



平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

訪問系サービスの支援の実態調査（事業所票）

A・I

（提出期限 平成30年11月16日（金））

【本調査の調査内容について】
本調査は、平成30年度報酬改定の効果検証に必要な事項等について調査を行い、訪問系サービスの提供実態等を把握することを目的としております。
ご多忙のところ、お手数をおかけしますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

■ 本調査専用ホームページ（<https://h30shogaifukushi.jp/>）

ログインID	
パスワード	

■ ご担当者・連絡先の記入

本調査のご担当者及び連絡先を記入してください。

調査票	電話番号	-	-	(内線)
調査票	ファクス番号	-	-	
調査票	e-mail	@		
関係者	担当	部署		

■ 貴事業所における平成30年9月の「訪問系サービスの支援」の活動状況

該当する番号を1つ選んで回答欄に記入してください。

1	活動中（平成30年9月30日現在）	
2	休止中（平成30年9月中の利用実績がない場合を含む）、廃止、実施していない	

⇒ 上記「活動状況」で「2」と回答した場合、次ページ以降は回答せず、このまま調査票を返送してください。

【提出期限：平成30年11月16日（金）までに、ご提出をお願いします】

S1. 事業所の基本情報

問1-1. 設置主体

該当する番号を1つ選んで回答欄に記入してください。（平成30年10月1日現在）。

1	国、都道府県、市区町村、独立行政法人、広域連合・一部事務組合	3	社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
2	社会福祉協議会	5	営利法人（株式会社・合資・合同会社）
4	医療法人	7	その他の法人（社団・財団、農協、生協等）
6	特定非営利活動法人（NPO）		

問1-2. 運営主体

該当する番号を1つ選んで回答欄に記入してください。（平成30年10月1日現在）。

1	国、都道府県、市区町村、独立行政法人、広域連合・一部事務組合	3	社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
2	社会福祉協議会	5	営利法人（株式会社・合資・合同会社）
4	医療法人	7	その他の法人（社団・財団、農協、生協等）
6	特定非営利活動法人（NPO）		

問1-3. 設立年月（運営主体）

運営主体の設立年月を回答欄に記入してください。

法人設立年月（※1）	西暦	年	月
事業所設立年月（※2）	西暦	年	月

※1：運営主体が国、都道府県、市区町村、独立行政法人、広域連合・一部事務組合の場合は、記入不要。

※2：障害福祉サービスとしての事業を開始した年月を記入。

問1-4. 訪問系サービスのうち実施しているサービス

該当する番号をすべて選んで○をつけてください。（平成30年10月1日現在）。

1	居宅介護（ホームヘルプ）	1
2	重度訪問介護	2
3	同行支援	3
4	行動支援	4
5	重度障害者等包括支援	5

問 1-5. 同一事業所における他サービスの実施状況

該当する番号をすべて選んで○をつけてください（平成30年10月1日現在）。

【日中活動系】	1 短期入所（ショートステイ）	1
	2 療養介護	2
【施設系】	3 生活介護	3
	4 施設入所支援	4
【居住支援系】	5 自立生活援助	5
	6 共同生活援助（グループホーム）	6
【訓練系・就労系】	7 自立訓練（機能訓練・生活訓練）	7
	8 就労移行支援	8
	9 就労継続支援（A型・B型）	9
	10 就労定着支援	10
【障害児通所系】	11 児童発達支援	11
	12 医療型児童発達支援	12
	13 放課後等デイサービス	13
【障害児訪問系】	14 居宅訪問型発達支援	14
	15 保育所等訪問支援	15
【障害児入所系】	16 福祉型障害児入所施設	16
	17 医療型障害児入所施設	17
【相談支援系】	18 計画相談支援	18
	19 障害児相談支援	19
	20 地域移行支援	20
	21 地域定着支援	21

§ 2. 人員配置と加算の算定状況

問 2-1. 貴事業所における職員数

貴事業所全体の職員数をご記入ください（平成30年9月30日現在）。

職 種	a. サービス提供責任者	常勤で勤務している者	回答	人
		非常勤で勤務している者（実人数）	回答	人
	b. ヘルパー	常勤で勤務している者（常勤換算人数）	回答	人
		非常勤で勤務している者（実人数）	回答	人
c. 事務員その他		非常勤で勤務している者（常勤換算人数）	回答	人
		常勤で勤務している者	回答	人
		非常勤で勤務している者（実人数）	回答	人
		非常勤で勤務している者（実人数）	回答	人

※ 常勤換算人数はJ数点第一位までお答えください。

問 2-2. 平均勤続年数

貴事業所全体の職員の平均勤続年数をご記入ください（平成30年9月30日現在）。

常勤で勤務している者	回答	年
非常勤で勤務している者	回答	年

※ J数点第一位までお答えください。

問 2-3. 離職率

貴事業所全体の職員の離職率をご記入ください。

常勤で勤務している者	回答	%
非常勤で勤務している者	回答	%

※ 離職率は下記の数式で算出し、J数点第一位までお答えください。
(過去 1 年間に退職した人数) ÷ (過去 1 年間に在籍していた実人数) × 100

問2-4. 同一建物に居住する利用者等に対する居宅介護サービス提供状況

(1) 居宅介護サービスの実利用者数（1回以上利用した者の人数）をご記入ください。（平成30年4月～9月分）。

居宅介護サービスの実利用者数（合計）		人
うち、同一建物に居住する者	回答	人
うち、条件（イ）に該当する者	回答	人
うち、条件（ロ）に該当する者	回答	人
うち、条件（イ）に該当する者	回答	人

※ なお、条件（イ）（ロ）（イ）の定義は以下のとおりです。

条件（イ）： 居宅介護事業者と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者

条件（ロ）： 「居宅介護事業者と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物」以外の範囲に所在する建物に居住する者(当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)

条件（イ）： 居宅介護事業者と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者

（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合）

(2) 居宅介護サービス（a）～(e)について、延べ訪問回数をご記入ください。（平成30年4月～9月分）。

(a) 居宅における身体介護

	30分未満	30分以上1時間未満	1時間以上1時間30分未満	1時間30分以上2時間未満	2時間以上2時間30分未満	2時間30分以上3時間未満	3時間以上
当該サービスの利用者（全体）	回答	回答	回答	回答	回答	回答	回答
うち、同一建物に居住する者	回答	回答	回答	回答	回答	回答	回答
うち、条件（イ）に該当する者	回答	回答	回答	回答	回答	回答	回答
うち、条件（ロ）に該当する者	回答	回答	回答	回答	回答	回答	回答
うち、条件（イ）に該当する者	回答	回答	回答	回答	回答	回答	回答

※ 条件（イ）（ロ）（イ）の定義は、設問2-4（1）と同じです。

(b) 通院等介助（身体介護あり）

	30分未満	30分以上1時間未満	1時間以上1時間30分未満	1時間30分以上2時間未満	2時間以上2時間30分未満	2時間30分以上3時間未満	3時間以上
当該サービスの利用者（全体）	回答	回答	回答	回答	回答	回答	回答
うち、同一建物に居住する者	回答	回答	回答	回答	回答	回答	回答
うち、条件（イ）に該当する者	回答	回答	回答	回答	回答	回答	回答
うち、条件（ロ）に該当する者	回答	回答	回答	回答	回答	回答	回答
うち、条件（イ）に該当する者	回答	回答	回答	回答	回答	回答	回答

※ 条件（イ）（ロ）（イ）の定義は、設問2-4（1）と同じです。

(c) 家事援助

	30分未満	30分以上45分未満	45分以上1時間未満	1時間以上1時間15分未満	1時間15分以上1時間30分未満	1時間30分以上
当該サービスの利用者（全体）	回答	回答	回答	回答	回答	回答
うち、同一建物に居住する者	回答	回答	回答	回答	回答	回答
うち、条件（イ）に該当する者	回答	回答	回答	回答	回答	回答
うち、条件（ロ）に該当する者	回答	回答	回答	回答	回答	回答
うち、条件（イ）に該当する者	回答	回答	回答	回答	回答	回答

※ 条件（イ）（ロ）（イ）の定義は、設問2-4（1）と同じです。

(d) 通院等介助（身体介護なし）

	30分未満	30分以上1時間未満	1時間以上1時間30分未満	1時間30分以上
当該サービスの利用者（全体）	回答	回答	回答	回答
うち、同一建物に居住する者	回答	回答	回答	回答
うち、条件（イ）に該当する者	回答	回答	回答	回答
うち、条件（ロ）に該当する者	回答	回答	回答	回答
うち、条件（リ）に該当する者	回答	回答	回答	回答

※ 条件（イ）（ロ）（リ）の定義は、設問2-4（1）と同じです。

(e) 通院等乗降介助

当該サービスの利用者（全体）	回答	回答
うち、同一建物に居住する者	回答	回答
うち、条件（イ）に該当する者	回答	回答
うち、条件（ロ）に該当する者	回答	回答
うち、条件（リ）に該当する者	回答	回答

※ 条件（イ）（ロ）（リ）の定義は、設問2-4（1）と同じです。

問2-5．初任者研修修了者による居宅介護計画の作成状況

居宅介護計画の作成件数をご記入ください（平成30年9月分）。

居宅介護計画の作成件数（全体）	回答	件
うち、条件（二）に該当する者が作成したもの（合計）	回答	件
うち、居宅における身体介護に関するもの	回答	件
うち、通院等介助（身体介護あり）に関するもの	回答	件
うち、家事援助に関するもの	回答	件
うち、通院等介助（身体介護なし）に関するもの	回答	件
うち、通院等乗降介助に関するもの	回答	件

※ なお、条件（二）の定義は以下のとおりです。

条件（二）： サービス提供責任者であり、かつ、居宅介護職員初任者研修課程修了者

（介護職員初任者研修課程修了者や旧2級ヘルパーを含む）の課程を修了した者であって、

3年以上の介護等の業務に従事した者

問2-6．その他の加算の算定状況

該当する番号をすべて選んで○をつけてください（平成30年9月分）。

居宅介護	1 公認心理師と連携した支援等の提供による福祉専門職員等連携加算	1	
	2 病院等への入院中の利用者に対するコミュニケーション支援等の提供による加算	2	
	3 病院等への入院中の利用者(90日以降の利用)に対する支援等の提供による減算	3	
重要訪問介護	4 新人ヘルパーに熟練ヘルパー※1が同行して障害支援区分6の利用者を支援した場合の加算	4	
	5 盲ろう者向け通訳・介助員が盲ろう者を支援した場合の加算	5	
	6 障害支援区分4以上の者を支援した場合の加算	6	
同行援護	7 障害支援区分3の者を支援した場合の加算	7	
	8 盲ろう者向け通訳・介助員が同行援護を提供した場合の減算	8	
行動援護	9 「支援計画シート」及び「支援手順書兼記録用紙」が未作成の場合の減算	9	

※1：周りの職員から技能が優れていると認められており、新人を育成できるヘルパー

§3. サービス提供の質の向上に係る事業所の取組状況

問3-1. 同行援護に係るサービス提供の質の向上に係る事業所の取組状況

同行援護に係るサービス提供の質を向上させるために貴事業所が取り組んでいることについて該当する番号をすべて選んで○をつけてください（平成30年10月1日現在）。

1	外部研修への参加	1	
2	ケース検討会	2	
3	特定の利用者のケアの内容や対応の改善	3	
4	生活環境や使用する機器の検討、見直し	4	
5	家族から寄せられた意見・苦情に対する対応への検討	5	
6	事故発生に備えた保険への加入	6	
7	その他（具体的に	7	

問3-2. 行動援護に係るサービス提供の質の向上に係る事業所の取組状況

行動援護に係るサービス提供の質を向上させるために貴事業所が取り組んでいることについて該当する番号をすべて選んで○をつけてください（平成30年10月1日現在）。

1	外部研修への参加	1	
2	ケース検討会	2	
3	特定の利用者のケアの内容や対応の改善	3	
4	生活環境や使用する機器の検討、見直し	4	
5	家族から寄せられた意見・苦情に対する対応への検討	5	
6	事故発生に備えた保険への加入	6	
7	その他（具体的に	7	

§4. 新人のOJTに要する期間、及び、担当の交代時の引継ぎに要する時間

☆ 以下の問は、問1-4で「2.重度訪問介護」を選択した事業所の方のみお答えください。

問4-1. 新人のOJTに要する期間

※本調査では、**重度訪問介護事業所に新規に採用された従業員（ただし、利用者への支援が1年未満となることが見込まれる者及び採用から6か月を経過した従業員は除く。）**を「新人」と定義します。

貴事業所の訪問系サービス又は1日以上利用した方のうち、貴事業所の新人がOJTで関わった新人について、お一人ずつ（1人1行）の「新人が支援に関わった利用者の障害の種別」、「新人がOJTを受けた重度訪問介護の支援内容」について、該当する番号をすべて選んで○をつけてください。また、当該新人ごとに「OJTに要した全期間」と「利用者に対して、熟練ヘルパーが同行して支援を行った時間」等を記入してください。なお、上記の条件に該当する利用者が10名以上인場合は、ランダムに10名を抽出してご回答ください。（対象期間：平成30年4月～9月分）

新人が支援に関わった利用者の障害の種別(該当番号に○)	新人がOJTを受けた重度訪問介護の支援内容(該当番号に○)						当該新人のOJTに要した全期間	利用者に対して、熟練ヘルパー(周りの職員から技能が優れていると認められており、新人を育成できるヘルパー)が同行して支援を行った時間	うち、障害支援区分6の利用者ヘルパーが同行して支援を行った時間					
	1 身体障害	2 知的障害	3 精神障害	4 難病	5 障害児	1 入浴、排せつ及び食事等の家事				2 調理、洗濯及び掃除等の家事	3 その他生活全般にわたる援助	4 外出時における移動中の介護	5 日常生活におけるためになる様々な活動の支援	6 コミュニケーション中の病院等における支援等
(記入例)	○	○						○		○		2.5ヶ月	100.0時間	60.0時間
新人No.1												ヶ月	時間	時間
新人No.2												ヶ月	時間	時間
新人No.3												ヶ月	時間	時間
新人No.4												ヶ月	時間	時間
新人No.5												ヶ月	時間	時間
新人No.6												ヶ月	時間	時間
新人No.7												ヶ月	時間	時間
新人No.8												ヶ月	時間	時間
新人No.9												ヶ月	時間	時間
新人No.10												ヶ月	時間	時間

※ 「新人のOJTに関わった貴事業所の職員数」は、整数値でお答えください。

※ 「新人のOJTに要した期間」は、小数点第一位までお答えください。

問4-2. 担当の交代時の引継ぎに要する時間

※「新人」に対する引継ぎは、問4-2には計上しないでください。

貴事業所の訪問系サービス又は1日以上利用した方のうち、貴事業所の担当の交代の引継ぎがあった利用者について、お一人ずつ（1人1行）の「障害の種類」と「障害の程度」について、該当する番号をすべて選んで○をつけてください。また、当該利用者ごとに「担当の交代時の引継ぎに関わった前任と後任の職員数」と「担当の交代時の引継ぎに要した合計時間」等を記入してください。なお、上記の条件に該当する利用者が10名以上いた場合は、ランダムに10名を抽出してご回答ください。（対象期間：平成30年4月～9月分）

担当の交代時における利用者の障害の種類(該当番号に○)										担当の交代時における利用者の障害の程度(該当番号に○)			担当の交代時の引継ぎに関わった前任と後任の職員数	担当の交代時の引継ぎに要した合計時間	うち、後任が前任に同行してか利用者に対して支援を行った時間		うち、入浴中の病棟等におけるコミュニケーション支援支援を行った時間
1 身体障害	2 知的障害	3 精神障害	4 難病	5 障害児	1 区分4	2 区分5	3 区分6				うち、後任が前任に同行してか利用者に対して支援を行った時間	うち、入浴中の病棟等におけるコミュニケーション支援支援を行った時間					
(記入例)	○	○					○	2 人	100.0 時間	100.0 時間	60.0 時間						
利用者No.1								人	時間	時間	時間						
利用者No.2								人	時間	時間	時間						
利用者No.3								人	時間	時間	時間						
利用者No.4								人	時間	時間	時間						
利用者No.5								人	時間	時間	時間						
利用者No.6								人	時間	時間	時間						
利用者No.7								人	時間	時間	時間						
利用者No.8								人	時間	時間	時間						
利用者No.9								人	時間	時間	時間						
利用者No.10								人	時間	時間	時間						

※ 「担当の交代時の引継ぎに関わった貴事業所の職員数」は、整数値でお答えください。
※ 「担当の交代時の引継ぎに要した合計時間」は、小数点第一位までお答えください。

調査票に記入する際に必ずお読みください

平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査事業

訪問系サービスの支援の実態調査
〔事業所票・職員票〕

記 入 要 領

《 目 次 》

第 1 本調査について	1
第 2 訪問系サービス〔事業所票〕の回答方法	6
第 3 訪問系サービス〔職員票〕の回答方法	11



第 1 本調査について

1. 調査の趣旨

(1) 調査の目的

本調査は、平成 30 年度の障害福祉サービス等報酬改定後の効果検証、並びに次期（平成 33 年度）報酬改定に向けた障害福祉サービスのあり方や質の評価の検討に資するための基礎資料を提供することを目的としています。

(2) 調査の実施主体

本調査は、厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 から「平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査事業」の委託を受けた「みずほ情報総研株式会社」が実施するものです。本調査でご回答いただいた情報については、取り扱いに十分留意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ありません。

(3) 一般的な注意事項

調査票の記入は、対象サービスの管理をされている方などにお問い合わせいたします。調査票の記入内容について確認させていただく場合がありますので、調査票は複写したものを 1 部お手元に保存してください。インターネットの本調査専用ホームページから電子調査票をダウンロードして提出された場合には、データの保存をお願いします。調査票の記入にあたり、不明な点がある場合は、下記までお問合せください。

「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）」事務局
【電 話】：0120-088-920（フリーダイヤル）
※受付時間 平日 9：30～17：00（土・日・祝日を除く）
【FAX】：0120-088-930
【メール】：jimukyoku-1@h30shogaifukushi.jp

(4) 調査票記入上の留意点

- 特に時点を示してあるもの以外は、平成 30 年 9 月 30 日現在でご回答ください。
- 調査票は、黒のHBの鉛筆か黒のボールペンで、楷書で明確に記入してください。
- 桁のある数字を記入する場合は、右詰めで記入してください。
- 数字を記入する欄が「0」の場合は、必ず「0」を記入してください（例えば、回答人数が 0 人の場合は、無記入ではなく必ず「0」と記入してください）。
- 誤って記入したときは、消しゴムで消すか、二重線を引き、正しい数字を記入してください。
- 調査票の記入内容について確認させていただく場合がございますので、調査票 1 ページの該当箇所に問合せ窓口となる電話番号、FAX番号、メールアドレス、担当者氏名を記入してください。

2. 調査の概要

(1) 調査対象

本調査では、全国の訪問系サービスの支援を実施する事業所の中から無作為抽出した事業所を調査対象としています。

(2) 調査の内容

■ 調査の構成

本調査の調査票は 2 種類（「事業所票」及び「職員票」）です。

■ 調査の内容

種類	調 査 の 内 容	回 答 部 数
事業所票	記入者：管理者の方が記入してください ☐ 基本情報（設置主体、運営主体、設立年月、訪問系サービスのうち実施しているサービス、同一事業所における他のサービス） ☐ 人員配置と加算の算定状況（職員数、平均勤続年数、離職率、同一建物に居住する利用者等に対する居宅介護サービス提供状況、初任者研修修了者による居宅介護計画の作成状況、その他の加算の算定状況） ☐ サービス提供の質の向上に係る事業所の取組状況（同行援護、行動援護） ☐ 新人のOJTに要する期間、担当の交代時の引継ぎに要する時間	1 部
職員票	記入者：職員の方が記入し、管理者の方が取り纏めてください ☐ 従事者の状況（職種、就業形態、保有資格、兼務の状況、勤続年数、担当している訪問系サービスごとの役割・支援内容、労働日数、時間外手当）	最大 10 部

(3) 提出期限

平成 30 年 11 月 16 日（金）までに、回答いただいた「事業所票」を同封の返信用封筒にて提出してください。提出の際には、回答した「事業所票」の写し（コピー）を必ずとり、貴事業所内で平成 31 年 1 月末まで保管管理してください。

(4) 調査の流れ

管理者の方は、以下の流れで本調査にご協力ください。

Step1. 貴事業所の事業所 ID 番号の確認

「事業所票」の 1 頁目の「貴事業所の事業所 ID 番号」欄に記載されている番号をご確認ください。当該番号がログイン ID（事業所 ID）となります。番号が不明の場合は、調査事務局へお問い合わせください。



Step2. 「貴事業所における活動状況」及び「ご担当者・連絡先」の記入

「事業所票」の 1 頁目の「貴事業所における平成 30 年 9 月の訪問系サービスの支援の活動状況」の設問にご回答ください。

次に、「ご担当者・連絡先の記入」欄には、ご担当者の氏名および部署、電話番号、ファックス番号等を必ず記入してください。また、宛名の住所・法人名・事業所名の確認を行い、宛先の法人名、法人本部住所、事業所名、事業所住所に誤りがある場合、訂正箇所に二重線を引き、正しい情報を朱記してください。

■ 「貴事業所における平成 30 年 9 月の訪問系サービスの支援の活動状況」の回答が「2 休止中」又は「3 廃止」の場合

当該条件に該当する場合、貴事業所につきましては、ここで訪問系サービスの支援の実態調査は終了となります。このまま、「事業所票」をご返送ください。なお、同封の「職員票」の返送は不要です。



Step3. 事業所票の 2 頁目以降の記入

「事業所票」の 1 頁目の「貴事業所における平成 30 年 9 月の訪問系サービスの支援の活動状況」の設問で回答が「1 活動中」の場合は、「事業所票」の 2 頁以降の記入をお願いします。設問の回答方法については、本冊子の「第 2 訪問系サービス（事業所票）の回答方法」をご覧ください。



Step4. 職員票の配布・回収

「事業所票」の 1 頁目の「貴事業所における活動状況」の設問で回答が「1 活動中」の場合は、「職員票」の配布・回収をお願いいたします。

■ 職員票の調査対象

職員票の対象者は、「1 日以上貴事業所の業務に従事した全ての従業員」です。

■ 訪問系サービスを担うスタッフが 10 名以上従事している場合の配布方法

管理者 1 名、サービス提供責任者 1 名をそれぞれ抽出した上で、その他の従業員をランダムに 8 名抽出してご回答ください。

■ 管理者がサービス提供責任者を兼ねている場合の配布方法

管理者兼サービス提供責任者 1 名を抽出した上で、その他の従業員をランダムに 9 名抽出してご回答ください。

「職員票」に回答いただく方は、「1 日以上貴事業所の業務に従事した従業員」を想定していますが、貴事業所で管理している業務データ等から回答可能な場合は、管理者の方が代理で回答することも可とします。

設問の回答方法等については、本冊子の「第 3 訪問系サービス（職員票）の回答方法」をご覧ください。



Step5. 事業所票および職員票の提出

「事業所票」と「職員票」の一式を提出期限までに調査事務局宛てに提出してください。

■ インターネットからの提出について

本調査専用ホームページ（下記の URL）から、電子調査票（Excel ファイル）及び電子調査票の使い方（PDF ファイル）をダウンロードできます。また、記入済みの電子調査票をアップロードして提出できます。

（本調査専用ホームページへのログイン）

・インターネットブラウザに下記の URL を入力してください。

※URL のはじまりは「https://」です。ご注意ください。

<https://h30shogaifukushi.jp/>

■ 本調査専用ホームページへのログイン
ログインIDとパスワードを入力する画面が表示されます。
ログインIDとパスワードは、同封した調査票（事業所票）の表紙（1ページ目）に記載しています。ログイン画面でIDとパスワードを入力した後、「ログイン」ボタンをクリックしてください。

