月19日(金)まで**に、以下のメールアドレス宛に添付いただくか、下記「調査票の提出先」までFAXにてご返信ください。

【回答後の返送方法】

- ・本調査票ファイルは、下記のメールアドレス宛にファイル添付にてご返送ください。

アンケート返信先メールアドレス

nichi@hit-north.or.jp

【調査に関するお問い合わせ先】

- ・在宅勤務等で職員が不在な場合もあるため、お急ぎではない場合は「nichi@hit-north.or.jp」へ、メールでお問い合わせください。

【調査票の提出先】

一般社団法人北海道総合研究調査会（ヒットHIT） 担当： きりとあし 切通、佐々木、灰野
〒060-0004 札幌市中央区北4条西6丁目 毎日札幌会館3階
TEL：011-222-3669 FAX：011-222-4105

※ご記入ください。

中核機関名			
中核機関受託団体	※複数で構成されている場合は全てご記載ください		
担当部署名		担当者名	
電話番号		FAX	
E-mail			

1. 基本情報

(1) 貴機関の基本情報について下記の項目にお答えください。

①設置時期	平成・令和 () 年 () 月		
②設置方法	1. 1つの市区町村で単独設置		
	2. 複数市区町村で広域設置		
③運営方法	広域対応している市区町村名		
	1. 行政直営	3. 事業補助	4. その他 ()
④実施している事業	2. 委託		
	運営主体	1. 社会福祉法人(社協以外)	4. NPO法人
		2. 医療法人	5. 株式会社等
		3. 社団法人・財団法人	6. その他 ()
	1. 成年後見制度に関する相談		
	2. 成年後見申立てにおける支援		
	3. 法人後見の受任		
	4. 市民後見人の養成		
	5. 後見監督人の受任		
	6. 虐待に関する相談		
	7. 生活困窮者自立相談支援事業		
	8. 家計改善支援事業(生活困窮者自立支援制度の任意事業)		
	9. 上記8以外の生活困窮者自立支援制度の任意事業		
	10. その他 ()		

(2) 支援実績及び日常生活自立支援事業の利用状況

①令和元年度(1年間)における成年後見申立て支援件数を以下にご記入ください。

合計	件
親族申立て支援	件
首長申立て支援	件
その他	件

②令和元年度(1年間)の申立て支援件数のうち、日常生活自立支援事業から移行したケースはどのくらいありますか。(あてはまるもの1つに○) ※最初から併用は除く

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. 非常に多い(8割以上) | 4. 少ない(2~4割) |
| 2. 多い(6~8割) | 5. 非常に少ない(2割以下) |
| 3. 約半分(4~6割) | 6. 実績なし |

2. 成年後見制度と日常生活自立支援事業との連携の状況

(1) 成年後見制度と日常生活自立支援事業との連携の状況

①成年後見制度と日常生活自立支援事業の双方に関する理解や、日常生活自立支援事業の専門員等との役割分担、コミュニケーションを図るために実施している取組内容について、あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 勉強会等により、両制度の理解を深めている
2. 個別ケースや事例検討会等を通じて支援方法の共有に取り組んでいる
3. 双方の役割分担について事前に協議して決めている
4. 双方の制度の情報やマニュアル等を確認した
5. その他 ()
6. 特に行っていない

②成年後見制度と日常生活自立支援事業との連携を図るために実施した上記①のような取組について、最も効果があると思われるもの1つを選択肢1～5からお選びいただき、その具体的な取組内容・効果についてご記入ください。

番号	具体的な取組内容・効果（自由記入）

(2) 日常生活自立支援事業から成年後見制度へ移行

①日常生活自立支援事業から成年後見制度へ移行した後、課題が生じたケースはありますか。

「1. ある」場合、具体的な内容としてあてはまるもの全てに○をつけてください。

1. ある 2. ない 3. 把握していない

※課題が生じたケースが「1. ある」場合、具体的な内容（あてはまるもの全てに○）

1. 移行後の後見人等による支援に対して本人から不満が示された
2. 本人と後見人等との関係性がうまくいかなかった
3. 家族・地域との関係性づくりができていないなど、生活課題の解決に至らない
4. その他 ()

②日常生活自立支援事業から成年後見制度へ移行した場合、本人においてどのようなメリットがあると思いますか（自由記入）。

(3) 日常生活自立支援事業との連携における課題としてあてはまるもの全てに○をつけてください。

1. 日常生活自立支援事業の利用申込段階において、成年後見制度を含めた双方の特徴や長所・短所等を適切に説明・情報提供できていない
2. 成年後見制度への移行に際して日常生活自立支援事業利用時の情報が適切に引き継がれない
3. 移行を検討するタイミング・判断が共有化されていない
4. 日常生活自立支援事業の利用しやすさから成年後見制度の敷居が高く感じられる
5. 成年後見制度と日常生活自立支援事業の併用に関して役割分担が不明瞭
6. その他 ()
7. 特に課題はない

3. 日常生活自立支援事業との効果的な連携にあたって

(1) 成年後見制度との連携において、日常生活自立支援事業に期待する役割として、どのようなことをお考えですか。特にあてはまるものを3つまで選び、○をつけてください。

1. 定期的なモニタリング等を通じた成年後見制度への適切な移行
2. 双方の制度の特性を生かすことで本人にとっての適切な制度の選択・利用の促進
3. 適切な金銭管理の支援等による家計の改善、生活の安定化
4. 複合的な課題を抱えた世帯への支援
5. 生活支援員等の関わりによる地域社会との関係性の維持・回復（社会的孤立の解消等）
6. 定期的な訪問等による生活変化の把握や見守りネットワークの構築
7. 関係機関・社会資源等との連携を通じた地域の権利擁護支援のネットワークづくりの推進
8. 行政における財政的メリット →（具体的に）
9. その他（）
10. わからない

(2) 成年後見制度と日常生活自立支援事業との効果的な連携に向けて必要な取組等についてご意見があればご記入ください。（自由記入）

(3) 日常生活自立支援事業があるからこそ実現できていること、または、他事業では担うことができない役割はどのようなことだとお考えですか。下記の空欄にご記入ください。（自由記入）

ご協力ありがとうございました。

2月19日（金）までにご返送ください。