<ログインIDとパスワードの印字位置>

- ・宛名
- 法人所在地、調査対象施設・事業所の運営法人名など
- ・提出期限
- ・本調査の内容について

■ 本調査専用ホームページのログインIDとパスワード

(1) ログインID	
(2) ログイン・パスワード	

- ・ご担当者・連絡先の記入
- 電話番号、FAX、メールアドレス、担当者名など
- ・貴事業所における平成30年9月の訪問系サービスの支援の活動状況

■ 電子調査票の受信 (ダウンロード)

ログイン後のトップページの「電子調査票の受信 (ダウンロード)」ボタンをクリックすると、ページが移り、電子調査票等をダウンロードできます。

■ 電子調査票の送信 (アップロード)

ログイン後のトップページの「電子調査票の送信 (アップロード)」ボタンをクリックすると、ページが移り、電子調査票をアップロードできます。

※さらに詳しい手順等は、ダウンロードした「電子調査票の使い方 (PDF)」をご覧ください。

第2 訪問系サービス〔事業所票〕の回答方法

S 1. 事業所の基本情報

問1-1. 設置主体

設置主体

貴事業所の設置主体について、該当する選択肢の番号を一つ選んで回答欄に記入してください（平成 30 年 10 月 1 日現在）。

1 国、都道府県、市区町村、独立行政法人、広域連合・一部事務組合

「広域連合・一部事務組合」とは、地方自治法の規定により総務大臣（自治大臣）または都道府県知事の許可を受けて設立した広域連合、都道府県一部事務組合、市区町村一部事務組合をいいます。

2 社会福祉協議会

社会福祉法第 109 条及び第 110 条の規定による市町村社会福祉協議会及び地区社会福祉協議会、都道府県社会福祉協議会をいいます。

3 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)

市町村社会福祉協議会及び地区社会福祉協議会、都道府県社会福祉協議会以外の社会福祉法第 22 条の規定による社会福祉法人をい、地方公共団体が設立した社会福祉事業団を含みます。

4 医療法人

医療法第 39 条の規定による医療法人をいいます。

5 営利法人(株式・合名・合資・合同会社)

会社法第 2 条第 1 号の規定による株式会社(旧有限会社法の規定による有限会社を含む)、合名会社、合資会社、合同会社をいいます。また、日本郵政株式会社（旧郵政公社簡易保険事業本部）を含みます。

6 特定非営利活動法人(NPO)

特定非営利活動促進法第 2 条 2 項の規定による法人をいいます。

7 その他の法人(社団・財団、農協、生協等)

社団法人及び財団法人、農業協同組合法の規定による農業協同組合及び農業協同組合連合会、消費生活協同組合法の規定による消費生活協同組合及び消費生活協同組合連合会、宗教法人、学校法人、日本赤十字社、厚生連等をいいます。

問1-2. 運営主体

運営主体

貴事業所の運営主体について、該当する選択肢の番号を一つ選んで回答欄に記入してください（平成 30 年 10 月 1 日現在）。

選択肢の定義は、設置主体の場合と同じです。

問1-3. 設立年月（運営主体）

設立年月

運営主体の設立年月を回答欄に記入してください。

法人設立年月
運営主体における 貴事業所が法人格を取得した年月を西暦で記入してください。運営主体が国、都道府県、市区町村、独立行政法人、広域連合・一部事務組合の場合は記入不要です。

事業所設立年月
運営主体における 貴事業所が設立した年月を西暦で記入してください。ここでは事業所設立年月とは居宅介護（障害福祉サービス）のサービス提供事業所として設立した年月をいいます。事業所を一時中断等していたことがある場合には、再開した際の年月を記入してください。

問1-4. 訪問系サービスのうち実施しているサービス

訪問系サービスのうち実施しているサービス

貴事業所で実施している訪問系サービスとして、該当する選択肢の番号をすべて選んで回答欄に記入してください（複数回答可）。
選択肢の定義は、厚生労働省ホームページ「.>障害者福祉>障害福祉サービス等>サービスの体系」等を参照してください。
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/taikai.html>

問1-5. 同一所在地で実施しているその他のサービス

同一事業所における他サービスの実施状況について、該当する選択肢の番号を一つ選んで回答欄に記入してください（平成 30 年 10 月 1 日現在）。
選択肢の定義は、厚生労働省ホームページ「.>障害者福祉>障害福祉サービス等>サービスの体系」等を参照してください。
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/taikai.html>

第2章. 人員配置と加算の算定状況

問2-1. 貴事業所における職員数（実人数）

常勤で勤務している者

「常勤で勤務している者」とは、原則として事業所で定めた勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務する者をいいます。この条件を満たすパート職員等は常勤職員となります。
他サービスを兼任し、訪問系サービスの業務が少ない場合でも、就業形態として常勤職員であれば「常勤」を選んでください。

※障害福祉と介護保険のいずれの業務にも従事している常勤職員がいる場合、主たる業務が障害福祉であれば、常勤職員 1 名としてカウントしてください。主たる業務が介護保険であれば、非常勤職員としてカウントしてください。

非常勤で勤務している者

「非常勤で勤務している者」とは、常勤職員以外の従事者（他の施設・事業所にも勤務するなど収入及び時間的拘束の伴う仕事を持っている者、短時間のパートタイマー等）をいいます。
1 週間の所定労働時間が 32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とし、所定労働時間以上勤務している者を「常勤職員」、その他を「非常勤職員」とします。

常勤兼務（複数のサービスに従事する場合）又は非常勤の場合、居宅介護サービスに従事した勤務時間を「施設・事業所が定めている常勤の従業者が勤務すべき 1 週間の時間数」で割り、小数点以下第 2 位を切り上げて、小数第 1 位まで記入してください。

※障害福祉と介護保険のいずれの業務にも従事している常勤職員がいる場合、主たる業務が介護保険であれば、非常勤職員としてカウントしてください。その際、障害福祉に従事している業務の割合で常勤換算人数を算出してください。

【常勤換算人数の計算式】

従事者の訪問系サービスのみに係る 1 週間の勤務時間
事業所が定めている常勤の従業者が勤務すべき 1 週間の時間数

※ 1 か月に数回の勤務である場合
従事者の訪問系サービスのみに係る 1 か月の勤務時間

事業所が定めている常勤の従業者が勤務すべき 1 週間の時間数 × 4（週）

※ 常勤職員であるが障害福祉と介護保険の従事の比率が 3：7 の場合

$$\frac{3}{3+7} = 0.3 \text{ 人}$$

問2-2. 平均勤続年数

平均勤続年数

常勤職員、非常勤職員の別に従事者の平均勤続年数を小数第 1 位までご記入ください。

問2-3. 離職率

離職率

常勤職員、非常勤職員の別に従事者の離職率を小数第 1 位までご記入ください。

【離職率の計算式】

$$\frac{\text{過去 1 年間に退職した人数}}{\text{過去 1 年間に在籍していた実人数}} \times 100$$

問2-4. 同一建物に居住する利用者等に対する居宅介護サービス提供状況

実利用者数

平成 30 年 4 月～9 月末迄の居宅介護サービスの実利用者数をサービス内各別に回答してください。

なお、実利用者数とは、平成 30 年 4 月～9 月末迄に 1 回以上サービスを利用した者の実際の人数を指します。

うち、同一建物に居住する者	平成 30 年 4 月～9 月末迄の居宅介護サービスの実利用者のうち、同一建物に居住する者の人数を回答してください。
延べ訪問回数	該当しない場合には、回答欄に「0 人」と記入してください。 サービス内容別の平成 30 年 4 月～9 月末迄の訪問系サービスの延べ訪問回数を、単位時間別に回答してください。 また、内訳として「同一建物に居住する者」への延べ訪問回数を回答してください。該当しない場合には、回答欄に「0 回」と記入してください。 なお、重複障害がある利用者の場合は、利用者が最も必要とするサービス内容を利用者ごとに1つ選択し、当該サービス内容（以下の（a）～（e））において延べ訪問回数を計上してください。 (a) 居宅における身体介護 (b) 通院等介助（身体介護あり） (c) 家事援助 (d) 通院等介助（身体介護なし） (e) 通院等乗降介助

問2-5. 初任者研修修了者による居宅介護計画の作成状況

居宅介護計画の作成件数	平成 30 年 9 月分の居宅介護計画の作成件数を回答してください。
うち、条件（二）に該当する者が作成したもの	平成 30 年 9 月分の居宅介護計画の作成件数のうち、サービス提供責任者であり、かつ、居宅介護職員初任者研修課程修了者（介護職員初任者研修課程修了者や旧 2 級ヘルパーを含む）の課程を修了した者であって、3 年以上の介護等の業務に従事した者が作成した件数を回答してください。 該当しない場合には、回答欄に「0 件」と記入してください。

問2-6. その他の加算の算定状況

その他の加算の算定状況	障害福祉サービス報酬を請求する際の加算・減算について、平成 30 年 9 月分に 1 回以上該当した加算・減算がある場合には、該当する選択肢の番号をすべて選んで回答欄に記入してください（複数回答可）。
-------------	--

S 3. サービス提供の質の向上に係る事業所の取組状況

問3-1. 同行援護に係るサービス提供の質の向上に係る事業所の取組状況

同行援護に係るサービス提供の質を向上させるための取組内容として該当するものを選択肢の番号をすべて選んで回答欄に記入してください（複数回答可）。	平成 30 年 10 月 1 日現在、同行援護に係るサービス提供の質を向上させるための取組内容として該当するものを選択肢の番号をすべて選んで回答欄に記入してください（複数回答可）。
なお、選択肢以外の提供内容がある場合は、「7 その他」に○をつけ、具体的な内容をご記入ください。	なお、選択肢以外の提供内容がある場合は、「7 その他」に○をつけ、具体的な内容をご記入ください。

問3-2. 行動援護に係るサービス提供の質の向上に係る事業所の取組状況

行動援護に係るサービス提供の質を向上させるための取組内容として該当するものを選択肢の番号をすべて選んで回答欄に記入してください（複数回答可）。	平成 30 年 10 月 1 日現在、行動援護に係るサービス提供の質を向上させるための取組内容として該当するものを選択肢の番号をすべて選んで回答欄に記入してください（複数回答可）。
なお、選択肢以外の提供内容がある場合は、「7 その他」に○をつけ、具体的な内容をご記入ください。	なお、選択肢以外の提供内容がある場合は、「7 その他」に○をつけ、具体的な内容をご記入ください。

S 4. 新人のOJTに要する期間、及び、担当の交代時の引継ぎに要する時間

問4-1. 新人のOJTに要する期間

新人のOJTに要する期間	平成 30 年 4 月～9 月末迄に貴事業所の訪問系サービスを 1 日以上利用した方のうち、貴事業所の新人がOJTで関わった新人について、おひとりずつ（1人1行）の「新人が支援に関わった利用者の障害の種別」、「新人がOJTを受けた重度訪問介護の支援内容」について、該当する選択肢の番号をすべて選んで○をつけてください。 また、当該新人ごとに「OJTに要した全期間」と「利用者に対して、熟練ヘルパーが同行して支援を行った時間」等を記入してください。 なお、上記の条件に該当する利用者が 10 名以上いた場合は、ランダムに 10 名を抽出してご回答ください。
--------------	---

問4-2. 担当の交代時の引継ぎに要する時間

担当の交代時の引継ぎに要する時間	平成 30 年 4 月～9 月末迄に貴事業所の訪問系サービスを 1 日以上利用した方のうち、貴事業所の担当の交代の引継ぎがあった利用者について、おひとりずつ（1人1行）の「障害の種別」と「障害の程度」について、該当する選択肢の番号をすべて選んで○をつけてください。 また、当該利用者ごとに「担当の交代時の引継ぎに関わった前任と後任の職員数」と「担当の交代時の引継ぎに要した合計時間」等を記入してください。 なお、上記の条件に該当する利用者が 10 名以上いた場合は、ランダムに 10 名を抽出してご回答ください。
------------------	--

第3 訪問系サービス〔職員票〕の回答方法

S 1. 従業者の状況

従業員について	平成30年9月の1か月間に、1日以上、貴事業所の業務に従事した従業員について、1人1行ずつ、職種、就業形態、保有資格等を記入してください。 居宅介護を担うスタッフが10名以上従事している場合は、管理者1名、サービス提供責任者1名をそれぞれ抽出した上で、その他の従業員をランダムに8名抽出してご回答ください。（管理者がサービス提供責任者を兼ねている場合は、管理者兼サービス提供責任者1名を抽出した上で、その他の従業員をランダムに9名抽出してご回答ください。）
職種 (問 1-1)	対象となる従事者の職種について、管理者／サービス提供責任者／ヘルパー／事務職その他のいずれかを選択してください。
就業形態 (問 1-2)	対象となる従事者の就業形態について、正社員／非正社員のいずれかを選択してください。さらに、常勤／非常勤のいずれかを選択してください。
保有資格 (問 1-3)	対象となる従事者の保有資格について、該当するものを全てを選択してください（複数回答可）。
業務の状況 (問 1-4)	問 1-1 で選択した職種以外の業務を兼務している場合に、該当する業務全てを選択してください（複数回答可）。 業務の割合とは、①で選択した職種以外の業務の実施の割合となります。全体の業務を10割とした場合に、おおよその業務の割合（1～10の整数）を記入してください。 他の職種を兼務していない場合は、該当する職種に「10割」、該当しない職種に「0割」と記入してください。 他の職種を兼務している場合は、業務割合の合計が10割となるように各職種の業務割合を記入してください。 居宅介護のヘルパーと介護保険の訪問介護のヘルパーを兼務している場合については、本問の「業務の状況」には含めないでください。
勤続年数 (問 1-5)	対象となる従事者の勤続年数を記入してください。
担当している訪問系サービスごとの役割・支援内容 (問 1-6)	対象となる従業員が担当している訪問系サービスごとの役割・支援内容について、該当するものを全てを選択してください（複数回答可）。
労働日数 (問 1-7)	対象となる従業員の1ヶ月当たりの平均労働日数を記入してください。
時間外手当 (問 1-8)	対象となる従業員に平成30年9月分として支給された時間外手当（早朝、深夜、休日手当等）の金額を記入してください。



厚生労働省
MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

訪問系サービスの支援の実態調査〔自治体票〕

（提出期限 **平成31年2月22日（金）**）

■ ご担当者・連絡先の記入

本調査のご担当者及び連絡先を記入してください。

都道府県		市町村	都道府県から通知されたID	
担当者氏名 1		ふりがな	部署	
担当者氏名 2		ふりがな	部署	
連	電話番号	市外局番	—	内線 ()
絡	ファックス番号		—	
先	e-mail			@

■ 提出方法

電子調査票の記入欄（薄黄色のセル）に記入の上、

以下の調査専用Webサイトにログインして、記入済みの電子調査票をアップロードしてください。

なお、IDとパスワードは都道府県から別途通知されたものになります。

○障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）専用Webサイト

<https://www.h30shogaeifukushin.jp/>

【ログイン後の操作手順】

STEP1. ホーム（トップページ）画面で「電子調査票の送信(アップロード)」ボタンを押下

⇒電子調査票の送信(ダウンロード)画面に遷移

STEP2. ファイル指定ボタンを押下し、回答済み電子調査票を選択

⇒電子調査票のアップロードを実行

※Excelファイルにパスワードは付与しないでください。

送信データは暗号化により保護されています。

■ 本調査の問合せ先

「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）」事務局

フリーダイヤル： 電話 0120-088-920 [平日9:30～17:00]

FAX 0120-088-930

Eメール：

jimukyoku-1@h30shogaeifukushin.jp

※貴自治体のセキュリティポリシー等の関係でアップロードできない場合は、問合せ用のメールアドレス宛てにファックスを送付してください。

S1. 訪問系サービスの支給決定時間等

B自

問 1. 市町村の障害者手帳所持者数

市町村の障害者手帳所持者数を記入してください。（平成30年10月1日現在）。

a. 身体障害者手帳	回答	人
b. 療育手帳	回答	人
c. 精神障害者保健福祉手帳	回答	人

問 2. 訪問系サービスにおけるサービス種類ごとの状況

貴自治体の訪問系サービスにおけるサービス種類ごとの状況をご記入ください。

（対象期間：平成30年9月1日～平成30年9月30日）

	①サービスの支給決定者数（合計）	②サービスの利用人数（合計）	③サービスの支給決定時間（合計）	④サービスの利用時間数（合計）
訪問系サービス全体(a～dの合計)	回答	人 回答	時間 回答	時間 回答
a. 居宅介護	回答	人 回答	時間 回答	時間 回答
b. 重度訪問介護	回答	人 回答	時間 回答	時間 回答
c. 行動援護	回答	人 回答	時間 回答	時間 回答
d. 同行援護	回答	人 回答	時間 回答	時間 回答

※①：平成30年9月31日以前からの有効な支給者証を所持している者、及び平成30年9月1日～平成30年9月30日の期間中に支給決定を受けた者の合計

※②：平成30年9月1日～平成30年9月30日の期間中において、実際にサービスを利用した人数（実人数）

※③：平成30年9月1日～平成30年9月30日の期間中において、①に該当する者について支給決定されていた時間の合計

※④：平成30年9月1日～平成30年9月30日の期間中において、②に該当する者が実際にサービスを利用した時間の合計

※設問はここで終了です。

調査専用Webサイトにログインして回答済みの電子調査票をアップロードしてください。



厚生労働省 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

地域生活支援拠点等の整備に関する実態調査〔自治体票〕

（提出期限 平成31年2月28日（木））

■ ご担当者・連絡先の記入

本調査のご担当者及び連絡先を記入してください。

都道府県	市町村	都道府県から通知されたID
担当者氏名 1	ふりがな	部署
担当者氏名 2	ふりがな	部署
連絡先	電話番号 市外局番	内線（ ）
	ファックス番号	—
	e-mail	@

■ 提出方法

電子調査票の記入欄（薄黄色のセル）に記入の上、

以下の調査専用Webサイトにログインして、記入済みの電子調査票をアップロードしてください。

なお、IDとパスワードは都道府県から別途通知されたものになります。

○障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）専用Webサイト

<https://www.h30shogaiifukushin.jp/>

【ログイン後の操作手順】

STEP1. ホーム（トップページ）画面で「電子調査票の送信（アップロード）」ボタンを押下

⇒電子調査票の送信（ダウンロード）画面に遷移

STEP2. ファイル指定ボタンを押下し、回答済み電子調査票を選択

⇒電子調査票のアップロードを実行

※Excelファイルにパスワードは付与しないでください。

送信データは暗号化により保護されています。

■ 本調査の問合せ先

「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）」事務局

フリーダイヤル： 電話 0120-088-920 [平日9:30～17:00]

FAX 0120-088-930

Eメール：

jimukyoku-2@h30shogaiifukushin.jp

※貴自治体のセキュリティポリシー等の関係でアップロードできない場合は、問合せ用のメールアドレス宛てにファックスを送付してください。

§1. 貴自治体の基本情報

問1-1. 市町村の障害者手帳所持者数

市町村の障害者手帳所持者数を記入してください。（平成30年10月1日現在）。

a. 身体障害者手帳	回答	人
b. 療育手帳	回答	人
c. 精神障害者保健福祉手帳	回答	人

問1-2. 地域生活支援拠点等の整備状況

貴自治体又は圏域における地域生活支援拠点等の整備状況を整備時期ごとに記入してください。

整備時期	貴自治体	圏域
a. 2018年9月末日時点の整備状況（実績）	回答	回答
b. 2018年10月1日から翌年3月31日迄に整備完了見込み	回答	回答
c. 2019年4月1日から翌年3月31日迄に整備完了見込み	回答	回答
d. 2020年4月1日から翌年3月31日迄に整備完了見込み	回答	回答

※2018年9月末日時点で貴自治体・圏域ともに拠点等が未整備（0ヶ所）の場合、貴自治体の区分を「A」とします。
同様に、既に整備済み（1ヶ所以上）の場合、貴自治体の区分を「B」とします。

★ 貴自治体の区分は「A」です。

☆問1-3は、区分Aの自治体のみお答えください。

問1-3. 備えるのが特に困難な機能

貴自治体で地域生活支援拠点等を整備するに当たり、備えるのが特に困難な機能について、該当する番号をすべて選んで回答欄に○をつけてください。

さらに、選択した機能が整備困難である理由を記入してください。（平成30年10月1日現在）。

	該当番号に○	選択した機能が整備困難である理由 ※可能な限り詳細に記載願います。
1 相談	1	
2 緊急時の受入・対応	2	
3 体験の機会・場	3	
4 専門的人材の確保・養成	4	
5 地域の体制づくり	5	

※自治体の区分Aの自治体への設問はここで終了です。

調査専用Webサイトにログインして回答済みの電子調査票をダウンロードしてください。

☆問1-4および問1-5は、区分Bの自治体のみお答えください。

問1-4. 整備類型

貴自治体又は圏域における地域生活支援拠点等の整備状況を整備類型ごとに記入してください。

（2018年10月1日から2021年3月31日まで（整備予定を含む））

整備類型	貴自治体	圏域
1 多機能拠点整備型	回答	回答
2 面的整備型	回答	回答
3 多機能拠点整備型と面的整備型の併用型	回答	回答
4 その他の整備類型	回答	回答
5 未定（自動計算により算出）	回答 0	回答 0

※「5 未定」は問1-2のb～dの合計から問1-4の1～4の合計を差し引いた値を算出しています。

問1-5. 平成30年10月1日以降に強化・充実を図る予定の機能

貴自治体において平成30年10月1日以降に強化・充実を図る予定の機能について、該当する番号をすべて選んで

○をつけてください。（2018年10月1日から2021年3月31日まで（整備予定を含む））

1 相談	1
2 緊急時の受入・対応	2
3 体験の機会・場	3
4 専門的人材の確保・養成	4
5 地域の体制づくり	5
6 独自の付加機能	6

上記の設問で「6 独自の付加機能」を選択した場合、その機能の具体的な内容を記入してください。

	機能の名称	具体的な内容
記入例1	障害の有無に関わらない相互交流を図る機能	公共施設、空き店舗等の地域の身近な場所を提供し交流の促進を図る。
記入例2	障害者等の生活の維持を図る機能	権利擁護、成年後見制度の利用促進、障害者虐待等への対応、困難事例への対応、消費者被害の防止に関する諸制度を活用する。
1		
2		
3		
4		
5		

※区分Bの自治体は次頁にお進みください。

§ 2. 必要な機能の具体的な内容【拠点等 1】

☆以下の問2-1～問2-5は、区分Bの自治体（問1-2参照）のみお答えください。
2ヶ所以上の拠点等を整備済みの場合は、拠点等ごとにシートを分けてご記入ください。
※記入シート： A.1-2.必要な機能の具体的な内容【拠点等 1】～【拠点等4】

問2-1. 相談

本調査票では地域生活支援拠点等における「相談」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 基幹相談支援センター、委託相談支援事業、特定相談支援事業とどこに地域定着支援を活用してコーデイネーターを配置すること。
	b. 緊急時の支援が見込めない世帯を事前に登録した上で、常時の連絡体制を確保すること。
	c. 障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要サードエスのコーデイネーターや相談その他必要な支援を行うこと。

(1) 貴自治体又は圏域において「相談」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○ 機能要件a～dの全てを満たしている。 (機能の内容の充足の程度（例えば「コーデイネーターの実務経験年数や人数、常勤・非常勤の違い」、「緊急時の支援が見込めない世帯の把握と担当職員の点検頻度」、「障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要サードエスの内容や質」等）については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○ 機能要件a～dのうち、2つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度（例えば「コーデイネーターの実務経験年数や人数、常勤・非常勤の違い」、「緊急時の支援が見込めない世帯の把握と担当職員の点検頻度」、「障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要サードエスの内容や質」等）については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○ 機能要件a～dのうち、1つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度（例えば「コーデイネーターの実務経験年数や人数、常勤・非常勤の違い」、「緊急時の支援が見込めない世帯の把握と担当職員の点検頻度」、「障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要サードエスの内容や質」等）については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○ 機能要件a～dのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

問2-2. 緊急時の受入・対応

本調査票では地域生活支援拠点等における「緊急時の受入・対応」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 短期入所を活用した常時の緊急受入体制等を確保すること。 b. 介護者が急病等の際には短期入所での受け入れを行うこと。 c. 介護者が急病等の際には受入先の短期入所から医療機関への連絡等を行うこと。 d. 障害者等に急な状態変化が生じた際には短期入所での受け入れを行うこと。 e. 障害者等に急な状態変化が生じた際には受入先の短期入所から医療機関への連絡等を行うこと。
------	--

(1) 貴自治体又は圏域において「緊急時の受入・対応」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○ 機能要件a～eの全てを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○ 機能要件a～eのうち1～3つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○ 機能要件a～eのうち、1つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○ 機能要件a～eのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

問2-3. 体験の機会・場

本調査票では地域生活支援拠点等における「体験の機会・場」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 地域移行支援を必要とする方を把握し、共同生活援助等を行うこと。 b. 親元からの自立等に当たって支援を必要とする方を把握し、一人暮らしの体験の機会・場を提供すること。 c. 支援を必要とする方の親亡き後を見据え、共同生活援助等の利用、又は、一人暮らしの体験の機会・場の提供を行うこと。
------	---

(1) 貴自治体又は圏域において「体験の機会・場」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○ 機能要件a～cの全てを満たしている。 (機能の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○ 機能要件a～cのうち、2つを満たしている。 (機能の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○ 機能要件a～cのうち、1つを満たしている。 (機能の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○ 機能要件a～cのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

問2-4. 専門的人材の確保・養成

本調査票では地域生活支援拠点等における「専門的人材の確保・養成」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 医療的ケアを必要とする者に対して専門的な対応を行うことができる体制を確保すること、又は、専門的な対応ができる人材を養成すること。 b. 行動障害を有する者に対して専門的な対応を行うことができる体制を確保すること、又は、専門的な対応ができる人材を養成すること。 c. 高齢化に伴い、重度化した障害者に対して専門的な対応を行うことができる体制を確保すること、又は、専門的な対応ができる人材を養成すること。
------	---

(1) 貴自治体又は圏域において「専門的人材の確保・養成」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○ 機能要件a～cの全てを満たしている。 (機能の充足の程度 (例えば「ベテランの職員がいる」、「新任の職員を教育している」、「専門的な研修を実施している」等) については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○ 機能要件a～cのうち、2つを満たしている。 (機能の充足の程度 (例えば「ベテランの職員がいる」、「新任の職員を教育している」、「専門的な研修を実施している」等) については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○ 機能要件a～cのうち、1つを満たしている。 (機能の充足の程度 (例えば「ベテランの職員がいる」、「新任の職員を教育している」、「専門的な研修を実施している」等) については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○ 機能要件a～cのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

問2-5. 貴自治体又は圏域における地域生活支援拠点等の「地域の体制づくり」機能について

本調査票では地域生活支援拠点等における「地域の体制づくり」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 基幹相談支援センター、委託相談支援事業、特定相談支援事業、一般相談支援等を活用してコーデイネーターを配置すること。 b. 地域の様々なニーズに対応できるサービス提供体制を確保すること。 c. 地域の社会資源の連携体制を構築すること。（例えば、地域の課題や支援困難事例等について検討する場を定期的に設ける。等）
------	---

(1) 貴自治体又は圏域において「地域の体制づくり」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。（平成30年10月1日現在）

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。（平成30年10月1日現在）

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○ 機能要件a～cの全てを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○ 機能要件a～cのうち、2つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○ 機能要件a～cのうち、1つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○ 機能要件a～cのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

--

※整備済みの拠点等が2ヶ所以上ある場合、

“A.1-2.必要な機能の具体的な内容【拠点等2】”シートにお進みください。

※整備済みの拠点等がない場合、設問はここで終了です。

調査専用Webサイトにログインして回答済みの電子調査票をアップロードしてください。

§2. 必要な機能の具体的な内容【拠点等2】

☆以下の問2-1～問2-5は、区分Bの自治体（問1-2参照）のみお答えください。

2ヶ所以上の拠点等を整備済みの場合は、拠点等ごとにシートを分けてご記入ください。

※記入シート： A.1-2.必要な機能の具体的な内容【拠点等1】～【拠点等4】

問2-1. 相談

本調査票では地域生活支援拠点等における「相談」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 基幹相談支援センター、委託相談支援事業、特定相談支援事業とともに地域定着支援を活用してコーデイネーターを配置すること。 b. 緊急時の支援が見込めない世帯を事前に登録した上で、常時の連絡体制を確保すること。 c. 障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要なサービスのコーディネートや相談その他必要な支援を行うこと。
------	--

(1) 貴自治体又は圏域において「相談」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。（平成30年10月1日現在）

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。（平成30年10月1日現在）

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○ 機能要件a～cの全てを満たしている。 (機能の内容の充足の程度（例えば「コーディネーターの実務経験年数や人数、常勤・非常勤の通い」、「緊急時の支援が見込めない世帯の把握と担当職員の点検頻度」、「障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要なサービスの内容や質」等）については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○ 機能要件a～cのうち、2つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度（例えば「コーディネーターの実務経験年数や人数、常勤・非常勤の通い」、「緊急時の支援が見込めない世帯の把握と担当職員の点検頻度」、「障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要なサービスの内容や質」等）については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○ 機能要件a～cのうち、1つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度（例えば「コーディネーターの実務経験年数や人数、常勤・非常勤の通い」、「緊急時の支援が見込めない世帯の把握と担当職員の点検頻度」、「障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要なサービスの内容や質」等）については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○ 機能要件a～cのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

--

問2-2. 緊急時の受入・対応

本調査票では地域生活支援拠点等における「緊急時の受入・対応」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 短期入所を活用した特時の緊急受入体制等を確保すること。 b. 介護者が急病等の際には短期入所での受け入れを行うこと。 c. 介護者が急病等の際には受入先の短期入所から医療機関への連絡等を行うこと。 d. 障害者等に急な状態変化が生じた際には短期入所での受け入れを行うこと。 e. 障害者等に急な状態変化が生じた際には受入先の短期入所から医療機関への連絡等を行うこと。
------	--

(1) 貴自治体又は圏域において「緊急時の受入・対応」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○機能要件a～eの全てを満たしている。 (機能の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○機能要件a～eのうち、かつ、機能要件b～eのうち1～3つを満たしている。 (機能の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○機能要件a～eのうち、1つを満たしている。 (機能の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○機能要件a～eのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

問2-3. 体験の機会・場

本調査票では地域生活支援拠点等における「体験の機会・場」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 地域移行支援を必要とする方を把握し、共同生活援助等を行うこと。 b. 親元からの自立等に当たって支援を必要とする方を把握し、一人暮らしの体験の機会・場を提供すること。 c. 支援を必要とする方の親元見舞え、共同生活援助等の利用、又は、一人暮らしの体験の機会・場の提供を行うこと。
------	--

(1) 貴自治体又は圏域において「体験の機会・場」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○機能要件a～cの全てを満たしている。 (機能の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○機能要件a～cのうち、2つを満たしている。 (機能の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○機能要件a～cのうち、1つを満たしている。 (機能の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○機能要件a～cのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

問2-4. 専門的人材の確保・養成

本調査票では地域生活支援拠点等における「専門的人材の確保・養成」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 医療的ケアを必要とする者に対して専門的な対応を行うことができる体制を確保すること、又は、専門的な対応ができる人材を養成すること。 b. 行動障害を有する者に対して専門的な対応を行うことができる体制を確保すること、又は、専門的な対応ができる人材を養成すること。 c. 高齢化に伴い重篤化した障害者に対して専門的な対応を行うことができる体制を確保すること、又は、専門的な対応ができる人材を養成すること。
------	--

(1) 貴自治体又は圏域において「専門的人材の確保・養成」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○ 機能要件aへの全てを満たしている。 (機能の充足の程度(例えば「ヘタラツの職員がいる」、「新任の職員を教育している」、「専門的な研修を実施している」等)については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○ 機能要件aへのうち、2つを満たしている。 (機能の充足の程度(例えば「ヘタラツの職員がいる」、「新任の職員を教育している」、「専門的な研修を実施している」等)については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○ 機能要件aへのうち、1つを満たしている。 (機能の充足の程度(例えば「ヘタラツの職員がいる」、「新任の職員を教育している」、「専門的な研修を実施している」等)については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○ 機能要件aへのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

--

問2-5. 貴自治体又は圏域における地域生活支援拠点等の「地域の体制づくり」機能について

本調査票では地域生活支援拠点等における「地域の体制づくり」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 基幹相談支援センター、委託相談支援事業、特定相談支援事業、一般相談支援等を活用してコーデイネーターを配置すること。 b. 地域の様々なニーズに対応できるサービス提供体制を確保すること。 c. 地域の社会資源の連携体制を構築すること。(例えば、地域の課題や支援困難事例等について検討する場を定期的に設ける。等)
------	---

(1) 貴自治体又は圏域において「地域の体制づくり」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○ 機能要件aへの全てを満たしている。 (機能の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○ 機能要件aへのうち、2つを満たしている。 (機能の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○ 機能要件aへのうち、1つを満たしている。 (機能の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○ 機能要件aへのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

--

※整備済みの拠点等が3ヶ所以上ある場合、
“A.1-2.必要な機能の具体的な内容【拠点等3】”シートにお進みください。
※整備済みの拠点等が他にない場合、設問はここで終了です。
※調査専用Webサイトにログインして回答済みの電子調査票をアップロードしてください。

§ 2. 必要な機能の具体的な内容【拠点等 3】

☆以下の問2-1～問2-5は、区分Bの自治体（問1-2参照）のみお答えください。

2ヶ所以上の拠点等を整備済みの場合は、拠点等ごとにシートを分けてご記入ください。

※記入シート： A.1-2.必要な機能の具体的な内容【拠点等 1】～【拠点等 4】

問2-1. 相談

本調査票では地域生活支援拠点等における「相談」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 基幹相談支援センター、委託相談支援事業、特定相談支援事業とどこにも地域定着支援を活用してコーデイネーターを配置すること。
	b. 緊急時の支援が見込めない世帯を事前に登録した上で、常時の連絡体制を確保すること。
	c. 障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要サードエスのコーデイネーターや相談その他必要な支援を行うこと。

(1) 貴自治体又は圏域において「相談」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1	必要と考えている	2	必要でないと考えている
		回答	

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1	十分	2	概ね十分	3	やや不十分	4	不十分
				回答			

選択肢		選択肢の判断基準
1	十分	○ 機能要件a～cの全てを満たしている。 (機能の内容の充足の程度（例えば「コーデイネーターの実務経験年数や人数、常勤・非常勤の違い」、「緊急時の支援が見込めない世帯の把握と担当職員の点検頻度」、「障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要サードエスの内容や質」等）については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2	概ね十分	○ 機能要件a～cのうち、2つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度（例えば「コーデイネーターの実務経験年数や人数、常勤・非常勤の違い」、「緊急時の支援が見込めない世帯の把握と担当職員の点検頻度」、「障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要サードエスの内容や質」等）については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3	やや不十分	○ 機能要件a～cのうち、1つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度（例えば「コーデイネーターの実務経験年数や人数、常勤・非常勤の違い」、「緊急時の支援が見込めない世帯の把握と担当職員の点検頻度」、「障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要サードエスの内容や質」等）については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4	不十分	○ 機能要件a～cのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

問2-2. 緊急時の受入・対応

本調査票では地域生活支援拠点等における「緊急時の受入・対応」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 短期入所を活用した常時の緊急受入体制等を確保すること。 b. 介護者が急病等の際には短期入所での受け入れを行うこと。 c. 介護者が急病等の際には受入先の短期入所から医療機関への連絡等を行うこと。 d. 障害者等に急な状態変化が生じた際には短期入所での受け入れを行うこと。 e. 障害者等に急な状態変化が生じた際には受入先の短期入所から医療機関への連絡等を行うこと。
------	--

(1) 貴自治体又は圏域において「緊急時の受入・対応」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1	必要と考えている	2	必要でないと考えている
		回答	

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1	十分	2	概ね十分	3	やや不十分	4	不十分
				回答			

選択肢		選択肢の判断基準
1	十分	○ 機能要件a～eの全てを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2	概ね十分	○ 機能要件a～eを満たし、かつ、機能要件b～eのうち1～3つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3	やや不十分	○ 機能要件a～eのうち、1つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4	不十分	○ 機能要件a～eのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

問2-3. 体験の機会・場

本調査票では地域生活支援拠点等における「体験の機会・場」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 地域移行支援を必要とする方を把握し、共同生活援助等を行うこと。 b. 親元からの自立等に当たって支援を必要とする方を把握し、一人暮らしの体験の機会・場を提供すること。 c. 支援を必要とする方の親亡き後を見据え、共同生活援助等の利用、又は、一人暮らしの体験の機会・場の提供を行うこと。
------	---

(1) 貴自治体又は圏域において「体験の機会・場」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○ 機能要件a～cの全てを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○ 機能要件a～cのうち、2つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○ 機能要件a～cのうち、1つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○ 機能要件a～cのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

--

問2-4. 専門的人材の確保・養成

本調査票では地域生活支援拠点等における「専門的人材の確保・養成」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 医療的ケアを必要とする者に対して専門的な対応を行うことができる体制を確保すること、又は、専門的な対応ができる人材を養成すること。 b. 行動障害を有する者に対して専門的な対応を行うことができる体制を確保すること、又は、専門的な対応ができる人材を養成すること。 c. 高齢化に伴い、重度化した障害者に対して専門的な対応を行うことができる体制を確保すること、又は、専門的な対応ができる人材を養成すること。
------	---

(1) 貴自治体又は圏域において「専門的人材の確保・養成」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○ 機能要件a～cの全てを満たしている。 (機能の内容の充足の程度 (例えば「ベテランの職員がいる」、「新任の職員を教育している」、「専門的な研修を実施している」等) については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○ 機能要件a～cのうち、2つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度 (例えば「ベテランの職員がいる」、「新任の職員を教育している」、「専門的な研修を実施している」等) については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○ 機能要件a～cのうち、1つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度 (例えば「ベテランの職員がいる」、「新任の職員を教育している」、「専門的な研修を実施している」等) については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○ 機能要件a～cのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

--

問2-5. 貴自治体又は圏域における地域生活支援拠点等の「地域の体制づくり」機能について

本調査票では地域生活支援拠点等における「地域の体制づくり」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 基幹相談支援センター、委託相談支援事業、特定相談支援事業、一般相談支援等を活用してコーデイネーターを配置すること。 b. 地域の様々なニーズに対応できるサービス提供体制を確保すること。 c. 地域の社会資源の連携体制を構築すること。（例えば、地域の課題や支援困難事例等について検討する場を定期的に設ける。等）
------	---

(1) 貴自治体又は圏域において「地域の体制づくり」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。（平成30年10月1日現在）

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。（平成30年10月1日現在）

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○ 機能要件a～cの全てを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○ 機能要件a～cのうち、2つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○ 機能要件a～cのうち、1つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○ 機能要件a～cのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

--

※整備済みの拠点等が4ヶ所以上ある場合、

“A.1-2.必要な機能の具体的な内容【拠点等4】”シートにお進みください。

※整備済みの拠点等が他にない場合、設問はここで終了です。

調査専用Webサイトにログインして回答済みの電子調査票をアップロードしてください。

§2. 必要な機能の具体的な内容【拠点等4】

☆以下の問2-1～問2-5は、区分Bの自治体（問1-2参照）のみお答えください。

2ヶ所以上の拠点等を整備済みの場合は、拠点等ごとシートを分けてご記入ください。

※記入シート： A.1-2.必要な機能の具体的な内容【拠点等1】～【拠点等4】

問2-1. 相談

本調査票では地域生活支援拠点等における「相談」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 基幹相談支援センター、委託相談支援事業、特定相談支援事業とともに地域定着支援を活用してコーデイネーターを配置すること。 b. 緊急時の支援が見込まれない世帯を事前に登録した上で、常時の連絡体制を確保すること。 c. 障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要なサービスのコーディネートや相談その他必要な支援を行うこと。
------	---

(1) 貴自治体又は圏域において「相談」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。（平成30年10月1日現在）

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。（平成30年10月1日現在）

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○ 機能要件a～cの全てを満たしている。 (機能の内容の充足の程度（例えば「コーディネーターの実務経験年数や人数、常勤・非常勤の通い」、「緊急時の支援が見込まれない世帯の把握と担当職員の点検頻度」、「障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要なサービスの内容や質」等）については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○ 機能要件a～cのうち、2つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度（例えば「コーディネーターの実務経験年数や人数、常勤・非常勤の通い」、「緊急時の支援が見込まれない世帯の把握と担当職員の点検頻度」、「障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要なサービスの内容や質」等）については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○ 機能要件a～cのうち、1つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度（例えば「コーディネーターの実務経験年数や人数、常勤・非常勤の通い」、「緊急時の支援が見込まれない世帯の把握と担当職員の点検頻度」、「障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要なサービスの内容や質」等）については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○ 機能要件a～cのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

--

問2-2. 緊急時の受入・対応

本調査票では地域生活支援拠点等における「緊急時の受入・対応」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 短期入所を活用した特時の緊急受入体制等を確保すること。 b. 介護者が急病等の際には短期入所での受け入れを行うこと。 c. 介護者が急病等の際には受入先の短期入所から医療機関への連絡等を行うこと。 d. 障害者等に急な状態変化が生じた際には短期入所での受け入れを行うこと。 e. 障害者等に急な状態変化が生じた際には受入先の短期入所から医療機関への連絡等を行うこと。
------	--

(1) 貴自治体又は圏域において「緊急時の受入・対応」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○機能要件a～eの全てを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○機能要件a～eのうち、かつ、機能要件b～eのうち1～3つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○機能要件a～eのうち、1つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○機能要件a～eのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

--

問2-3. 体験の機会・場

本調査票では地域生活支援拠点等における「体験の機会・場」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 地域移行支援を必要とする方を把握し、共同生活援助等を行うこと。 b. 親元からの自立等に当たって支援を必要とする方を把握し、一人暮らしの体験の機会・場を提供すること。 c. 支援を必要とする方の親元見舞え、共同生活援助等の利用、又は、一人暮らしの体験の機会・場の提供を行うこと。
------	--

(1) 貴自治体又は圏域において「体験の機会・場」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○機能要件a～cの全てを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○機能要件a～cのうち、2つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○機能要件a～cのうち、1つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○機能要件a～cのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

--

問2-4. 専門的人材の確保・養成

本調査票では地域生活支援拠点等における「専門的人材の確保・養成」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 医療的ケアを必要とする者に対して専門的な対応を行うことができる体制を確保すること、又は、専門的な対応ができる人材を養成すること。 b. 行動障害を有する者に対して専門的な対応を行うことができる体制を確保すること、又は、専門的な対応ができる人材を養成すること。 c. 高齢化に伴い重篤化した障害者に対して専門的な対応を行うことができる体制を確保すること、又は、専門的な対応ができる人材を養成すること。
------	--

(1) 貴自治体又は圏域において「専門的人材の確保・養成」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○機能要件aへの全てを満たしている。 (機能の内容の充足の程度(例えば「ヘタラツの職員がいる」、「新任の職員を教育している」、「専門的な研修を実施している」等)については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○機能要件aへのうち、2つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度(例えば「ヘタラツの職員がいる」、「新任の職員を教育している」、「専門的な研修を実施している」等)については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○機能要件aへのうち、1つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度(例えば「ヘタラツの職員がいる」、「新任の職員を教育している」、「専門的な研修を実施している」等)については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○機能要件aへのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

--

問2-5. 貴自治体又は圏域における地域生活支援拠点等の「地域の体制づくり」機能について

本調査票では地域生活支援拠点等における「地域の体制づくり」機能の要件を次のように定義します。

機能要件	a. 基幹相談支援センター、委託相談支援事業、特定相談支援事業、一般相談支援等を活用してコーデイネーターを配置すること。 b. 地域の様々なニーズに対応できるサービス提供体制を確保すること。 c. 地域の社会資源の連携体制を構築すること。(例えば、地域の課題や支援困難事例等について検討する場を定期的に設ける。等)
------	---

(1) 貴自治体又は圏域において「地域の体制づくり」機能の必要性について、

該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 必要と考えている	2 必要でないと考えている	回答
------------	---------------	----

☆次の(2)は上記(1)で「1.必要と考えている」と回答した場合のみお答えください。

(2) 機能要件の充足度について、該当する番号を一つ選んで記入してください。(平成30年10月1日現在)

1 十分	2 概ね十分	3 やや不十分	4 不十分	回答
------	--------	---------	-------	----

選択肢	選択肢の判断基準
1 十分	○機能要件aへの全てを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
2 概ね十分	○機能要件aへのうち、2つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
3 やや不十分	○機能要件aへのうち、1つを満たしている。 (機能の内容の充足の程度については、貴自治体の各地域の実態に応じて判断ください。)
4 不十分	○機能要件aへのいずれも満たしていない。

(3) 地域の実情に応じた独自の機能要件があれば具体的な内容を記入してください。

--

※設問はここで終了です。
調査専用Webサイトにログインして回答済みの電子調査票をアップロードしてください。



厚生労働省 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

生活介護のあり方に関する実態調査 〔事業所票〕

C-1

（提出期限 平成30年11月16日）

【本調査の調査内容について】

本調査は、生活介護の事業所における多種多様な支援の提供状況について、障害支援区分別・障害種別別・時間別・定員規模別等を軸に、一定の傾向があるかどうか分析を行うための調査項目を設けています。また、質の向上を図る観点から、障害特性を踏まえた機能（サービス等利用計画に位置付けられた支援の目的等）の内容等の設問を含めております。今後の報酬改定の基礎資料となる大変重要な調査となっております。ご多忙のところ、お手数をおかけしますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

■ 本調査専用ホームページ (https://h30shogaifukushi.jp/)

ログインID	
パスワード	

■ ご担当者・連絡先の記入

本調査のご担当者及び連絡先を記入してください。

調査票に記入する	電話番号	-	(内線)
ファックス番号	-	-	
e-mail	@		
ふりがな	部署		

■ 貴事業所における平成30年9月の生活介護の活動状況

該当する番号を1つ選んで回答欄に記入してください。

1 活動中 (平成30年9月の利用実績がある)	回答
2 休止中 (平成30年9月の利用実績がない場合を含む)、廃止、実施していない	回答

⇒ 上記「活動状況」で「2」と回答した場合、次ページ以降は回答せず、このまま調査票を返送してください。

【提出期限：平成30年11月16日（金）までに、ご提出をお願いします】

5.1. 事業所の基本情報

※以下、特に断らない限り、平成30年9月30日現在の状況を記入してください。

問1. 設置主体及び運営主体 各々に該当する番号を1つ選んで回答欄に記入してください。

1 都道府県・市区町村・一部事務組合	2 社会福祉協議会
3 社会福祉法人 (社会福祉協議会以外)	4 医療法人
5 営利法人 (株式・合名・合資・合同会社)	6 特定非営利活動法人 (NPO)
7 国・のぞみの園・独立行政法人国立病院機構	8 独立行政法人 (のぞみの園・国立病院機構以外)
9 その他の法人 (社団・財団・農協・生協・学校等)	設置主体 回答
	運営主体 回答

問2. 事業所の設立年月 回答欄に記入してください。

事業所設立年月	回答	西暦	年	月
---------	----	----	---	---

問3. 事業の形態 該当する番号を1つ選んで回答欄に記入してください。

1 障害者支援施設の昼間サービス	2 生活介護のみ (通い)
3 多機能型	4 共生型
5 基準該当事業所	回答

問4. 事業の主たる対象とする障害種別 該当する全ての番号の回答欄へ○を記入してください。

1 身体障害	2 知的障害	2
3 精神障害	4 難病	4
5 障害児	6 定めていない	6

問5. 生活介護の定員数 回答欄に記入してください。

定員数	回答
-----	----

問6. 常勤看護職員等配置加算の状況 該当する番号を1つ選んで回答欄に記入してください。

1 常勤看護職員等配置加算 (I)	2 常勤看護職員等配置加算 (II)
3 いずれも算定していない	回答

問7. 開所時間減算等の状況 該当する番号を1つ選んで回答欄に記入してください。

1 開所時間が4時間未満の減算	2 開所時間が4時間以上6時間未満の減算
3 短時間利用の減算	4 いずれの減算もなかった
	回答

問8. 就労移行支援体制加算の状況 該当する番号を1つ選んで回答欄に記入してください。

1 就労移行支援体制加算	2 当該加算を算定していない
	回答

問9. 提供サービスごとの延べ利用者数 (1週間) 回答欄に記入してください。

障害者支援区分 (平成30年9月26日 (水) ~10月2日 (火) の1週間)	総数 (延べ人数)	うち、強度行動障害を有する者	うち、重症心身障害者	うち、医師的ケアを受ける者 (Ⅱ-6以外)
機能訓練等 (理学療法、作業療法等)	人	人	人	人
健康管理、医療的ケア	人	人	人	人
入浴	人	人	人	人
生産活動の実施 (主として機械的作業、下掛け・内服介助、移動支援、車椅子介助等)	人	人	人	人
創作活動の実施 (造形、絵画、園芸等)	人	人	人	人
余暇活動の実施 (レクリエーション、カラオケ、ビデオ鑑賞、余暇としての買い物・散歩等)	人	人	人	人
日常生活上の相談支援	人	人	人	人
その他 (買物、散歩等)	人	人	人	人

⇒ 「その他」の内容を記入：

問10. サービスメニューでの特段の取り組み内容 該当する全ての番号の回答欄へ○を記入してください。

		1	
機能訓練等	1 専任の職員を置いている	1	
	2 メニューの向上のために外部専門家の指導等を受けている	2	
	3 集団訓練を行っている	3	
	4 個別訓練を行っている	4	
	5 加齢に伴う身体機能の低下等にも配慮した対応を行っている	5	
	6 その他（ ）	6	
健康管理、 医療的ケア	1 専任の職員を置いている	1	
	2 メニューの向上のために外部専門家の指導等を受けている	2	
	3 生活習慣病（メタボ）予防対策を行っている	3	
	4 生活不活発病（ロコモ）予防対策を行っている	4	
	5 加齢に伴う身体機能の低下等にも配慮した対応を行っている	5	
	6 その他（ ）	6	
入浴	1 専任の職員を置いている	1	
	2 同性介助を行っている	2	
	3 重度者への対応を行っている	3	
	4 加齢に伴う身体機能の低下等にも配慮した対応を行っている	4	
	5 その他（ ）	5	
	6 その他（ ）	6	
生産活動の実施	1 専任の職員を置いている	1	
	2 メニューの向上のために外部専門家の指導等を受けている	2	
	3 地域や企業等と連携した取り組みを行っている	3	
	4 重度者への対応を行っている	4	
	5 高齢化に配慮した対応を行っている	5	
	6 その他（ ）	6	
創作活動の実施	1 専任の職員を置いている	1	
	2 メニューの向上のために外部専門家の指導等を受けている	2	
	3 地域や学校等と連携した取り組みを行っている	3	
	4 重度者への対応を行っている	4	
	5 高齢化に配慮した対応を行っている	5	
	6 その他（ ）	6	
余暇活動の実施	1 専任の職員を置いている	1	
	2 メニューの向上のために外部専門家の指導等を受けている	2	
	3 地域等と連携した取り組みを行っている	3	
	4 重度者への対応を行っている	4	
	5 高齢化に配慮した対応を行っている	5	
	6 その他（ ）	6	
日常生活上の 相談支援	1 専任の職員を置いている	1	
	2 相談支援向上のために外部専門家の指導等を受けている	2	
	3 相談を引き出す働きかけ（声かけなど）を行っている	3	
	4 相談日などを設けて相談しやすい環境をつくっている	4	
	5 地域の相談支援体制と連携している	5	
	6 高齢者福祉や介護保険等に関する相談にも対応している	6	
	7 その他（ ）	7	

§ 2. 事業所の職員数

問11. 生活介護に従事する職員数（平成30年9月） 回答欄に記入してください。

職 種	常勤職員 (実人数)	非常勤職員	
		(実人数)	(常勤換算)
1 サービス管理責任者		人	人
2 看護職員		人	人
3 理学療法士		人	人
4 作業療法士		人	人
5 生活支援員		人	人

§ 3. 事業所の利用者数

問12. 生活介護の利用者数（平成30年9月） 回答欄に記入してください。

障害者支援区分		18歳未満	18歳以上 20歳未満	20歳以上 35歳未満	35歳以上 50歳未満	50歳以上 65歳未満	65歳以上
区分1	区分1の利用者	人	人	人	人	人	人
	うち、強度行動障害を有する者	人	人	人	人	人	人
	うち、重症心身障害者	人	人	人	人	人	人
区分2	区分2の利用者	人	人	人	人	人	人
	うち、強度行動障害を有する者	人	人	人	人	人	人
	うち、重症心身障害者	人	人	人	人	人	人
区分3	区分3の利用者	人	人	人	人	人	人
	うち、強度行動障害を有する者	人	人	人	人	人	人
	うち、医療的ケアを要する者（重心以外）	人	人	人	人	人	人
区分4	区分4の利用者	人	人	人	人	人	人
	うち、強度行動障害を有する者	人	人	人	人	人	人
	うち、重症心身障害者	人	人	人	人	人	人
区分5	区分5の利用者	人	人	人	人	人	人
	うち、強度行動障害を有する者	人	人	人	人	人	人
	うち、重症心身障害者	人	人	人	人	人	人
区分6	区分6の利用者	人	人	人	人	人	人
	うち、強度行動障害を有する者	人	人	人	人	人	人
	うち、重症心身障害者	人	人	人	人	人	人
障害児・ 非該当・ その他	障害児の利用者	人	人	人	人	人	人
	うち、強度行動障害を有する者	人	人	人	人	人	人
	うち、重症心身障害者	人	人	人	人	人	人
うち、医療的ケアを要する者（重心以外）		人	人	人	人	人	人

問16. 入浴サービスの提供状況（該当番号1つ選び回答欄へ、提供している場合は入浴回数を記入欄へ記入してください）

1 提供している	2 提供していない	回 答
----------	-----------	--------

回 答	平成30年9月26日（水）～10月2日（火）の1週間の入浴回数
--------	---------------------------------

問17. 実施回数（実施した回数を回答欄に記入してください）

1 口腔内のたんの吸引（平成30年9月中の最後の利用日）	回 答
2 胃ろうによる経管栄養（平成30年9月中の最後の利用日）	回 答

問18. 食事の方法（最も多かった番号を1つ選んで回答欄へ記入してください）平成30年9月の1か月間

1 持参	2 食事提供（加算算定あり）	3 食事提供（加算算定なし）	回 答
4 弁当一括購入	5 食事なし		回 答

問19. 今後の生活介護の利用継続の見込み（最も近い番号を1つ選んで回答欄へ記入してください）

1 まだまだ生活介護の利用継続が必要である	回 答
2 どちらかという让生活介護の利用を継続する方が望ましい	
3 徐々に自立した生活へ移行していく見込みである	
4 ほとんど自立した生活へ移行する予定である	
5 就労系サービスを利用する予定である	回 答

問20. 今後の支援で多くの時間をかけると思われる生活介護の内容（最大3つまで）

最も多いと思われる番号に○を、次いで多いと思われる番号（2つまで）に△を記入してください。			
1 入浴・清潔保持・整容・更衣	1	2 移動・移乗・体位交換	2
3 食事	3	4 排泄	4
5 生活自立支援	5	6 社会生活支援	6
7 行動上の問題	7	8 医療	8
9 機能訓練	9	10 見守り	10
11 利用者に直接関わらない業務	11		

利用者票の設問は以上です。ご協力いただき有難うございました。
事業所票及び他の利用者票と一緒に、平成30年11月16日（金）までにご返送ください。



障害福祉サービス等報酬改定検証調査 (平成30年度調査)

生活介護のあり方に関する実態調査

「記入要領」

目次

1. 本調査について	1
2. インターネットからの提出について	2
3. 事業所票の記入要領	3
4. 調査対象の利用者の抽出について	6
5. 利用者票の記入要領	7

◆本冊子は、本調査専用ホームページ（<https://h30shogaifukushi.jp/>）からPDFファイルのダウンロードも可能です。

◆紙の調査票にてご回答の場合は、同封した返信用封筒で返送してください。電子調査票にてご回答の場合は、本調査専用ホームページにてアップロードしてください。なお、提出期限は平成30年11月16日（金）となっております。

ご不明な点などございましたら、下記お問い合わせ先までご連絡ください。

お問い合わせ先：「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）」事務局

フリーダイヤル：電話 0120-088-920 [平日9:30～17:00]

FAX 0120-088-930

Eメール：jimukyoku-3@h30shogaifukushi.jp

1. 本調査について

(1) 調査の目的

・本調査は、平成30年度の障害福祉サービス等報酬改定後の効果検証、及び次期（平成33年度）報酬改定に向けた障害福祉サービスのある方や質の評価の検討に資するための基礎資料を得ることを目的として実施するものです。

(2) 調査の実施主体

・本調査は、厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部から「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）」の委託を受けた「みずほ情報総研株式会社」が実施するものです。
・本調査でご回答いただいた情報については、取り扱いに十分留意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ありません。

(3) 調査対象

・本調査の対象の事業所は、全国の生活介護事業所のうち、平成29年10月～平成30年3月の請求実績のある事業所から無作為抽出をしています。

(4) 一般的な注意事項

・調査票の記入は、対象サービスの管理をされている方などをお願いいたします。
・調査票の記入内容について確認させていただく場合がありますので、調査票は複写したものを1部お手元に保存してください。インターネットの本調査専用ホームページから電子調査票をアップロードして提出された場合には、データの保存をお願いします。
・調査票の記入にあたり、不明な点がある場合は、下記までお問合せください。

「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）」事務局
【電 話】：0120-088-920（フリーダイヤル）
※受付時間 平日 9：30～17：00（土・日・祝日を除く）
【FAX】：0120-088-930
【メール】：jimukyoku-3@h30shogaifukushi.jp

(5) 調査票記入上の留意点

・特に時点を示してあるもの以外は、平成30年9月30日現在でご回答ください。
・調査票は、黒のHBの鉛筆か黒のボールペンで、楷書で明確に記入してください。
・桁のある数字を記入する場合は、右詰めで記入してください。
・数字を記入する欄が「0」の場合は、必ず「0」を記入してください（例えば、回答人数が0人の場合は、無記入ではなく必ず「0」と記入してください）。
・誤って記入したときは、消しゴムで消すか、二重線を引き、正しい数字を記入してください。
・調査票の記入内容について確認させていただく場合がございますので、調査票1ページの該当箇所に問合せ窓口となる電話番号、FAX番号、メールアドレス、担当者氏名を記入してください。

2. インターネットからの提出について

本調査専用ホームページ（<https://h30shogaifukushi.jp/>）から、電子調査票（Excelファイル）及び電子調査票の使い方（PDFファイル）をダウンロードできます。また、記入済みの電子調査票をアップロードして提出できます。

■本調査専用ホームページへのログイン

・インターネットブラウザに下記のURLを入力してください。
※URLのはじまりは <https://> です。ご注意ください。

<https://h30shogaifukushi.jp/>

・ログインIDとパスワードを入力する画面が表示されます。
・ログインIDとパスワードは、同封した調査票（事業所票）の表紙（1ページ目）に記しています。
・ログイン画面でIDとパスワードを入力した後、「ログイン」ボタンをクリックしてください。

<ログインIDとパスワードの印字位置>

・宛名
法人所在地、調査対象施設・事業所の運営法人名など
・提出期限
・本調査の内容について

■本調査専用ホームページのログインIDとパスワード

(1) ログインID	
(2) ログイン・パスワード	

・ご担当者・連絡先の記入
電話番号、FAX、メールアドレス、担当者名など
・貴事業所における平成30年9月の生活介護の活動状況

■電子調査票の受信（ダウンロード）

・ログイン後のトップページの「電子調査票の受信（ダウンロード）」ボタンをクリックすると、ページが移り、電子調査票等をダウンロードできます。

■電子調査票の送信（アップロード）

・ログイン後のトップページの「電子調査票の送信（アップロード）」ボタンをクリックすると、ページが移り、電子調査票をアップロードできます。

※さらに詳しい手順等は、ダウンロードした「電子調査票の使い方（PDF）」をご覧ください。

3. 事業所票の記入要領

事業所票（1部を同封）について、各設問の回答形式及び記入要領について説明を行っている場合は、説明を記載しているページ番号（以下の表の「要領」欄）を示しています。

表 3 - 1 事業所票の各設問の回答形式及び記入要領説明ページ番号の一覧

※回答形式「シグナルアンサー」は 1 つだけ選択可の選択肢であることを、「リチアアンサー」は複数選択可の選択肢であることを表しています。

	設問	回答形式	要領
問 1	設置主体及び運営主体	◇シグナルアンサー	
問 2	事業所の設立年月	□数値を記入	
問 3	事業の形態	◇シグナルアンサー	p.4
問 4	事業の主たる対象とする障害種別	◆リチアアンサー	p.4
問 5	生活介護の定員数	□数値を記入	p.4
問 6	常勤看護職員等配置加算の状況	◇シグナルアンサー	
問 7	開所時間減算等の状況	◇シグナルアンサー	
問 8	就労移行支援体制加算の状況	◇シグナルアンサー	
問 9	提供サービスなどの延べ利用者数	□数値を記入	p.4
問 10	サービスメニューでの特段の取り組み内容		p.4
	機能訓練等	◆リチアアンサー	
	健康管理、医療的ケア	◆リチアアンサー	
	入浴	◆リチアアンサー	
	生産活動の実施	◆リチアアンサー	
	創作活動の実施	◆リチアアンサー	
	余暇活動の実施	◆リチアアンサー	
	日常生活上の相談支援	◆リチアアンサー	
問 11	生活介護に従事する職員数	□数値を記入	p.5
問 12	生活介護の利用者数	□数値を記入	p.5

■ 問3. 事業の形態（事業所票 p.2 の設問）

- ・事業所の形態について、該当するものを回答してください。
- ・事業所の形態のうち、多機能型とは、生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援A型及び就労継続支援B型並びに児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービスの事業のうち2つ以上の事業を一体的に行うことをいいます（障害者支援施設の場合を除きます）。

■ 問4. 事業の主たる対象とする障害種別（事業所票 p.2 の設問）

- ・事業所で、生活介護の運営規定上、事業の主たる対象とする障害種別を定めている場合、該当するものをすべてを回答してください。
- ・事業の主たる対象とする障害種別を定めていない場合は、「6 定めていない」を回答してください。

■ 問5. 生活介護の定員数（事業所票 p.2 の設問）

- ・生活介護の運営規定で定められた定員数を記入してください。

■ 問9. 提供サービスなどの延べ利用者数（事業所票 p.2 の設問）

- ・平成30年9月26日（水）～10月2日（火）の一週間で、生活介護で提供した各サービスの延べ利用者数を記入してください。利用者の中で、強度行動障害を有する者、重症心身障害者、医療的ケアを要する者（重症心身障害者以外）がいる場合、その人数の内訳も記入してください。
 - ・生活介護で該当するサービスを提供していない場合は、その項目については記入不要です。サービスを提供しているが利用者のいない場合は0（ゼロ）を記入してください。
 - ・「その他」については、「機能訓練等」「健康管理、医療的ケア」「入浴」「生産活動の実施」「創作活動の実施」「余暇活動の実施」「日常生活上の相談支援」に区分することが難しいサービス（例：生活必需品の購入など余暇に該当しない買物の支援※、リハビリ的側面の強い散歩など）がある場合に記入し、その内容に合わせて記入欄に記載してください。
- ※余暇としての買物や散歩等は「余暇活動の実施」に含めてください。

■ 問 10. サービスメニューでの特段の取り組み内容（事業所票 p.3 の設問）

- ・生活介護で提供した「機能訓練等」「健康管理、医療的ケア」「入浴」「生産活動の実施」「創作活動の実施」「余暇活動の実施」「日常生活上の相談支援」の各サービスについて、メニューの中で特に取り組んでいることがあれば、該当するものをすべてを回答してください。
- ・生活介護で該当するサービスを提供していない場合は、その項目については記入不要です。また、各サービスで、特に取り組んでいることがない場合も回答不要です。

■ 問 11. 生活介護に従事する職員数(事業所票 0.4 の設問)

- ・生活介護に従事する職種別職員数(平成30年9月末時点の在籍者)を記入してください。
- ・常勤職員については、実人数を記入してください。なお、常勤職員とは、「当該事業所において定められた常勤の従事者が勤務すべき勤務時間数を勤務する職員」のことで、この条件を満たすパート職員等は常勤職員となります。
- ・非常勤職員の場合、実人数と、常勤換算人数を記入してください。常勤換算人数は、非常勤職員の従業時間数を、当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき時間数で除することにより算出します。
- ・職種が複数ある職員については、主たる職種で回答してください。
- ・回答欄にない職種(事務員、調理員等)については、記入の必要はありません。
- ・他サービスを兼務している場合も、按分の必要はありません。生活介護に従事する時間がわずかであっても、生活介護に従事していれば1人とカウントしてください。
- ・派遣職員、出向職員等も対象となります。
- ・休職中で平成30年9月に勤務実績のない者、平成30年9月中に退職した者は対象外となります。

例) 常勤職員の1週間の所定労働時間が40時間の事業所で、週4日(各日3時間)の非常勤職員

$$\text{常勤換算} = \frac{4 \text{ 日} \times 3 \text{ 時間} \times 1 \text{ 人}}{40 \text{ 時間}} = 0.3 \text{ 人}$$

■ 問 12. 生活介護の利用者数(事業所票 0.4 の設問)

- ・平成30年9月中の生活介護の利用者数について、障害支援区分別、年齢階級別の実利用者数を記入してください。利用者の中で、強度行動障害を有する利用者数、重症心身障害者に該当する利用者数、及び重心以外で医療的ケアを要する利用者数を再掲してください。
- ・「うち、医療的ケアを要する者(重心以外)」については、重症心身障害者に該当する利用者はカウントしないでください。
- ・上記以外で複数の内訳の項目に該当する場合、それぞれで利用者数にカウントしてください。例えば、重症心身障害者に該当せず、医療的ケアを要する者であり、強度行動障害を有する場合、「うち、強度行動障害を有する者」の利用者数と、「うち、医療的ケアを要する者(重心以外)」の利用者数の両方の人数にカウントしてください。

4. 調査対象の利用者の抽出について

対象利用者の選び方

- ・調査対象となる利用者は、平成30年9月に生活介護サービスを利用した実績があり、今後一週間以上生活介護サービスを利用すると見込まれる利用者を無作為に選んでください。意図的な利用者の選択をされた場合、調査の客観性確保が難しくなります。
- ・以下に、無作為抽出の方法を説明します。(あくまでも例示であり、無作為抽出であれば、他の方法を用いても構いません。)
- ・なお、調査対象となる利用者が20人以下の場合、全員が対象となります。抽出は不要です。
- ・調査対象となった利用者について、リストの上から順に1～20の利用者IDを割り当てます。

【無作為抽出の方法】

- ・事業所において、上記に該当する利用者をすべてリストアップし、名字の五十音順で並べます。(性別、年齢などは無視し、名字のみで並べます。同姓の場合は名前の五十音順で並べます。)
- ・利用者のリストに、先頭1番から番号を振ります。
- ・番号の1番から順に、以下の抽出式に基づき計算を行うと、10人が抽出されます。その職員を調査対象とします。

抽出式：(リストの番号÷P+0.4)の整数部分 (Pはリストの全人数÷20)

抽出式でそれぞれ最初に出てきた1～20に該当する利用者を対象とする

例) 50人から20人を抽出する場合 (P=50÷20=2.5)

番号	利用者の名字	抽出式	調査対象
1	アオキ	1÷2.5+0.4=0.8	整数部分 0 ×
2	アヲノ	2÷2.5+0.4=1.2	整数部分 1 ○ (最初の1)
3	イノウエ	3÷2.5+0.4=1.6	整数部分 1 ×
4	エシマ	4÷2.5+0.4=2.0	整数部分 2 ○ (最初の2)
5	カトウ	5÷2.5+0.4=2.4	整数部分 2 ×
6	キムラ	6÷2.5+0.4=2.8	整数部分 2 ×
7	コトボウ	7÷2.5+0.4=3.2	整数部分 3 ○ (最初の3)
43	チカムラ	31÷2.5+0.4=17.6	整数部分 17 ×
44	ハシモト	32÷2.5+0.4=18.0	整数部分 18 ○ (最初の18)
45	ホシダ	33÷2.5+0.4=18.4	整数部分 18 ×
46	ミキ	34÷2.5+0.4=18.8	整数部分 18 ×
47	ムライ	35÷2.5+0.4=19.2	整数部分 19 ○ (最初の19)
48	ヤノ	36÷2.5+0.4=19.6	整数部分 19 ×
49	ワカイ	37÷2.5+0.4=20.0	整数部分 20 ○ (最初の20)
50	ワカナヘ	37÷2.5+0.4=20.4	整数部分 20 ×

※本調査専用ホームページから、「抽出用シート」をダウンロードできます。ご利用ください。

5. 利用者票の記入要領

利用者票（20部を同封）について、各設問の回答形式及び記入要領について説明を行っている場合は、説明を記載しているページ番号（以下の表の「要領」欄）を示しています。

- ・ 利用者票の表紙の「事業所 I D」欄、「利用者 I D」欄に必ずご記入ください。
- ・ 事業所 ID はロケイン ID と同じです。利用者 ID は“利用者の選ひ方”（本冊子 p.6）で割り当てた番号です。

表 5- 1 利用者票の各設問の回答形式及び記入要領説明ページ番号の一覧

※回答形式「シリアルアンスー」は 1 つだけ選択可の選択肢であることを、「マルチアンスー」は複数選択可の選択肢であることを表しています。

	設問	回答形式	要領
問 1	性別	◇シリアルアンスー	
問 2	生年月	□数値を記入	
問 3	居住区分	◇シリアルアンスー	
問 4	同居者の状況（問 3 で「1 自宅（家族同居）」を選択した場合回答）	◆マルチアンスー	
問 5	生活介護が必要な理由・支援の目的	◇シリアルアンスー	
問 6	障害 種別	◆マルチアンスー	
問 7	障害 支援区分	◇シリアルアンスー	
問 8	強度行動障害の有無	◇シリアルアンスー	
問 9	直近の障害支援区分認定調査項目の行動関連 12 項目	□数値を記入	
問 10	リハビリテーション加算の算定状況	◇シリアルアンスー	
問 11	平成 30 年 9 月中の利用日数	□数値を記入	
問 12	総支援時間	□数値を記入	p.8
問 13	支援において最も重視したこと	◇シリアルアンスー	
問 14	支援についての職員の負担度	◇シリアルアンスー	p.9
問 15	医療的ケアの状況	◆マルチアンスー	
問 16	入浴サービスの提供状況		
選択肢の回答欄		◇シリアルアンスー	
回数（回答欄「選択肢で「1 提供している」を選択した場合回答）		□数値を記入	
問 17	実施回数	□数値を記入	p.9
問 18	食事の方法	◇シリアルアンスー	
問 19	今後の生活介護の利用継続の見込み	◇シリアルアンスー	
問 20	今後の支援で多くの時間をかけると思われる生活介護の内容	◆マルチアンスー	

■ 問 12. 総支援時間（利用者票 p.2 の設問）

- ・ 調査対象の利用者の平成30年9月26日（水）～10月2日（火）の一週間における、生活介護の総支援時間を記入してください。
- ・ 業務内容別の支援時間内訳として記入してください。業務内容の区分の説明は以下の通りです。

業務番号	業務内容	業務内容の例示
		※実際のケアのほかに、各業務の準備、後始末も含みます
1	入浴・清潔保持・整容・更衣	入浴、清拭、洗髪、洗面・手洗い、口腔ケア、生理対応、整容、更衣 等
2	移動・移乗・体位交換	敷地内移動、移乗、起座、起立、その他の体位交換（ギヤッジ・ベッド操作含む）、ケア用具の着脱 等
3	食事	調理、配膳・下膳、食器洗浄・食器の片づけ、摂食（食事・おやつ）、水分摂取 等（利用者が実施することに対するケアも含む）
4	排泄	排尿、排便 等
5	生活自立支援	洗濯、清掃・ゴミ処理、整理整頓、食べ物の管理（調理以外）、金銭管理、戸締り・火の始末・防災、目覚まし・寝かしつけ、その他の日常生活（集う、テレビ等の視聴、読書、喫煙等）、相談・助言・指導 等
6	社会生活支援	行事・クラブ活動、電話や手紙を書く、文書作成（手紙等除く）、来訪者への対応、外出時の移動、外出先での行為（買い物、通院、散歩等）、地域との関わり、機能訓練・生産活動、社会生活訓練（日常生活訓練、対人関係訓練、SST含む） 等
7	行動上の問題	行動上の問題発生への対応、行動上の問題への予防的対応 等
8	医療	薬剤の使用（経口薬、座薬の投薬、注射、自己注射、輸液、輸血等）、呼吸器にかかるとる処置（吸引、吸入、排痰など医療的ケア含む）、循環器にかかるとる処置、消化器にかかるとる処置（経管栄養、排便、ストーマなど）、泌尿器にかかるとる処置、医療処置にかかるとる上下肢の抑制・姿勢保持等、運動器、皮膚、眼、耳鼻咽喉歯科および手術にかかるとる処置、観察・測定・検査・指導・助言、医療機関受診時のケア（診察ケア等） 等
9	機能訓練	機能訓練（居室での訓練含む）、応用日常生活訓練（作業療法的訓練）、言語・聴覚訓練（言語・聴覚療法）、スボーツ訓練、牽引・温熱・電気療法 等
10	見守り	上記の業務内容に該当しないで、利用者の見守りを行った場合
11	利用者に直接関わらない業務	利用者に関すること 連絡調整、記録・文書作成、居室などの環境整備、利用者の物品購入・管理、巡回・見直し 等 職員本人や事業所に関すること 職員自身の手洗い・うがい、待機（仮眠）、勤務表・日誌などの作成、会議、研修、事務室等の環境整備、管理業務、その他事務作業 等



厚生労働省 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

共同生活援助（グループホーム）における「個人単位で居宅介護等を利用する場合の経過措置」の利用状況に関する調査

〔共同生活援助事業所票 ①事前調査票〕

提出期限 平成30年11月5日

■ 問 14. 支援についての職員の負担度（利用者票 p.2 の設問）

- ・調査対象の利用者の生活介護のサービス管理責任者が、当該利用者の平成30年9月の生活介護サービスとしての支援にかかわった職員の負担度を評価して回答してください。
- ・負担度の評価基準を以下に示します。

職員の負担度	評価基準
0. 全くなし	—
1. ごく軽度	ごく軽度負担には感じるが、処理するのに問題はない。
2. 軽度	それほど大きな負担ではなく、通常は大きな問題なく処理できる。
3. 中等度	かなり負担で、時に処理するのが難しい。
4. 重度	非常に負担で、処理するのが難しい。
5. 非常に重度あるいは極度	極度に負担で、処理できない。

■ 問 17. 実施回数（利用者票 p.3 の設問）

- ・調査対象の利用者が「口腔内のだんごの吸引」及び「胃ろうによる経管栄養」を受けている場合、平成30年9月の最後の利用日におけるそれぞれの回数を記入してください。当該ケアを受けていない場合は回答不要です。

調査票（事業所票及び利用者票）は同封した返信用封筒にて、まとめてご返送ください。
電子調査票にてご回答の場合は、本調査専用ホームページにてアップロードしてください。
ご提出期限は、平成30年11月16日（金）です。

ご不明な点などございましたら、下記お問い合わせ先までご連絡ください。

お問い合わせ先：「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）」事務局

フリーダイヤル：電話 0120-088-920 [平日 9:30~17:00]

FAX 0120-088-930

Eメール : jimukyoku-3@h30shogaifukushi.jp

ホームページ : https://h30shogaifukushi.jp/



厚生労働省 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

共同生活援助（グループホーム）における「個人単位で居宅介護等を利用する場合の経過措置」の利用状況に関する調査

提出期限 平成30年11月5日

【「①事前調査票」のご提出方法について】

この調査票は、下記のいずれかの方法でご提出ください。（可能な限り、(1)によるご提出をお願いいたします。）

(1) インターネットによる回答 → 調査ホームページから電子調査票を入手し、入力・保存後、アップロード ※URL、ログインID・パスワードは「②本調査票」表紙をご確認ください。

(2) FAXによる回答 → 調査事務局FAX番号 0120-088-930 まで、本紙1枚を送信

ID	
事業所名	

担当者名	
部署名	
電話番号	

■ 本調査のご担当者との連絡先を記入してください。

S1. 個人ヘルパーの受入状況

問 1. 個人ヘルパーを派遣する事業者及び利用者の情報

貴事業所に個人ヘルパーを派遣している居宅介護事業者及び重度訪問介護事業者の名称、事業所番号、貴グループホームにおいて個人ヘルパーを利用している利用者数、提供サービス種別、貴グループホームと同一法人または別法人の別を回答欄に記入してください。（平成30年9月1か月間に個人ヘルパー派遣を行った居宅介護事業者及び重度訪問介護事業者が対象）

1 下記「連番」は「②本調査票」問9で、利用者別の「利用する個人ヘルパー事業所の情報」として記載いただきます。そのため、この「①事前調査票」は「②本調査票」回答時に必要ですので、ご提出後も保管をお願いいたします。

連番	事業所名称	事業所番号	個人ヘルパー利用者数	提供サービス種別 (該当する番号に○)	貴グループホームと 同一法人/別法人 (該当する番号に○)
1			人	1. 居宅介護 2. 重度訪問介護	1. 同一法人 2. 別法人
2			人	1. 居宅介護 2. 重度訪問介護	1. 同一法人 2. 別法人
3			人	1. 居宅介護 2. 重度訪問介護	1. 同一法人 2. 別法人
4			人	1. 居宅介護 2. 重度訪問介護	1. 同一法人 2. 別法人
5			人	1. 居宅介護 2. 重度訪問介護	1. 同一法人 2. 別法人
6			人	1. 居宅介護 2. 重度訪問介護	1. 同一法人 2. 別法人
7			人	1. 居宅介護 2. 重度訪問介護	1. 同一法人 2. 別法人
8			人	1. 居宅介護 2. 重度訪問介護	1. 同一法人 2. 別法人
9			人	1. 居宅介護 2. 重度訪問介護	1. 同一法人 2. 別法人
10			人	1. 居宅介護 2. 重度訪問介護	1. 同一法人 2. 別法人

※対象となる事業所が10件を超える場合は、お手数をおかけいたしますが、本ページをコピーの上、ご記入ください。また、その際はコピー分の「連番」を11番以降に振りなおしていただきますようお願いいたします。

【提出期限：平成30年11月5日（月）までに、ご提出をお願いいたします】



厚生労働省 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

共同生活援助（グループホーム）における「個人単位で居宅介護等を利用する場合の経過措置」の利用状況に関する調査

【共同生活援助事業所票 ②本調査票】

※本調査票に先立ち、「①事前調査票」（提出期限 11月5日）へのご回答・提出をお願いいたします。

（提出期限 平成30年11月16日）

【調査内容について】
この調査は、グループホームにおいて個人単位で居宅介護等を利用する場合の経過措置の利用状況を詳細に把握するための調査項目を設けています。今後の報酬改定の基礎資料となる大変重要な調査となっております。ご多忙のところ、お手数をおかけしますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

【調査の実施手順】

- ①事前調査票 提出期限：平成30年11月5日
【提出方法】(1) インターネット (2) F A X
- ➡
- ②本調査票 提出期限：平成30年11月16日
【提出方法】(1) インターネット (2) 郵送

■ 調査専用ホームページ (https://h30shogaifukushi.jp/)

ID	
パスワード	

■ ご担当者・連絡先の記入

調査のご担当者及び連絡先を記入してください。

問 調	電話番号	-	-	(内線)
合 査	ファクス番号	-	-	
せ 票	e-mail	@		
先 の	担当者	フリガナ	部署	

■ 貴事業所における平成30年9月の共同生活援助（グループホーム）の活動状況

該当する番号を1つ選んで回答欄に記入してください。

- 1 活動中（平成30年9月の利用実績がある）
- 2 休止中（平成30年9月の利用実績がない場合を含む）、廃止、実施していない

⇒ 上記「活動状況」で「2」と回答した場合、次ページ以降は回答せず、このまま調査票を返送してください。

A-2

S 1. 事業所の基本情報

問 1. 設置主体

該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください。（平成30年9月30日現在）。

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1 都道府県・市区町村・一部事務組合 | 2 社会福祉協議会 |
| 3 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) | 4 医療法人 |
| 5 営利法人(株式会社・合名・合資・合同会社) | 6 特定非営利活動法人 (NPO) |
| 7 国・のぞみの園・独立行政法人国立病院機構 | 8 独立行政法人 (のぞみの園・国立病院機構以外) |
| 9 その他の法人 (社団・財団・農協・生協・学校等) | |

問 2. 運営主体

該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください。（平成30年9月30日現在）。

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1 都道府県・市区町村・一部事務組合 | 2 社会福祉協議会 |
| 3 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) | 4 医療法人 |
| 5 営利法人(株式会社・合名・合資・合同会社) | 6 特定非営利活動法人 (NPO) |
| 7 国・のぞみの園・独立行政法人国立病院機構 | 8 独立行政法人 (のぞみの園・国立病院機構以外) |
| 9 その他の法人 (社団・財団・農協・生協・学校等) | |

問 3. 事業所の設立年月

事業所の設立年月を回答欄に記入してください。

法人設立年月	回答欄	西暦	年	月
事業所設立年月	回答欄	西暦	年	月

問 4. 定員数

定員数を回答欄に記入してください。（平成30年9月30日現在）。

定員数	回答欄	人
-----	-----	---

問 5. 共同生活援助の種類

該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください。（平成30年9月30日現在）。

- | | |
|-------------|-----|
| 1 介護サービス包括型 | 回答欄 |
| 2 日中サービス支援型 | 回答欄 |

5 2. 職員の状況

問 6. 職種別の職員数

職種別の職員数を回答欄に記入してください（平成30年9月30日現在）。

	管理者	サービス管理責任者	生活支援員	世話人
1 常勤専従（換算数不要）	人	人	人	人
2 常勤兼務	人	人	人	人
3 常勤兼務の換算数（1）数点以下 第2位を四捨五入	人	人	人	人
4 非常勤	人	人	人	人
5 非常勤の換算数（1）数点以下 第2位を四捨五入	人	人	人	人

問 7. 生活支援員（世話人を除く）の延べ勤務時間数

平成30年9月1か月間における、生活支援員（世話人を除く）の延べ勤務時間数（残業時間を除く）、残業時間数、開所日数、就業規則で定める1日の所定労働時間数を記入してください。

1 延べ勤務時間数（残業時間を除く）（平成30年9月1か月間）	回答欄	時間
2 残業時間数（平成30年9月1か月間）	回答欄	時間
3 開所日数（平成30年9月1か月間）	回答欄	日
4 就業規則で定める1日の所定労働時間数	回答欄	時間

5 3. 利用者の状況

問 8. 利用者全体の属性別人数

①障害支援区分

障害支援区分別の利用者数を回答欄に記入してください（平成30年9月30日現在）。

区分1以下	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
人	人	人	人	人	人

②重度障害者支援加算

重度障害者支援加算の対象となる利用者数を回答欄に記入してください（平成30年9月30日現在）。

重度障害者支援加算（平成30年9月30日現在）	回答欄	人
-------------------------	-----	---

③主たる障害種別

主たる障害種別別の利用者数を回答欄に記入してください（平成30年9月30日現在）。障害の重複で判断に迷う場合は、若い番号を優先してご回答ください。

身体障害	知的障害	精神障害	難病	障害児
人	人	人	人	人

④年齢階級

年齢階級別の利用者数を回答欄に記入してください（平成30年9月30日現在）。

18歳未満	18～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65歳以上
人	人	人	人	人	人	人	人

⑤前年度の平均利用者数

前年度（平成29年4月1日～平成30年3月31日）の開所日における1日平均利用者数を障害支援区分別に回答欄に記入してください。（小数点以下第2位を四捨五入）

区分1以下	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
人	人	人	人	人	人

問9. 個人ヘルパー利用者の個人別の属性及び個人ヘルパー利用状況

個人ヘルパー利用者（平成30年9月1か月間に利用があった者）の個人単位で、①・②・④については該当する選択肢1つをそれぞれ選択（②については対象の場合、算定回数を併せて記入）、③については該当する選択肢すべてに○を記入、⑤・⑥については該当する数字を回答欄に記入してください（平成30年9月30日現在）。
※⑤は記載済みの「事前調査票」をご参照の上、該当する事業所の「連番」を記載してください。

利用 者No.	①						②			③					④								⑤					⑥				
	障害支援区分						重度障害者支援加算			障害種別					年齢階級								利用する個人ヘルパー事業所					個人ヘルパー利用日数				
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	利用する個人ヘルパー事業所について、 記載済みの「事前調査票」をご参照の 上、該当する事業所の「連番」をすべて 記載してください。					個人ヘル パー利用日 数（平成30 年9月1か月 間）	うち、居宅 介護に係る 個人ヘル パー利用日 数	うち、重度 訪問介護に 係る個人ヘ ルパー利用 日数		
	区分 1 以下	区分 2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6	対象 →「対象」の 場合、1か月の 算定回数を 記入してくだ さい。	対象外	不明	身体 障害	知的 障害	精神 障害	難 病	障 害 児	1 8 歳 未 満	1 9 歳 歳	2 0 歳 歳	3 1 歳 歳	4 2 歳 歳	5 3 歳 歳	6 4 歳 歳	7 5 歳 以上										
回答例	1	2	3	4	5	6	⑥	①	→ 30 回	2	3	1	②	③	4	5	1	2	3	④	5	6	7	8	2	3				20 日	12 日	8 日
01	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
02	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
03	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
04	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
05	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
06	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
07	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
08	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
09	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
10	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
11	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
12	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
13	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
14	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
15	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
16	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
17	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
18	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
19	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
20	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日

利用者No.	①						②			③					④								⑤					⑥				
	障害支援区分						重度障害者支援加算			障害種別					年齢階級								利用する個人ヘルパー事業所					個人ヘルパー利用日数				
	1 区分 1 以下	2 区分 2	3 区分 3	4 区分 4	5 区分 5	6 区分 6	1 対象 →「対象」の 場合、1か月の 算定回数を 記入してくだ さい。	2 対象外	3 不明	1 身体 障害	2 知的 障害	3 精神 障害	4 難病 障害児	1 1 8 歳 未 満	2 2 0 歳 歳	3 3 0 歳 歳	4 4 0 歳 歳	5 5 0 歳 歳	6 6 0 歳 歳	7 7 0 歳 歳	8 8 0 歳 以上	利用する個人ヘルパー事業所について、 記載済みの「事前調査票」をご参照の 上、該当する事業所の「連番」をすべて 記載してください。					個人ヘル パー利用日 数（平成30 年9月1か月 間）	うち、居宅 介護に係る 個人ヘル パー利用日 数	うち、重度 訪問介護に 係る個人ヘ ルパー利用 日数			
回答例	1	2	3	4	5	6	⑥	①	→ 30 回	2	3	1	②	③	4	5	1	2	3	④	5	6	7	8	2	3				20 日	12 日	8 日
21	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
22	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
23	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
24	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
25	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
26	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
27	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
28	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
29	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
30	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
31	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
32	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
33	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
34	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
35	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
36	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
37	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
38	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
39	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
40	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日



厚生労働省 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

共同生活援助（グループホーム）における「個人単位
で居宅介護等を利用する場合の経過措置」の利用状況
に関する調査研究

〔共同生活援助事業所票〕

《 記 入 要 領 》

◆本冊子は、調査票へのご回答にあたって、調査の概要や回答にあたっての留意点、説明等をまとめたものです。回答時にご参照ください。

◆本冊子は、本調査専用ホームページ（<https://h30shogaifukushi.jp/>）からPDFファイルのダウンロードも可能です。

◆本調査は、インターネットによる回答が可能です。

調査に関するお問合せ先

「平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査」事務局
（みずほ情報総研株式会社）

【電 話】：0120-088-920

※受付時間 平日 9：30～17：00（土・日・祝日を除く）

【FAX】：0120-088-930

【メール】：jimukyoku-4@h30shogaifukushi.jp

【調査専用ホームページ】：<https://h30shogaifukushi.jp/>

利用 者No.	① 障害支援区分						② 重度障害者支援加算			③ 障害種別					④ 年齢階級								⑤ 利用する個人ヘルパー事業所					⑥ 個人ヘルパー利用日数				
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	利用する個人ヘルパー事業所について、 記載済みの「事前調査票」をご参照の 上、該当する事業所の「連番」をすべて 記載してください。					個人ヘル パー利用日 数（平成30 年9月1か月 間）				
	区分 1以下	区分 2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6	対象 対象 →「対象」の 場合、1か月の 算定回数を 記入してくだ さい。	対象外	不明	身体 障害	知的 障害	精神 障害	難病 障害	障害 児	1 8歳 未満	1 9歳 未満	2 0歳 未満	3 歳	4 歳	5 歳	6 歳	7 歳	8 歳以上	うち、居宅 介護に係る 個人ヘル パー利用日 数					うち、重度 訪問介護に 係る個人ヘル パー利用 日数			
回答例	1	2	3	4	5	6	⑥	⑦	→ 30 回	2	3	1	②	③	4	5	1	2	3	④	5	6	7	8	2	3				20 日	12 日	8 日
41	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
42	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
43	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
44	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
45	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
46	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
47	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
48	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
49	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
50	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
51	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
52	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
53	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
54	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
55	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
56	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
57	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
58	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
59	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日
60	1	2	3	4	5	6	1	→	回	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8						日	日	日

※回答欄が不足する場合、大変お手数をお掛けいたしますが、本ページをコピーの上、ご回答をお願いいたします。（「利用者No.」を61以降にご修正ください。）

I 本調査について

1. 調査の目的

・平成30年度障害福祉サービス等報酬改定において、次期報酬改定に向けて引き続き検討、検証を行う事項として、「共同生活援助における個人単位で居宅介護等を利用する場合の経過措置（※）の取扱いについて」が挙げられており、共同生活援助を利用する重度の障害者が個人単位で居宅介護等を利用することについては、新たな類型である日中サービス支援型の施行状況等を踏まえた上で、引き続きそのあり方を検討する必要があります。

・本調査においては、共同生活援助事業者（個人ヘルパーの受入）、居宅介護事業者及び重度訪問介護事業者（個人ヘルパーの派遣）に対し、経過措置の利用状況について調査を行うものです。

※ 共同生活援助を利用する重度障害者が個人単位で居宅介護等を利用することについて、平成33年3月31日まで経過措置となっています（日中サービス支援型含む）。

2. 調査の実施主体

・本調査は、厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部から「平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査事業」の委託を受けた「みずほ情報総研株式会社」（プライビシー・ワーク付与事業者）が実施するものです。

・本調査でご回答いただいた情報については、取り扱いに十分留意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ありません。

3. 調査対象

・本調査は、個人単位で居宅介護等を利用する場合の経過措置を適用している利用者がいるすべての共同生活援助事業所を調査対象としています。

・また、共同生活援助事業所の「①事前調査票」により収集する情報を元に、居宅介護等のサービス提供をしているすべての居宅介護事業所、重度訪問介護事業所に対しても、別途調査を実施します。

4. 調査内容

【調査の実施手順】	
①事前調査票 【提出方法】(1) インターネット (2) F A X	提出期限：平成30年11月5日
	
②本調査票 【提出方法】(1) インターネット (2) 郵送	提出期限：平成30年11月16日

・本調査は「①事前調査票」（提出期限 11月5日）と「②本調査票」（提出期限 11月16日）の2段階に分かれており、それぞれの調査内容は以下の通りです。

<調査票の構成・調査内容>

①事前調査票

セクシヨン	設問番号	調査内容
\$1. 個人ヘルパーの受入状況	問1	・個人ヘルパーを派遣する事業者の情報

②本調査票

セクシヨン	設問番号	調査内容
\$1. 事業所の基本情報	問1 問2 問3 問4 問5	・設置主体 ・運営主体 ・事業所の設立年月 ・定員数 ・共同生活援助の類型
\$2. 職員の状況	問6 問7	・職種別の職員数 ・生活支援員（世話を除く）の延べ勤務時間数
\$3. 利用者の状況	問8 問9	・利用者全体の属性別人数 ・個人ヘルパー利用者の個人別の属性及び個人ヘルパー利用状況

5. 「①事前調査票」の提出方法・期限

・「①事前調査票」では、次の2通りの提出方法を用意しています（調査内容である「個人ヘルパーを派遣する事業者の情報」を早期に収集する目的から、インターネットもしくはFAXによる回収方式を採っております。）。
* インターネットを利用できる環境をお持ちの場合は、可能な限り「①インターネットによる回答」をご活用いただきますようお願いいたします。

①インターネットによる回答

本調査専用ホームページ（<https://h30shogaifuukushi.jp/>）より、「②本調査票」の表紙に印字されたID・パスワードを用いてログインの上、調査票ファイル（MS-Excel）をダウンロードし、回答を入力・保存後、調査票ファイルをホームページにアップロードする方法

②FAXによる回答

送付した紙の調査票に直接ご記入いただき、FAX番号 0120-088-930 まで、調査票の表紙と2ページ目の計2枚を送信する方法

・上記いずれの方法で、**平成30年11月5日（月）まで**にご提出をお願いします。

* 回収管理の都合上、「①事前調査票」のご提出においては、以下の提出方法は受け付けておりませんので、予めご了承ください。

- × 調査票ファイルをEメールに添付して提出する方法
- × 調査票ファイルをCD-ROM等の媒体に保存して郵送提出する方法

6. 「②本調査票」の提出方法・期限

・「②本調査票」では、次の2通りの提出方法を用意しています。

＊インターネットを利用できる環境をお持ちの場合は、可能な限り「①インターネットによる回答」をご活用いただきますようお願いいたします。

①インターネットによる回答

本調査専用ホームページ (<https://h30shogaifukushi.jp/>) より、「②本調査票」の表紙に印字されたID・パスワードを用いてログインの上、調査票ファイル (MS-Excel) をダウンロードし、回答を入力・保存後、調査票ファイルをホームページにアップロードする方法

②郵送による回答

送付した紙の調査票に直接ご記入いただき、返信用封筒を用いて事務局に郵送する方法

・上記いずれかの方法で、**平成30年11月16日（金）までに**ご提出をお願いいたします。

＊回収管理の都合上、「②本調査票」のご提出においては、以下の提出方法は受け付けておりませんので、予めご了承ください。

- × 調査票ファイルをEメールに添付して提出する方法
- × 調査票ファイルをCD-ROM等の媒体に保存して郵送提出する方法
- × FAXで提出する方法（※FAX提出は「①事前調査票」のみ可能な方法です。）

7. 一般的な注意事項

- ・調査票の記入は、対象サービスの管理をされている方などをお願いいたします。
- ・調査票の記入内容について確認させていただく場合がありますので、調査票は複写したものを1部お手元に保存してください。調査票ファイルで提出された場合は、データの保存をお願いします。
- ・調査票の記入にあたり、不明な点がある場合は、下記までお問合せください。

「平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査」事務局
(みずほ情報総研株式会社)
【電話】：0120-088-920
※受付時間 平日 9：30～17：00（土・日・祝日を除く）
【FAX】：0120-088-930
【メール】：jimukyoku-4@h30shogaifukushi.jp

8. 調査票記入上の留意点

- ・特に時点を示してあるもの以外は、平成30年9月30日現在でご回答ください。
- ・紙の調査票に記入する際は、黒のHBの鉛筆か黒のボールペンで、楷書で明確に記入してください。
- ・桁のある数字を記入する場合は、右詰めで記入してください。
- ・数字を記入する欄が「0」の場合は、必ず「0」を記入してください（例えば、回答人数が0人の場合、無記入ではなく必ず「0」と記入してください）。
- ・誤って記入したときは、消しゴムで消すか、二重線を引き、正しい数字を記入してください。
- ・調査票の記入内容について確認させていただく場合がございますので、事前調査票1ページの該当箇所に関合せ窓口となる電話番号、FAX番号、メールアドレス、担当者氏名を記入してください。

II 調査票の項目説明と回答方法

①事前調査票

§1. 個人ヘルパーの受入状況

問1 個人ヘルパーを派遣する事業者の情報

・貴事業所に個人ヘルパーを派遣しているすべての居宅介護事業者及び重度訪問介護事業者について、事業所名称、事業所番号、貴グループホームにおいて個人ヘルパーを利用している利用者数、提供サービス種別（居宅介護／重度訪問介護）、グループホームと同一法人または別法人のいずれに該当するかを回答欄に記入してください（平成30年9月1か月間に個人ヘルパー派遣を行った居宅介護事業者及び重度訪問介護事業者が対象）。

＊本設問のご回答内容を元に、貴事業所に個人ヘルパーを派遣しているすべての居宅介護事業者及び重度訪問介護事業者に対する調査を実施しますので、特に、居宅介護事業者及び重度訪問介護事業者の「事業所番号」、貴グループホームにおいて該当する「個人ヘルパー利用者数」については、もれなく正確なご記入をお願いいたします。

・対象となる事業所が10件を超える場合で紙媒体の調査票でご回答の場合、お手数をおかけいたしますが、当該ページをコピーの上、ご記入ください。また、その際はコピーカの「連番」を1番以降に振りなおしていただきますようお願いいたします。

②本調査票

【表紙】事業所基本情報

- （調査票に係る問合せ先）
- ・問合せ窓口となる電話番号、ファックス番号、メールアドレス、担当者氏名、部署名を記入してください。
 - 但し、「①事前調査票」と担当者が同一である場合は、記入は不要です。

S 1. 事業所の基本情報

問1 設置主体

- ・貴事業所の設置主体について、該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください（平成30年9月30日現在）。
- ・「社会福祉協議会」：社会福祉法第109条及び第110条の規定による市町村社会福祉協議会及び地区社会福祉協議会、都道府県社会福祉協議会をいいます。
- ・「社会福祉法人（社会福祉協議会以外）」：市町村社会福祉協議会及び地区社会福祉協議会、都道府県社会福祉協議会以外の社会福祉法第22条の規定による社会福祉法人をいい、地方公共団体が設立した社会福祉事業団を含みます。
- ・「その他の法人（社団・財団・農協・生協・学校等）」：社団法人及び財団法人、農業協同組合法の規定による農業協同組合及び農業協同組合連合会、消費生活協同組合法の規定による消費生活協同組合及び消費生活協同組合連合会、宗教法人、学校法人、日本赤十字社、厚生連等をいいます。

問2 運営主体

- ・貴事業所の運営主体について、該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください（平成30年9月30日現在）。
- ・選択肢の定義は、問 1 設置主体と同じです。

問3 事業所の設立年月

- ・「法人設立年月」：運営主体が法人格を取得した年月を西暦で記入してください。運営主体が国、都道府県、市区町村、独立行政法人、広域連合・一部事務組合の場合は記入不要です。
- ・「事業所設立年月」：運営主体が共同生活援助のサービス提供事業所として貴事業所を設立した年月を西暦で記入してください。事業所を一時中断等していたことがある場合には、再開した際の年月を記入してください。

問4 定員数

- ・貴事業所の入居定員数（平成30年9月30日現在）を記入してください。

問5 共同生活援助の種類

- ・貴事業所の共同生活援助の種類（平成30年9月30日現在）として、該当する番号を一つ選んで記入してください。

S 2. 職員の状況

問6 職種別の職員数

- ・「1 常勤専従」：当該事業所において定められた常勤の従事者が勤務すべき勤務時間数を勤務する職員であって、他職種・他事業所を兼務していない職員の数を職種別に実人数で記入してください。なお、この条件を満たすパート職員等も人数に含めます。
- ・「2 常勤兼務」：当該事業所において定められた常勤の従事者が勤務すべき勤務時間数を勤務する職員であって、他職種・他事業所を兼務している職員の数を職種別に実人数で記入してください。なお、この条件を満たすパート職員等も人数に含めます。
- ・「3 常勤兼務の換算数」：常勤兼務の職員が共同生活援助に従業する1週間の時間数を、当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数（所定労働時間）で除することにより算出します（職種別に算出、小数点以下第2位を四捨五入）。
- ・「4 非常勤」：当該事業所において定められた常勤の従事者が勤務すべき勤務時間数を勤務しない職員の数を職種別に実人数で記入してください。
- ・「5 非常勤の換算数」：非常勤の職員が共同生活援助に従業する1週間の時間数を、当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数（所定労働時間）で除することにより算出します（職種別に算出、小数点以下第2位を四捨五入）。
- ・上記の職員数の計上においては、派遣職員、出向職員等も対象となります。休職中で平成30年9月に勤務実績のない者、平成30年9月中に退職した者は対象外となります。

問7 生活支援員（世話を除く）の延べ勤務時間数

- ・「1 延べ勤務時間数」：世話人を除く生活支援員について、平成30年9月1か月間における延べ勤務時間数を、残業時間を除いて記入してください（回答は整数）。
- ・「2 残業時間数」：世話人を除く生活支援員について、平成30年9月1か月間における残業時間数を記入してください（回答は整数）。
- ・「3 開所日数」：平成30年9月1か月間における貴事業所の開所日数を記入してください（回答は整数）。
- ・「4 就業規則で定める1日の所定労働時間数」：貴事業所において、就業規則で定める1日の所定労働時間数を記入してください。

S.3. 利用者の状況

問8 利用者全体の属性別人数

- ・「障害支援区分」：貴事業所における障害支援区分別の利用者数を回答欄に記入してください（平成30年9月30日現在）。
- ・「重度障害者支援加算」：貴事業所における重度障害者支援加算の対象となる利用者数を回答欄に記入してください（平成30年9月30日現在）。
- ・「主たる障害種別」：貴事業所における主たる障害種別の利用者数を回答欄に記入してください（平成30年9月30日現在）。障害の重複で判断に迷う場合は、若い番号を優先してご回答ください。
- ・「年齢階級」：貴事業所における年齢階級別の利用者数を回答欄に記入してください（平成30年9月30日現在）。
- ・「前年度の平均利用者数」：貴事業所における前年度（平成29年4月1日～平成30年3月31日）の開所日における1日平均利用者数を障害支援区分別に回答欄に記入してください（10数点以下第2位を四捨五入）。

問9 個人ヘルパー利用者の個人別の属性及び個人ヘルパー利用状況

- ・個人ヘルパー利用者（平成30年9月1か月間に利用があった者）の個人単位で、障害支援区分、重度障害者支援加算の対象／対象外、障害種別、年齢階級、利用する個人ヘルパー事業所、個人ヘルパー利用日数（平成30年9月1か月間）について記入してください。
- ・「障害種別」は該当するもの全てに○を記入してください。
- ・「利用する個人ヘルパー事業所」については、記載済みの「事前調査票」をご参照の上、該当する事業所の「連番」を必ず記載してください。
- ・回答欄が不足する場合、大変お手数をお掛けいたしますが、ページをコピーの上、ご回答をお願いいたします（「利用者No.」を61以降にご修正ください）。



平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

共同生活援助（グループホーム）における「個人単位で居宅介護等を利用する場合の経過措置」の利用状況に関する調査

【居宅介護事業所／重度訪問介護事業所票 ①事業所票】

【提出期限 平成30年12月25日】

【本調査の調査内容について】
本調査は、グループホームにおいて個人単位で居宅介護等を利用する場合の経過措置の利用状況を詳細に把握するための調査項目を設けています。グループホームと、個人ヘルパーの派遣を行う居宅介護事業所及び重度訪問介護事業所に併せて調査を行うこととしております。
今後の報酬改定の基礎資料となる大変重要な調査となっております。ご多忙のところ、お手数をおかけしますが、調査の趣意をご理解いただき、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

■ 調査専用ホームページ (https://h30shogaitukushi.jp/)

ID (居宅介護/重度訪問介護事業所)	
パスワード	

■ 「②利用者票」で回答対象となる利用者について

「②利用者票」では、平成30年9月の1か月間において、下記のグループホームで個人単位で居宅介護もしくは重度訪問介護を提供したすべての利用者を対象としてご回答ください。
また、「対象利用者数」に誤りがある場合は、正しい人数に訂正してください。

ID (グループホーム)	個人単位で居宅介護もしくは重度訪問介護を提供したグループホーム 事業所名称 (グループホーム)	対象利用者数 (利用者票の記載対象人数)
		人
		人
		人
		人
		人
		人
		人
		人
		人
		人

【提出期限：平成30年12月25日（火）までに、ご提出をお願いいたします】

■ご担当者・連絡先の記入

本調査のご担当者及び連絡先を記入してください。

調 査	電話番号	-	-	(内線)
合 査	ファクス番号	-	-	
せ 票	e-mail	@		
先 の	担当者	ふりがな	部署	

§ 1. 事業所の基本情報

問 1. 設置主体

該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください (平成30年9月30日現在)。

1	都道府県・市区町村・一部事務組合	2	社会福祉協議会
3	社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	4	医療法人
5	営利法人(株式・合名・合資・合同会社)	6	特定非営利活動法人 (NPO)
7	国・のぞみの園・独立行政法人国立病院機構	8	独立行政法人 (のぞみの園・国立病院機構以外)
9	その他の法人 (社団・財団・農協・生協・学校等)		

問 2. 運営主体

該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください (平成30年9月30日現在)。

1	都道府県・市区町村・一部事務組合	2	社会福祉協議会
3	社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	4	医療法人
5	営利法人(株式・合名・合資・合同会社)	6	特定非営利活動法人 (NPO)
7	国・のぞみの園・独立行政法人国立病院機構	8	独立行政法人 (のぞみの園・国立病院機構以外)
9	その他の法人 (社団・財団・農協・生協・学校等)		

問 3. 事業所の設立年月

事業所の設立年月を回答欄に記入してください。

法人設立年月	西暦	年	月
事業所設立年月	西暦	年	月

問 4. 届出サービス種別

該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください (平成30年9月30日現在)。

1	居宅介護	2	重度訪問介護	3	居宅介護・重度訪問介護の両方
---	------	---	--------	---	----------------



厚生労働省 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査
共同生活援助(グループホーム)における「個人単位で居宅
介護等を利用する場合の経過措置」の利用状況に関する調査
〔居宅介護事業所／重度訪問介護事業所票 ②利用者票〕

※この調査票は、事業所職員様にご記入いただくものです。

①ID (居宅介護/重 度訪問介護事業所)	②利用者No.	※調査事業所全体で通し番号を振ってください。
③本利用者利用す るグループホームのID	④本利用者利用す るグループホームの名称	

※利用者票の作成対象者： 上記④に記載されたグループホームにおいて、平成30年9月の1か月間に個人単位で居宅介護もしくは重度訪問介護をサービス提供したすべての利用者 (お一人につき本票1部)

§ 1. サービスを提供したグループホーム利用者の基本情報

問 1. 障害支援区分

当該利用者について、該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください (平成30年9月30日現在)。

1	区分1 以下	2	区分2	3	区分3	4	区分4	5	区分5	6	区分6
---	--------	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----

問 2. 障害種別

当該利用者について、該当する番号をすべて選んで回答欄に記入してください (平成30年9月30日現在)。

1	身体障害	
2	知的障害	
3	精神障害	
4	難病	
5	障害児	

問 3. 年齢階級

当該利用者について、該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください (平成30年9月30日現在)。

1	18歳未満	2	18～19歳	3	20～29歳	4	30～39歳	5	40～49歳
6	50～59歳	7	60～64歳	8	65歳以上				

§ 2. サービスを提供したグループホーム利用者の支給決定の状況

問 4. 支給決定の支給量

当該利用者について、支給決定区分別に支給決定の支給量 (月あたり) を回答欄に記入してください (平成30年9月30日現在)。

居宅介護	1	居宅における身体介護中心型	回答	時間/月
	2	通院等介助 (身体介護を伴う場合) 中心型	回答	時間/月
	3	家事援助中心型	回答	時間/月
	4	通院等介助 (身体介護を伴わない場合) 中心型	回答	時間/月
	5	通院等乗降介助中心型	回答	時間/月
6	重度訪問介護	回答	時間/月	

§3. グループホーム利用者へのサービス提供状況

問5. サービスを提供した個人ヘルパーの属性

平成30年9月1か月間において、当該利用者に対して居宅介護・重度訪問介護のサービスを提供したすべての個人ヘルパーの資格と経験年数を回答欄に記入してください。資格について、「その他」に該当する場合は、その内容をあわせて記入してください。

なお、「旧ヘルパー1級」及び「介護職員基礎研修」は「実務者研修」、「旧ヘルパー2級」は「居宅介護専門必修研修」、「旧ヘルパー3級」は「障害者居宅介護従事者基礎研修」に読み替えて回答してください。

No.	資格	経歴年数
1	介護福祉士 2 実務者研修 3 居宅介護職員初任者研修	1 6ヶ月未満 2 6ヶ月以上1年未満
	障害者居宅介護従事者基礎研修 5 重度訪問介護従事者研修	3 1年以上2年未満 4 2年以上3年未満
	6 その他 [6 その他] の内容	5 3年以上
2	介護福祉士 2 実務者研修 3 居宅介護職員初任者研修	1 6ヶ月未満 2 6ヶ月以上1年未満
	障害者居宅介護従事者基礎研修 5 重度訪問介護従事者研修	3 1年以上2年未満 4 2年以上3年未満
	6 その他 [6 その他] の内容	5 3年以上
3	介護福祉士 2 実務者研修 3 居宅介護職員初任者研修	1 6ヶ月未満 2 6ヶ月以上1年未満
	障害者居宅介護従事者基礎研修 5 重度訪問介護従事者研修	3 1年以上2年未満 4 2年以上3年未満
	6 その他 [6 その他] の内容	5 3年以上
4	介護福祉士 2 実務者研修 3 居宅介護職員初任者研修	1 6ヶ月未満 2 6ヶ月以上1年未満
	障害者居宅介護従事者基礎研修 5 重度訪問介護従事者研修	3 1年以上2年未満 4 2年以上3年未満
	6 その他 [6 その他] の内容	5 3年以上
5	介護福祉士 2 実務者研修 3 居宅介護職員初任者研修	1 6ヶ月未満 2 6ヶ月以上1年未満
	障害者居宅介護従事者基礎研修 5 重度訪問介護従事者研修	3 1年以上2年未満 4 2年以上3年未満
	6 その他 [6 その他] の内容	5 3年以上
6	介護福祉士 2 実務者研修 3 居宅介護職員初任者研修	1 6ヶ月未満 2 6ヶ月以上1年未満
	障害者居宅介護従事者基礎研修 5 重度訪問介護従事者研修	3 1年以上2年未満 4 2年以上3年未満
	6 その他 [6 その他] の内容	5 3年以上
7	介護福祉士 2 実務者研修 3 居宅介護職員初任者研修	1 6ヶ月未満 2 6ヶ月以上1年未満
	障害者居宅介護従事者基礎研修 5 重度訪問介護従事者研修	3 1年以上2年未満 4 2年以上3年未満
	6 その他 [6 その他] の内容	5 3年以上
8	介護福祉士 2 実務者研修 3 居宅介護職員初任者研修	1 6ヶ月未満 2 6ヶ月以上1年未満
	障害者居宅介護従事者基礎研修 5 重度訪問介護従事者研修	3 1年以上2年未満 4 2年以上3年未満
	6 その他 [6 その他] の内容	5 3年以上
9	介護福祉士 2 実務者研修 3 居宅介護職員初任者研修	1 6ヶ月未満 2 6ヶ月以上1年未満
	障害者居宅介護従事者基礎研修 5 重度訪問介護従事者研修	3 1年以上2年未満 4 2年以上3年未満
	6 その他 [6 その他] の内容	5 3年以上
10	介護福祉士 2 実務者研修 3 居宅介護職員初任者研修	1 6ヶ月未満 2 6ヶ月以上1年未満
	障害者居宅介護従事者基礎研修 5 重度訪問介護従事者研修	3 1年以上2年未満 4 2年以上3年未満
	6 その他 [6 その他] の内容	5 3年以上

※記載対象となる個人メンバーの人数が10人を超える場合は、お手をコピーの上、ご記入をお願いします。

問6. 支援時間別の派遣回数

平成30年9月1か月間における、当該利用者に係る居宅介護・重度訪問介護の請求内容を回答欄に記入してください。

居宅介護	居宅における身体介護 中心型	30分未満	(1)	回答	回	
		30分以上1時間未満	(2)	回答	回	
		1時間以上1時間30分未満	(3)	回答	回	
		1時間30分以上2時間未満	(4)	回答	回	
		2時間以上2時間30分未満	(5)	回答	回	
		2時間30分以上3時間未満	(6)	回答	回	
		3時間以上	(7)	回答	回	
		30分未満	(8)	回答	回	
		30分以上1時間未満	(9)	回答	回	
		1時間以上1時間30分未満	(10)	回答	回	
家事援助中心型		1時間30分以上2時間未満	(11)	回答	回	
		2時間以上2時間30分未満	(12)	回答	回	
		2時間30分以上3時間未満	(13)	回答	回	
		3時間以上	(14)	回答	回	
		30分未満	(15)	回答	回	
		30分以上45分未満	(16)	回答	回	
		45分以上1時間未満	(17)	回答	回	
		1時間以上1時間15分未満	(18)	回答	回	
		1時間15分以上1時間30分未満	(19)	回答	回	
		1時間30分以上	(20)	回答	回	
通院等介助（身体介護 を伴わない場合）中心 型		30分未満	(21)	回答	回	
		30分以上1時間未満	(22)	回答	回	
		1時間以上1時間30分未満	(23)	回答	回	
		1時間30分以上	(24)	回答	回	
		通院等乗降介助中心型	(25)	回答	回	
	重度訪問介護		1時間未満	(26)	回答	回
			1時間以上1時間30分未満	(27)	回答	回
			1時間30分以上2時間未満	(28)	回答	回
			2時間以上2時間30分未満	(29)	回答	回
			2時間30分以上3時間未満	(30)	回答	回
		3時間以上3時間30分未満	(31)	回答	回	
		3時間30分以上4時間未満	(32)	回答	回	
		4時間以上8時間未満	(33)	回答	回	
		8時間以上12時間未満	(34)	回答	回	
		12時間以上16時間未満	(35)	回答	回	
	16時間以上20時間未満	(36)	回答	回		
	20時間以上24時間未満	(37)	回答	回		



厚生労働省 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

共同生活援助（グループホーム）における「個人単位で居宅介護等を利用する場合の経過措置」の利用状況に関する調査研究

〔居宅介護事業所／重度訪問介護事業所票〕

「記入要領」

◆本冊子は、調査票へのご回答にあたって、調査の概要や回答にあたっての留意点、説明等をまとめたものです。回答時にご参照ください。

◆本冊子は、本調査専用ホームページ（<https://h30shogaifukushi.jp/>）からPDFファイルのダウンロードも可能です。

◆本調査は、インターネットによる回答が可能です。

調査に関するお問合せ先

「平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査」事務局
（みずほ情報総研株式会社）

【電話】：0120－088－920

※受付時間 平日 9：30～17：00（土・日・祝日を除く）

【FAX】：0120－088－930

【メール】：jimukyoku-4g@h30shogaifukushi.jp

【調査専用ホームページ】：<https://h30shogaifukushi.jp/>

I 本調査について

1. 調査の目的

・平成30年度障害福祉サービス等報酬改定において、次期報酬改定に向けて引き続き検討、検証を行う事項として、「共同生活援助における個人単位で居宅介護等を利用する場合の経過措置（※）の取扱いについて」が挙げられており、共同生活援助を利用する重度の障害者が個人単位で居宅介護等を利用することについては、新たな類型である日中サービス支援型の施行状況等を踏まえた上で、引き続きそのあり方を検討する必要があります。

・本調査においては、共同生活援助事業者（個人ヘルパーの受入）、居宅介護事業者及び重度訪問介護事業者（個人ヘルパーの派遣）に対し、経過措置の利用状況について調査を行うものです。

※ 共同生活援助を利用する重度障害者が個人単位で居宅介護等を利用することについて、平成33年3月31日まで経過措置となっています。（日中サービス支援型含む）

2. 調査の実施主体

・本調査は、厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部から「平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査事業」の委託を受けた「みずほ情報総研株式会社」（プライバシーマーク付与事業者）が実施するものです。

・本調査でご回答いただいた情報については、取り扱いに十分留意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することはありません。

3. 調査対象

・本調査は、共同生活援助事業所の利用者に個人単位で居宅介護等のサービスを提供しているすべての居宅介護事業所、重度訪問介護事業所を調査対象としています。

・本調査の実施に当たっては、個人単位で居宅介護等を利用する場合の経過措置を適用している利用者がいるすべての共同生活援助事業所に対して事前に調査を実施しており、そこでの調査結果を基に、個人単位で居宅介護等のサービスを提供している居宅介護事業所、重度訪問介護事業所の情報を把握し、本調査の配付を行っています。

4. 調査内容

・本調査は、事業所で1部提出いただく「①事業所票」、貴事業所が共同生活援助事業所において個人単位で居宅介護等のサービスを提供している利用者的人数分の部数を提出いただく「②利用者票」（記入は事業所職員様となります）に分かれています。

・「②利用者票」の送付部数は、事前に実施した共同生活援助事業所に対する調査から把握した対象利用者数に基づき配付するとともに、予備として「②利用者票」1ページ目冒頭のグループホームの1D・名称が空欄の調査票を5部配付しています。

・「②利用者票」の記載対象者数については、「①事業所票」表紙中央に印字している「「②利用者票」で回答対象となる利用者について」をご確認ください。当該人数に誤りがある場合は、正しい人数に訂正してください。また、その場合には、正しい人数に基づいて「②利用者票」の作成をお願いいたし

ます。(必要に応じて、予備の配付分をご利用ください。)なお、今回の調査で依頼においては、「②利用者票」の記載対象者は、「①事業所票」表紙中央に印字されているグループホームのみを対象としてご回答いただきましたら結構です。但し、上記に印字されていないグループホームから後日調査協力がございました場合には、追加的に貴事業所にも、当該グループホーム利用者に係る利用者票について追加のご回答を依頼させていただく場合がございますので、何卒ご了承くださいますようお願いいたします。

- ・「①事業所票」、「②利用者票」とも、事業所職員様にご記入いただく調査となります。
- ・本調査の調査内容は以下の通りです。

＜調査票の構成・調査内容＞		
調査票種別	セクション	設問番号 調査内容
①事業所票	\$1. 事業所の基本情報	問1 ・設置主体
		問2 ・運営主体
		問3 ・事業所の設立年月
		問4 ・届出サービス種別
②利用者票	\$1. サービスを提供したグループホーム利用者の基本情報	問1 ・障害支援区分
		問2 ・障害種別
		問3 ・年齢階級
		問4 ・支給決定の支給量
②利用者票	\$2. サービスを提供したグループホーム利用者の支給決定の状況	問4
		問5 ・サービスを提供した個人ヘルパーの属性
		問6 ・支援時間別の派遣回数

5. 調査票の提出方法・期限

- ・本調査では、次の2通りの提出方法を用意しています。
- ・インターネットを利用できる環境をお持ちの場合は、可能な限り「①インターネットによる回答」をご活用いただけますようお願いいたします。

①インターネットによる回答

本調査専用ホームページ (<https://h30shogaifukushi.jp/>) より、調査票表紙に印字されたID・パスワードを用いてログインの上、調査票ファイル(MS-Excel)をダウンロードし、回答を入力・保存後、調査票ファイルを同ホームページにアップロードする方法

②郵送による回答

送付した紙の調査票に直接ご記入いただき、返信用封筒を用いて事務局に郵送する方法

- ・上記いずれかの方法で、**平成30年12月25日(火) までに**ご提出をお願いいたします。

- *回収管理の都合上、以下の提出方法は受け付けておりませんので、予めご了承ください。
- × 調査票ファイルをEメールに添付して提出する方法
 - × 調査票ファイルをCD-ROM等の媒体に記録して郵送提出する方法
 - × FAXで提出する方法

6. 一般的な注意事項

- ・調査票の記入は、事業所票、利用者票のいずれについても、貴事業所で対象サービスの管理をされている方などにお願いいたします。
- ・調査票の記入内容について確認させていただく場合がありますので、調査票は複写したものを1部お手元に保存してください。調査票ファイルで提出された場合は、データの保存をお願いします。
- ・調査票の記入にあたり、不明な点がある場合は、下記までお問合せください。

【平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査】事務局 (みずほ情報総研株式会社)
【電話】：0120-088-920
※受付時間 平日 9:30~17:00 (土・日・祝日を除く)
【FAX】：0120-088-930
【メール】：jimukyoku-4g@h30shogaifukushi.jp

7. 調査票記入上の留意点

- ・特に時点を示してあるもの以外は、平成30年9月30日現在でご回答ください。
- ・電子調査票をダウンロードして回答いただく場合、送付した紙の調査票に印字されている情報については、電子調査票に必ず転記してください。
- ・調査票は、黒のHBの鉛筆か黒のボールペンで、楷書で明確に記入してください。
- ・桁のある数字を記入する場合は、右詰めで記入してください。
- ・数字を記入する欄が「0」の場合は、必ず「0」を記入してください(例えば、回答人数が0人の場合は、無記入ではなく必ず「0」と記入してください)。
- ・誤って記入したときは、消しゴムで消すか、二重線を引き、正しい数字を記入してください。
- ・調査票の記入内容について確認させていただく場合がございますので、調査票1ページの該当箇所に問合せ窓口となる電話番号、FAX番号、メールアドレス、担当者氏名を記入してください。

II 調査票の項目説明と回答方法

① 事業所票

【表紙】

- ・(②利用者票)で回答対象となる利用者について)
- ・事前に調査を行った共同生活援助事業所からの回答結果を基に、個人単位で居宅介護もしくは重度訪問介護を提供したグループホームのID及び名称と、その対象利用者数を調査票に印字しています。印字された「対象利用者数」に誤りがある場合は、正しい人数に訂正してください。当該対象利用者数に基づいて、対応する利用者票の作成をお願いいたします。(調査票の問合せ先)
- ・問合せ窓口となる電話番号、ファックス番号、メールアドレス、担当者氏名、部署名を記入してください。

S1. 事業所の基本情報

問1 設置主体

- ・貴事業所の設置主体について、該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください(平成30年9月30日現在)。
- ・「社会福祉協議会」：社会福祉法第109条及び第110条の規定による市町村社会福祉協議会及び地区社会福祉協議会、都道府県社会福祉協議会をいいます。
- ・「社会福祉法人(社会福祉協議会以外)」：市町村社会福祉協議会及び地区社会福祉協議会、都道府県社会福祉協議会以外の社会福祉法第22条の規定による社会福祉法人をいい、地方公共団体が設立した社会福祉事業団を含みます。
- ・「その他の法人(社団・財団・農協・生協・学校等)」：社団法人及び財団法人、農業協同組合法の規定による農業協同組合及び農業協同組合連合会、消費生活協同組合法の規定による消費生活協同組合及び消費生活協同組合連合会、宗教法人、学校法人、日本赤十字社、厚生連等をいいます。

問2 運営主体

- ・貴事業所の運営主体について、該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください(平成30年9月30日現在)。
- ・選択肢の定義は、問1 設置主体と同じです。

問3 事業所の設立年月

- ・「法人設立年月」：運営主体が法人格を取得した年月を西暦で記入してください。運営主体が国、都道府県、市区町村、独立行政法人、広域連合・一部事務組合の場合は記入不要です。
- ・「事業所設立年月」：運営主体が共同生活援助のサービス提供事業所として貴事業所を設立した年月を西暦で記入してください。事業所を一時中断等していたことがある場合には、再開した際の年月を記入してください。

問4 届出サービス種別

- ・貴事業所の届出サービス種別(平成30年9月30日現在)について、該当する番号を一つ選んで記入してください。

②利用者票 ※ご記入は事業所職員様にてお願いいたします。

- ・利用者票の記載対象者数については、「①事業所票」表紙中央に印字している「「②利用者票」で回答対象となる利用者について」をご確認ください。
- ・個々の利用者票の記載に当たっては、紙媒体で送付した利用者票1ページ上部に印字されている「④本利用者が利用するグループホームの名称」の記載にしたがって、当該グループホームにおいて個人単位で居宅介護等のサービスを提供しているすべての利用者について、回答をお願いいたします。(印字人数に誤りがある場合は、正しい人数に基づいて「②利用者票」の作成をお願いいたします。)
- ・電子調査票をインターネットからダウンロードして回答いただく場合には、紙媒体で送付した利用者票の1ページに印字された情報(①ID(居宅介護/重度訪問介護事業所)、③本利用者が利用するグループホームのID、④本利用者が利用するグループホームの名称)については、回答する利用者票ごとに必ず転記してください。

S1. サービスを提供したグループホーム利用者の基本情報

問1 障害支援区分

- ・当該利用者の障害支援区分について、該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください(平成30年9月30日現在)。

問2 障害種別

- ・当該利用者の障害種別について、該当する番号をすべて選んで回答欄に記入してください(平成30年9月30日現在)。

問3 年齢階級

- ・当該利用者の年齢階級について、該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください(平成30年9月30日現在)。

S2. サービスを提供したグループホーム利用者の支給決定の状況

問4 支給決定の支給量

- ・当該利用者について、支給決定区分別に支給決定の支給量(月あたり時間)を回答欄に記入してください(平成30年9月30日現在)。



平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

相談支援専門員の担当件数の実態把握及び
標準担当件数の妥当性に関する調査研究〔事業所票〕

（提出期限 平成30年11月16日）

【本調査の調査内容について】

本調査は、サービス等利用計画・障害児支援利用計画の質の向上、その基盤となる相談支援専門員の確保や資質の向上等を図る観点から、相談支援事業所等における計画作成の状況、相談支援専門員の業務実態等を詳しく把握するための設問を設けております。上記目的のために、細かな内容をお聞きする設問も多くなっておりますが、本調査は、今後の報酬改定の基礎資料となる大変重要な調査となっております。ご協力をお願いします。ご多忙のところ、お手数をおかけしますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

■ 本調査専用ホームページ (<https://h30shogaifukushi.jp/>)

ログインID	
パスワード	

■ ご担当者・連絡先の記入

本調査のご担当者及び連絡先を記入してください。

調査票に記入する	電話番号	-	-	(内線)
調査票に記入する	ファックス番号	-	-	
調査票に記入する	e-mail	@		
関係する	担当者	ふりがな	部署	

■ 貴事業所における平成30年9月の相談支援業務の活動状況

該当する番号を1つ選んで回答欄に記入してください。

1	活動中（平成30年9月30日現在）	
2	休止中（平成30年9月中の利用実績がない場合を含む）、廃止、実施していない	回答

⇒上記「活動状況」で「2」と回答した場合、次ページ以降は回答せず、このまま調査票を返送してください。

【提出期限：平成30年11月16日（金）までに、ご提出をお願いいたします】

3. グループホーム利用者へのサービス提供状況

問5 サービスを提供した個人ヘルパーの属性

- ・平成30年9月1か月間において、当該利用者に対して居宅介護・重度訪問介護のサービスを提供したすべての個人ヘルパーの資格と経験年数を回答欄に記入してください。資格について、「その他」に該当する場合は、その内容をあわせて記入してください。

- ・なお、選択肢に含まれない資格については、下表に基づき読み替えて回答してください。

資格	読み替える選択肢
旧ヘルパー1級	実務者研修
介護職員基礎研修	
旧ヘルパー2級	居宅介護職員初任者研修
旧ヘルパー3級	障害者居宅介護従業者基礎研修

- ・記載対象となる個人ヘルパーの人数が10人を超える場合は、お手数をおかけいたしますが、本ページをコピーの上、ご記入をお願いします。

問6 支援時間別の派遣回数

- ・平成30年9月1か月間における、当該利用者に係る居宅介護・重度訪問介護の請求内容を回答欄に記入してください。

§ 1. 事業所の基本情報

問 1. 事業所の設立年月

事業所の設立年月を回答欄に記入してください。

事業所設立年月	回 答	西暦	年	月
---------	--------	----	---	---

問 2. 経営主体

該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください（平成30年9月30日現在）。

1 都道府県・市区町村・一部事務組合	2 社会福祉協議会
3 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	4 医療法人
5 営利法人(株式・合名・合資・合同会社)	6 特定非営利活動法人（NPO）
7 のぞみの園・独立行政法人国立病院機構	8 独立行政法人（のぞみの園・国立病院機構以外）
9 その他の法人（社団・財団・農協・生協・学校等）	回 答

§ 2. 相談支援サービスの基本情報

問 3. 相談支援業務における指定状況

事業所の相談支援業務における指定等の状況（地域生活支援事業含む）について、該当する番号をすべて選んで回答欄に記入してください（平成30年9月30日現在）。

1 指定特定相談支援	1
2 指定一般相談支援	2
3 指定障害児相談支援	3
4 市町村等の基幹相談支援センターを受託している	4
5 地域生活支援事業の障害者相談支援事業を受託している	5
6 地域生活支援事業の基幹相談支援センター等機能強化事業を受託している	6
7 地域生活支援事業の住宅入居等支援事業（居宅サポート事業）を受託している	7

問 4. サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成実績

平成30年4月1日～9月30日の半年間に、貴事業所において、サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成実績はありますか。該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください。

1 ある	2 ない	回 答
------	------	--------

問 5. サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成件数

前問で、「1.ある」と回答したところにお聞きします。貴事業所における平成30年4月1日から9月30日の半年間における、サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成件数、実利用者数（平成30年4月～9月に終了し更新しなかった利用者を含みます）を記入してください。※障害児支援利用計画については、「サービス利用支援」は「障害児支援利用援助」、「継続サービス利用支援」は「継続障害児支援利用援助」と読み替えてください。

	サービス利用支援	継続サービス利用支援	実利用者数
1 サービス等利用計画	件	件	名
2 障害児支援利用計画	件	件	名

問 6. 同一事業所における他サービスの実施状況

該当する番号をすべて選んで回答欄に記入してください（平成30年9月30日現在）。

1 同一所在地で実施している他サービスはない	1
2 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護・重度障害者等包括支援	2
3 短期入所	3
4 療養介護	4
5 生活介護	5
6 施設入所支援	6
7 自立生活援助	7
8 共同生活援助	8
9 自立訓練（機能訓練・生活訓練）	9
10 就労支援（就労移行支援・就労継続支援A型・就労継続支援B型・就労定着支援）	10
11 児童発達支援・放課後等デイサービス	11
12 居宅訪問型発達支援・保育所等訪問支援	12
13 障害児入所施設	13
14 地域移行支援・地域定着支援	14
15 介護保険の訪問介護（介護予防含む）	15
16 訪問看護（医療保険、介護保険）	16
17 その他（具体的に_____）	17

§3. 相談支援専門員の基本情報

問7. 貴事業所における相談支援専門員の基本情報（全員分）

平成30年4月1日から9月30日の半年間に、1日以上貴事業所の相談支援業務に従事した相談支援専門員全員※1について、お一人ずつ(1人1行)の属性、就業形態等を記入してください。

職員 ID	① 性別		② 年齢	③ 就業 形態	④ 専 従 状 況 (9月)	⑤ 兼 務 職 種 (9月) ※複数可																	⑥ 兼 務 時 間 (9月)	⑦ 総 勤 務 時 間 (9月)	⑧ 経 験 年 数	⑨ 担 当 利 用 者 (4月～9月)				
	男 性	女 性	年 齢 を 記 入 し て く だ さ い 。	常 勤		非 常 勤	相 談 支 援 業 務 専 従	相 談 支 援 業 務 以 外 を 兼 務	訪 問 サ ー ビ ス ※2	短 期 入 所	療 養 介 護	生 活 介 護	自 立 生 活 援 助	共 同 生 活 援 助	自 立 訓 練 ※3	就 労 支 援 ※4	児 童 発 達 支 援 ・ 放 課 後 等 デ イ サ ー	居 宅 訪 問 型 発 達 支 援 ・ 保 育 所 等 訪 問	障 害 児 入 所 施 設	地 域 移 行 支 援 ・ 地 域 定 着 支 援	介 護 保 険 の 訪 問 介 護 ※5	訪 問 看 護 ※6	管 理 者	サ ー ビ ス 提 供 責 任 者	そ の 他	(時 間)	平 成 3 0 年 9 月 の 、 相 談 支 援 業 務	平 成 3 0 年 9 月 の 総 勤 務 時 間 (時 間)	平 成 3 0 年 9 月 3 0 日 時 点 で の 相 談 支 援 専 門 員 と し て の 経 験 年 数 を	あ り
回答例	1	2	35歳	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	30時間	100時間	3年6か月	1	2	
01	1	2	歳	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	時間	時間	年	か月	1	2
02	1	2	歳	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	時間	時間	年	か月	1	2
03	1	2	歳	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	時間	時間	年	か月	1	2
04	1	2	歳	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	時間	時間	年	か月	1	2
05	1	2	歳	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	時間	時間	年	か月	1	2
06	1	2	歳	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	時間	時間	年	か月	1	2
07	1	2	歳	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	時間	時間	年	か月	1	2
08	1	2	歳	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	時間	時間	年	か月	1	2
09	1	2	歳	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	時間	時間	年	か月	1	2
10	1	2	歳	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	時間	時間	年	か月	1	2

※1 平成30年4月～9月に、貴事業所を退職された相談支援専門員の情報については、記載の必要はございません。 ※2 訪問系サービスには、居宅介護・重度訪問介護・同行介護・行動援護・重度障害者等包括支援が含まれます。
※3 自立訓練には、機能訓練、生活訓練が含まれます。 ※4 就労支援は、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労定着支援が含まれます。
※5 介護保険の訪問介護には、介護予防も含まれます。 ※6 訪問看護には、医療保険の訪問看護、介護保険の訪問看護が含まれます。 ※7 貴事業所以外の事業所で、以前に、相談支援専門員として勤務していた年数も含まれます。
※8 「担当利用者の有無（平成30年4月～9月）」については、平成30年9月30日時点で担当されている利用者、及び平成30年4月1日から9月30日までに支給決定の有効期間が終了し、更新をしなかった利用者の有無を指します。
計画作成の有無に関わらず、該当する相談支援専門員が事業所において担当されている利用者があるかどうかをご回答ください。なお、事業所で担当制などがない場合に、主担当・副担当などの体制で副担当にあたる場合などは、担当する利用者としてカウントする必要はありません。該当の相談支援専門員が主となって担当する利用者がいない場合は、なしを記入してください。

事業所への質問は以上です。ご協力誠にありがとうございました。以降は、各相談支援専門員への質問となります。

※対象者は、問7でご回答いただいた相談支援専門員のうち、「⑨ 担当利用者の有無」で「あり」を選択した職員全員です。職員票には、前もって、「事業所ID(ログインID)」と問7の「職員ID」を記載してください。



平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査事業
相談支援専門員の担当件数の実態把握及び
標準担当件数の妥当性に関する調査研究【職員票】

事業所ID - 職員ID

§1. 相談支援専門員の基本情報

問1. 性別

あなたの性別を記入してください。

1 男性	2 女性	回答
------	------	----

問2. 年齢

平成30年9月30日時点のあなたの年齢を記入してください。

回答 歳

§2. 相談支援サービスの基本情報

問3. 計画作成状況

サービス等利用計画 障害児支援利用計画	サービス利用支援・障害児支援利用援助の 実施件数 (平成30年4月1日から9月30日の半年間)		担当する 利用者数 (平成30年4月1 日から9月30日の 半年間)
	サービス利用支援	継続サービス利用支援	
	件	件	人
	件	件	人

※障害児支援利用計画については、「サービス利用支援」は「障害児支援利用援助」、「継続サービス利用支援」は「継続障害児支援利用援助」と読み替えてください。

※「担当する利用者（平成30年4月1日から9月30日の半年間）」とは、平成30年9月30日時点で担当する利用者、及び平成30年4月1日から9月30日までに支給決定の有効期間が終了し、更新をしなかった利用者であり、計画作成の有無に関わらず、事業所においてあなたが担当とされている利用者を指します。なお、事業所で担当制などがない場合、主担当・副担当などの体制で副担当にあたる場合などは、担当する利用者数としてカウントする必要はありません。自分が主となって担当する利用者がいない場合は、0（ゼロ）を記入してください。

§ 3. 担当利用者の状況

問4. 担当利用者の状況（全員分※） ■ 1枚目（1人目～10人目）

■ 1枚目（1人目～10人目）

担当した利用者（平成30年4月1日から9月30日の半年間）及び担当している利用者（平成30年9月30日時点）の方について、お一人ずつ（1人1行）の基本情報、障害種別、居住特性等を記入してください。

利用者 ID	① 種別 (該当番号ひとつ)	② 回数 (1年あたり)	③ 年齢 (該当番号ひとつ)	④ 障害種別 (該当番号すべて)					⑤ 障害支援区分 (該当番号ひとつ)					⑥ 対象者特性 (該当番号すべて)	⑦ 居住特性 (該当番号ひとつ)	⑧ 対象者宅の訪問にかかる移動時間(片道) (該当番号ひとつ)																				
				サービス利用支援	障害児支援利用援助	サービス等利用計画、障害児支援利用計画に記載されているモニタリング回数を記入してください。	乳幼児期(0～6歳)	学齢期(7～18歳)	成人期(19～64歳)	高齢期(65歳以上)	身体障害	知的障害	精神障害			難病	障害児	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	申請中、障害児、なし	強度行動障害を有する障害児者	重度心身障害児者	医療的ケアを要する障害児者(重心除く)	その他の障害児者	家族と同居	独居	グループホーム	施設入所	その他	10分未満	10分以上20分未満	20分以上30分未満
回答例	①	2	回	1	2	③	4	1	②	3	4	5	1	2	③	4	5	6	7	1	②	3	4	①	2	3	4	5	1	2	3	④	5	6	7	8
01	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
02	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
03	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
04	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
05	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
06	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
07	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
08	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
09	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
10	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8

※担当利用者が70名を超える場合には、調査対象の利用者70名を担当利用者から無作為に選んでください。無作為抽出の方法の一例は、記入要領にてご説明しております。

問4. 担当利用者の状況（続き）

■ 2枚目（11人目～20人目）

利用者ID	① 種別 （該当番号ひとつ）	② モニタリング （1年あたり）	③ 年齢 （該当番号ひとつ）	④ 障害種別 （該当番号すべて）					⑤ 障害支援区分 （該当番号ひとつ）	⑥ 対象者特性 （該当番号すべて）	⑦ 居住特性 （該当番号ひとつ）	⑧ 対象者宅の訪問にかかる移動時間（片道） （該当番号ひとつ）																								
				乳幼児期（0～6歳）	学齢期（7～18歳）	成人期（19～64歳）	高齢期（65歳以上）	身体障害				知的障害	精神障害	難病	障害児	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	申請中、障害児、なし	強度行動障害を有する障害児者	重度心身障害児者	医療的ケアを要する障害児者（重心除く）	その他の障害児者	家族と同居	独居	グループホーム	施設入所	その他	10分未満	10分以上20分未満	20分以上30分未満	30分以上40分未満	40分以上50分未満
回答例	①	2	2	③	4	1	②	3	4	5	1	2	③	4	5	6	7	1	②	3	4	①	2	3	4	5	1	2	3	④	5	6	7	8		
11	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
12	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
13	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
14	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
15	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
16	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
17	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
18	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
19	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
20	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8

問4. 担当利用者の状況（続き）

■ 3 枚目（21人目～30人目）

利用者 ID	① 種 別 （該当 番号 ひとつ）	② 回 モ ニ タ リ ン グ （1年 あたり）	③ 年 齢 （該当 番号 ひとつ）	④ 障 害 種 別 （該当 番号 すべて）	⑤ 障 害 支 援 区 分 （該当 番号 ひとつ）						⑥ 対 象 者 特 性 （該当 番号 すべて）	⑦ 居 住 特 性 （該当 番号 ひとつ）	⑧ 対 象 者 宅 の 訪 問 時 間 （片道） （該当 番号 ひとつ）																							
	サ ー ビ ス 利 用 支 援	障 害 児 支 援 利 用 支 援	グ ル ー プ 計 画 に 記 載 さ れ て い る モ ニ タ リ ン グ 回 数 を 記 入 し て く だ さ い 。	乳 幼 児 期 （0～6歳）	学 齢 期 （7～18歳）	成 人 期 （19～64歳）	高 齢 期 （65歳以上）	身 体 障 害	知 的 障 害	精 神 障 害	難 病	障 害 児	区 分 1	区 分 2	区 分 3	区 分 4	区 分 5	区 分 6	申 請 中 、 障 害 児 、 な し	強 度 行 動 障 害 を 有 す る 障 害 児 者	重 度 心 身 障 害 児 者	医 療 的 ケ ア を 要 す る 障 害 児 者 （重 心 除 く）	そ の 他 の 障 害 児 者	家 族 と 同 居	独 居	グ ル ー プ ホ ー ム	施 設 入 所	そ の 他	1 0 分 未 満	1 0 分 以 上 2 0 分 未 満	2 0 分 以 上 3 0 分 未 満	3 0 分 以 上 4 0 分 未 満	4 0 分 以 上 5 0 分 未 満	5 0 分 以 上 6 0 分 未 満	6 0 分 以 上 9 0 分 未 満	9 0 分 以 上
回答例	①	2	回	1	2	③	4	1	②	3	4	5	1	2	③	4	5	6	7	1	②	3	4	①	2	3	4	5	1	2	3	④	5	6	7	8
21	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
22	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
23	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
24	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
25	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
26	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
27	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
28	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
29	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
30	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8

問4. 担当利用者の状況（続き）

■ 4 枚目（31人目～40人目）

利用者 ID	① 種 別 （該当番号ひとつ）	② 回 モ ニ タ リ ン グ （1年あたり）	③ 年 齢 （該当番号ひとつ）	④ 障 害 種 別 （該当番号すべて）				⑤ 障 害 支 援 区 分 （該当番号ひとつ）						⑥ 対 象 者 特 性 （該当番号すべて）	⑦ 居 住 特 性 （該当番号ひとつ）	⑧ 対 象 者 宅 の 訪 問 時 間 （片道） （該当番号ひとつ）																				
	サービス利用支援	障害児支援利用援助	サービス等利用計画、障害児支援利用計画を記入してください。	乳幼児期（0～6歳）	学齢期（7～18歳）	成人期（19～64歳）	高齢期（65歳以上）	身体障害	知的障害	精神障害	難病	障害児	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	申請中、障害児、なし	強度行動障害を有する障害児者	重度心身障害児者	医療的ケアを要する障害児者（重心除く）	その他の障害児者	家族と同居	独居	グループホーム	施設入所	その他	10分未満	10分以上20分未満	20分以上30分未満	30分以上40分未満	40分以上50分未満	50分以上60分未満	60分以上90分未満	90分以上
回答例	①	2	2回	1	2	③	4	1	②	3	4	5	1	2	③	4	5	6	7	1	②	3	4	①	2	3	4	5	1	2	3	④	5	6	7	8
31	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
32	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
33	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
34	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
35	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
36	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
37	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
38	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
39	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
40	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8

問4. 担当利用者の状況（続き）

■ 5 枚目（41人目～50人目）

利用者 ID	① 種 別 （該当番号ひとつ）	② 回 数 モ ニ タ リ ン グ （1年あたり）	③ 年 齢 （該当番号ひとつ）	④ 障 害 種 別 （該当番号すべて）	⑤ 障 害 支 援 区 分 （該当番号ひとつ）	⑥ 対 象 者 特 性 （該当番号すべて）	⑦ 居 住 特 性 （該当番号ひとつ）	⑧ 対 象 者 宅 の 訪 問 時 間 （片道） （該当番号ひとつ）																												
								サービス利用支援	障害児支援利用援助	サービス等利用計画、障害児支援利用計画に記載されているモニタリング回数を記入してください。	乳幼児期（0～6歳）	学齢期（7～18歳）	成人期（19～64歳）	高齢期（65歳以上）	身体障害	知的障害	精神障害	難病	障害児	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	申請中、障害児、なし	強度行動障害を有する障害児者	重度心身障害児者	医療的ケアを要する障害児者（重心除く）	その他の障害児者	家族と同居	独居	グループホーム	施設入所	その他	10分未満
回答例	①	2	2	1	2	③	4	1	②	3	4	5	1	2	③	4	5	6	7	1	②	3	4	①	2	3	4	5	1	2	3	④	5	6	7	8
41	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
42	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
43	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
44	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
45	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
46	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
47	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
48	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
49	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
50	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8

問4. 担当利用者の状況（続き）

■ 6 枚目（51人目～60人目）

利用者ID	① 種別 （該当番号ひとつ）	② モニタリング 回数 （1年あたり）	③ 年齢 （該当番号ひとつ）	④ 障害種別 （該当番号すべて）				⑤ 障害支援区分 （該当番号ひとつ）						⑥ 対象者特性 （該当番号すべて）	⑦ 居住特性 （該当番号ひとつ）	⑧ 対象者宅の訪問時間 （片道） （該当番号ひとつ）																				
	サービス 利用支援	障害児 支援利用 援助	サービス等 利用計画、 障害児支援利 グ回数を記 入してください。	乳幼児期 （0～6歳）	学齢期 （7～18歳）	成人期 （19～64歳）	高齢期 （65歳以上）	身体障害	知的障害	精神障害	難病	障害児	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	申請中、 障害児、 なし	強度行 動障害を 有する 障害児者	重度心 身障害児 者	医療的ケ アを要す る障害児 者（重心 除く）	その他の 障害児者	家族と 同居	独居	グループ ホーム	施設入 所	その他	10分未 満	10分以 上20分 未満	20分以 上30分 未満	30分以 上40分 未満	40分以 上50分 未満	50分以 上60分 未満	60分以 上90分 未満	90分以 上
回答例	①	2	2回	1	2	③	4	1	②	3	4	5	1	2	③	4	5	6	7	1	②	3	4	①	2	3	4	5	1	2	3	④	5	6	7	8
51	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
52	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
53	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
54	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
55	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
56	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
57	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
58	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
59	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
60	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8

利用者 ID	① 種 別 （該当番号ひとつ）	② モ ニ タ リ ン グ 回 数 （1年あたり）	③ 年 齢 （該当番号ひとつ）	④ 障 害 種 別 （該当番号すべて）	⑤ 障 害 支 援 区 分 （該当番号ひとつ）	⑥ 対 象 者 特 性 （該当番号すべて）	⑦ 居 住 特 性 （該当番号ひとつ）	⑧ 対 象 者 宅 の 訪 問 時 間 （片道） （該当番号ひとつ）																													
								90分以上	60分以上90分未満	50分以上60分未満	40分以上50分未満	30分以上40分未満	20分以上30分未満	10分以上20分未満	10分未満	その他	施設入所	グループホーム	独居	家族と同居	その他の障害児者	医療的ケアを要する障害児者（重心除く）	重度心身障害児者	強度行動障害を有する障害児者	申請中、障害児、なし	区分6	区分5	区分4	区分3	区分2	区分1	障害児	難病	精神障害	知的障害	身体障害	高齢期（65歳以上）
回答例	①	2	2	③	4	1	②	3	4	①	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
61	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	
62	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	
63	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	
64	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	
65	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	
66	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	
67	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	
68	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	
69	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	
70	1	2	回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	



障害福祉サービス等報酬改定検証調査
(平成30年度調査)

相談支援専門員の担当件数の実態把握及び
標準担当件数の妥当性に関する調査研究

《 記 入 要 領 》

目 次

1. 本調査について 1
2. インターネットからの提出について 2
3. 事業所票の記入要領 3
4. 職員票の回答方法と記入要領 6

◆本冊子は、本調査専用ホームページ（<https://h30shogaifukushi.jp/>）からPDFファイルのダウンロードも可能です。

◆紙の調査票にてご回答の場合は、同封した返信用封筒で返送してください。電子調査票にてご回答の場合は、本調査専用ホームページにてアップロードしてください。なお、提出期限は平成30年11月16日（金）となっております。

ご不明な点などございましたら、下記お問い合わせ先までご連絡ください。

お問い合わせ先：「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）」事務局
フリーダイヤル： 電話 0120-088-920 [平日9:30～17:00]
FAX 0120-088-930
Eメール : jimukyoku-5@h30shogaifukushi.jp

1. 本調査について

(1) 調査の目的

・本調査は、平成30年度の障害福祉サービス等報酬改定後の効果検証、及び次期（平成33年度）報酬改定に向けた障害福祉サービスのあり方や質の評価の検討に資するための基礎資料を得ることを目的として実施するものです。

(2) 調査の実施主体

・本調査は、厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部から「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）」の委託を受けた「みずほ情報総研株式会社」が実施するものです。
・本調査でご回答いただいた情報については、取り扱いに十分留意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ありません。

(3) 調査対象

・本調査の対象の事業所は、全国の計画相談支援、障害児相談支援事業所のうち、平成29年10月～平成30年3月の請求実績のある事業所から無作為抽出をしています。

(4) 一般的な注意事項

・調査票の記入は、対象サービスの管理をされている方などをお願いいたします。
・調査票の記入内容について確認させていただく場合がありますので、調査票は複写したものを1部お手元に保存してください。インターネットの本調査専用ホームページから電子調査票をダウンロードして提出された場合には、データの保存をお願いします。
・調査票の記入にあたり、不明な点がある場合は、下記までお問合せください。

「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）」事務局
【電 話】：0120-088-920（フリーダイヤル）
※受付時間 平日 9：30～17：00（土・日・祝日を除く）
【FAX】：0120-088-930
【メール】：jimukyoku-5@h30shogaifukushi.jp

(5) 調査票記入上の留意点

・特に時点を示してあるもの以外は、平成30年9月30日現在でご回答ください。
・調査票は、黒のHBの鉛筆か黒のボールペンで、楷書で明確に記入してください。
・桁のある数字を記入する場合は、右詰めで記入してください。
・数字を記入する欄が「0」の場合は、必ず「0」を記入してください（例えば、回答人数が0人の場合は、無記入ではなく必ず「0」と記入してください）。
・誤って記入したときは、消しゴムで消すか、二重線を引き、正しい数字を記入してください。
・調査票の記入内容について確認させていただく場合がございますので、調査票1ページの該当箇所に問合せ窓口となる電話番号、FAX番号、メールアドレス、担当者氏名を記入してください。

2. インターネットからの提出について

本調査専用ホームページ（<https://h30shogaifukushi.jp/>）から、電子調査票（Excelファイル）及び電子調査票の使い方（PDFファイル）をダウンロードできます。また、記入済みの電子調査票をアップロードして提出できます。

■本調査専用ホームページへのログイン

・インターネットブラウザに下記のURLを入力してください。
※URLのはじまりは「https://」です。ご注意ください。

<https://h30shogaifukushi.jp/>

・ログインIDとパスワードを入力する画面が表示されます。
・ログインIDとパスワードは、同封した調査票（事業所票）の表紙（1ページ目）に記しています。
ログイン画面でIDとパスワードを入力した後、「ログイン」ボタンをクリックしてください。

<ログインIDとパスワードの印字位置>

・宛名
法人所在地、調査対象施設・事業所の運営法人名など
・提出期限
・本調査の内容について

■本調査専用ホームページのログインIDとパスワード

(1) ログインID	
(2) ログイン・パスワード	

・ご担当者・連絡先の記入

電話番号、FAX、メールアドレス、担当者名など

・貴事業所における平成30年9月の相談支援業務の活動状況

■電子調査票の受信（ダウンロード）

・ログイン後のトップページの「電子調査票の受信（ダウンロード）」ボタンをクリックすると、ページが移り、電子調査票等をダウンロードできます。

■電子調査票の送信（アップロード）

・ログイン後のトップページの「電子調査票の送信（アップロード）」ボタンをクリックすると、ページが移り、電子調査票をアップロードできます。

※さらに詳しい手順等は、ダウンロードした「電子調査票の使い方（PDF）」をご覧ください。

3. 事業所票の記入要領

事業所票（1部を同封）について、各設問の回答形式及び記入要領について説明を行っている場合は、説明を記載しているページ番号（以下の表の「要領」欄）を示しています。

表 3 - 1 事業所票の各設問の回答形式及び記入要領説明ページ番号の一覧

※回答形式「シンガルフアンサー」は 1 つだけ選択可の選択肢であることを、「マルチファンサー」は複数選択可の選択肢であることを表しています。

設問	回答形式	要領
問 1 事業所の設立年月	☐ 数値を記入	
問 2 経営主体	◇シンガルフアンサー	
問 3 相談支援業務における指定状況	◆マルチファンサー	p.4
問 4 サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成実績	◇シンガルフアンサー	p.4
問 5 サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成件数	☐ 数値を記入	p.4
問 6 同一事業所における他サービスの実施状況	◆マルチファンサー	p.4
問 7 貴事業所における相談支援専門員の基本情報		
① 性別	◇シンガルフアンサー	
② 年齢	☐ 数値を記入	
③ 就業形態	◇シンガルフアンサー	p.4
④ 専従状況（9月）	◇シンガルフアンサー	p.5
⑤ 兼務職種（9月）	◆マルチファンサー	p.5
⑥ 兼務時間（9月）	☐ 数値を記入	p.5
⑦ 総勤務時間（9月）	☐ 数値を記入	p.5
⑧ 経験年数	☐ 数値を記入	p.5
⑨ 担当利用者の有無（4月～9月）	◇シンガルフアンサー	

問 3 相談支援業務における指定状況

- ・調査対象事業所の相談支援業務における指定等の状況について、地域生活支援事業も含めて該当するものすべてをご回答ください。

問 4 サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成実績

- ・平成30年4月～平成30年9月の半年間に、事業所でサービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成実績があるかどうかをご回答ください。

問 5 サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成件数

- ・平成30年4月～平成30年9月の半年間に、サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成実績がある事業所は、その作成件数（半年分）をご回答ください。サービス等利用計画のサービス等利用支援と継続サービス等利用支援、障害児支援利用計画の障害児支援利用援助と継続障害児支援利用援助の別に作成件数をご記入ください。
- ・対象者が障害児の場合でも、サービス等利用計画として作成されている計画は、「サービス等利用計画」に区分してください。
- ・「実利用者数」：平成30年9月30日時点の計画期間が継続している利用者数、及び平成30年4月～9月に計画期間が終了し更新しなかった利用者数の合計をご記入ください。

問 6 同一事業所における他サービスの実施状況

- ・同一事業所で実施している他サービスとは、同一法人（実質的な同一経営を含む）が同一又は隣接の敷地内で、他の障害福祉サービス、地域生活支援事業、介護保険サービス、医療保険サービス等のサービス等事業を運営している場合をいいます。
- ・調査対象事業所に併設事業所がある場合は、該当するものをすべて選んでください。
- ・併設事業所があり、選択肢に該当する事業がない場合は、「17 その他」にその事業の具体名をご記入ください。

問 7 貴事業所における相談支援専門員の基本情報

- ・相談支援専門員の基本情報については、平成30年4月1日から9月30日の半年間に、1日以上貴事業所の相談支援業務に従事した相談支援専門員全員について、ご記入ください。上記期間中に、貴事業所を退職された相談支援専門員の情報については、記載の必要はありません。
- ・「③ 就業形態」：常勤・非常勤の別を選んでください。なお、常勤職員とは、「当該事業所において定められた常勤の従事者が勤務すべき勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務する職員」のことで、この条件を満たすパート職員等は常勤職員となります。他サービスを兼任し、相談支援専門員としての業務が少ない場合でも、就業形態として常勤職員であれば「常勤」を選んでください。

問7 貴事業所における相談支援専門員の基本情報 (続)

- ・「④ 専従状況 (9月)」：平成30年9月の一ヶ月間における専従状況として、該当するものを選んでください。
- ・「⑤ 兼務職種」：「④ 専従状況」で「相談支援業務以外を兼務」を選んだ場合のみご記入ください。なお、「⑤ 兼務職種」については、対象の相談支援専門員が、同一事業所または他事業所において相談支援業務以外のおサービス業務に従事している場合に、従事している他サービス業務として、該当するものすべて選んでください。また、他サービスとは、相談支援業務以外の障害福祉サービス、地域生活支援事業、介護保険サービス、医療保険サービス等を指します。他サービスとして該当するものが無い場合には、「その他」を選んでください。
- ・「⑥ 兼務時間 (9月)」：対象の相談支援専門員が、平成30年9月の一ヶ月間に、同一事業所または他事業所において相談支援業務以外のおサービス業務に従事していた場合に、それらに従事していた時間 (9月の一ヶ月間) をご記入ください。相談支援業務専従の場合には、0 (ゼロ) とご記入ください。
- ・「⑦ 総勤務時間 (9月)」：平成30年9月の一ヶ月間に、対象の相談支援専門員が相談支援業務に従事していた時間、及び、上記の「⑥ 兼務時間 (9月)」を合わせた時間をご記入ください。
- ・「⑧ 経験年数」：平成30年9月30日時点において、対象の相談支援専門員が、相談支援専門員の資格を得て相談支援業務に従事した年数を記入してください。本人が調査対象事業所に所属する前にも経験を有している場合は、その年数も含めます。(事業所の所属とは別に、個人の経験年数を回答してください。)
- ・「⑨ 担当利用者の有無 (平成30年4月～9月)」：平成30年9月30日時点で担当する利用者、及び平成30年4月1日から9月30日までに支給決定の有効期間が終了し、更新をしなければ担当利用者の有無を指します。計画作成の有無に関わらず、該当する相談支援専門員が、事業所において担当されている利用者があるかどうかをご回答ください。なお、事業所で担当制などがない場合に、主担当・副担当などの体制で副担当にあたっている場合などは、担当する利用者としてカウントする必要はありません。該当の相談支援専門員が主となって担当する利用者がいない場合は、なしを記入してください。
- ・回答欄は、10名分まで用意していますが、足りない場合は、回答欄をコピーして追加してください。追加された回答欄については、「職員ID」を11番～の連番に修正してください。

4.1 職員票の回答方法と記入要領

職員票の前処理と対象職員への回答依頼

- ・本調査では、事業所票とは別に、相談支援専門員にご回答いただく「職員票」を用意しています。
- ・職員票の対象者は、事業所票の間7でご記入いただいた相談支援専門員のうち、「⑨ 担当利用者の有無 (4月～9月)」で「あり」を選択したもの、すなわち、「平成30年4月～平成30年9月の半年間における担当利用者」が1名以上いる職員全員です。
- ・上記に該当する相談支援専門員に、事業所のご担当者様より、職員票の回答をご依頼ください。その際、職員票の表紙に、それぞれ、「事業所ID」、及び、事業所票の間7で記入いただいた相談支援専門員の「職員ID」を記載し、各「職員ID」に該当する職員に、それぞれ対応する職員票を配布して回答をご依頼ください。
- ・または、対象職員に、「事業所ID」、及び、それぞれの「職員ID」を伝え、回答の際に、調査票に必ず「職員ID」を記入するようにご依頼ください。
- ・「事業所ID」は、同封した調査票 (事業所票) の表紙 (1ページ目) に記載しております、「ロ グインID」と同一です。
- ・職員票は、10部を同封しておりますが、足りない場合は、お手数をおかけしますが、調査票をコピーいただくようお願いいたします。
- ・なお、電子調査票をインターネットからご提出いただく場合についても、同様に、職員の表紙に「事業所ID」、及び、事業所票の間7で記入いただいた相談支援専門員の「職員ID」をご入力の上、各「職員ID」に該当する職員に、それぞれ対応する職員票の回答をご依頼ください。

事業所票の間7の回答と、職員票の照合ができない場合、正確な分析が困難となりますので、職員票に必ず「事業所ID」と「職員ID」をご記入いただきますよう、よろしくお願いいたします。

職員票の記入要領

- ・職員票の記入要領の詳細については、次ページに記載しております。調査対象となる職員に、説明をよく読んでご回答いただくようご依頼をお願いいたします。

職員票の回収

- ・回答の終了した職員票については、郵送でご返送いただく場合は、事業所で取りまとめたいただき、事業所票とまとめて返信用封筒でご返送ください。
- ・調査票をインターネットからご提出いただく場合にも、同様に、事業所で取りまとめたいただき、アップロードしていただくようお願いいたします。

4.2 職員票の記入要領

職員票（１０部を同封）について、各設問の回答形式及び記入要領について説明を行っている場合は、説明を記載しているページ番号（以下の表の「要領」欄）を示しています。

表 4-1 職員票の各設問の回答形式及び記入要領説明ページ番号の一覧

※回答形式「シંગガルアンサー」は１つだけ選択可の選択肢であることを、「マルチアンサー」は複数選択可の選択肢であることを表しています。

設問	回答形式	要領
問 1 性別	◇シંગガルアンサー	
問 2 年齢	□数値を記入	
問 3 計画作成状況	□数値を記入	p.7
問 4 担当利用者の状況		
①種別	◇シંગガルアンサー	
②モニタリング回数	□数値を記入	p.7
③年齢（階級）	◇シંગガルアンサー	
④障害種別	◆マルチアンサー	
⑤障害支援区分	◇シંગガルアンサー	
⑥対象者特性	◆マルチアンサー	
⑦居住特性	◇シંગガルアンサー	
⑧対象者宅の訪問にかける移動時間（片道）	◇シંગガルアンサー	

問 3 計画作成状況

・「担当する利用者（平成30年4月1日から9月30日の半年間）」：平成30年9月30日時点で担当する利用者、及び平成30年4月1日から9月30日までに支給決定の有効期間が終了し、更新をしなかった担当利用者であり、計画作成の有無に関わらず、事業所においてあなたが担当とされている利用者を指します。なお、事業所で担当制などがない場合、主担当・副担当などの体制で副担当にあたる場合などは、担当する利用者数としてカウントする必要はありません。自分が主となって担当する利用者かいない場合は、0（ゼロ）をご記入ください。

問 4 担当利用者の状況

・「② モニタリング回数」：サービス利用支援・障害児支援利用援助に記載されているモニタリング回数（1年間あたり）をご記入ください。

（例）「3か月毎」と記載がある場合、回答欄には「4回」とご記入ください。また、「6月・9月・12月・3月」と記載がある場合、回答欄には「4回」とご記入ください。

・回答欄は、70名分まで用意していますが、70名を超える場合には、調査対象の利用者70名を担当利用者から無作為に選んでください。無作為抽出の一例は次ページに記載しております。

調査対象利用者の選び方

・調査対象となる利用者は、調査票の回答者である相談支援専門員が、事業所において、平成30年4月1日から9月30日の半年間に担当した利用者、及び、平成30年9月30日時点で担当している利用者から無作為に選んでください。

・なお、調査対象となる利用者が70人以下の場合は、全員が対象となります。抽出は必要ありません。

【無作為抽出の方法】

・上記に該当する利用者をすべてリストアップし、名字の五十音順で並べます。（性別、年齢などは無視し、名字のみで並べます。同姓の場合は名前の五十音順で並べます。）

・利用者のリストに、先頭1番から番号を振ります。

・番号の1番から順に、以下の抽出式に基づき計算を行うと、70人が抽出されます。その利用者を調査対象とします。

抽出式：（リストの番号÷P+0.4）の整数部分 （Pはリストの全人数÷70）

抽出式でそれぞれ最初に出てきた1〜70に該当する利用者を対象とする

例）140人から70人を抽出する場合（P＝140÷70＝2.0）

番号	利用者の名字	抽出式	調査対象
1	アオキ	1÷2.0+0.4＝0.9	整数部分 0 ×
2	アヲノ	2÷2.0+0.4＝1.4	整数部分 1 ○（最初の1）
3	イノウエ	3÷2.0+0.4＝1.9	整数部分 1 ×
4	エシヤ	4÷2.0+0.4＝2.4	整数部分 2 ○（最初の2）
5	カトウ	5÷2.0+0.4＝2.9	整数部分 2 ×
6	キムラ	6÷2.0+0.4＝3.4	整数部分 3 ○（最初の3）
7	コトノウ	7÷2.0+0.4＝3.9	整数部分 3 ×

133	ナカムラ	133÷2.0+0.4＝66.9	整数部分 66 ×
134	ハシモト	134÷2.0+0.4＝67.4	整数部分 67 ○（最初の67）
135	ホシダ	135÷2.0+0.4＝67.9	整数部分 67 ×
136	ミキ	136÷2.0+0.4＝68.4	整数部分 68 ○（最初の68）
137	ムライ	137÷2.0+0.4＝68.9	整数部分 68 ×
138	ヤノ	138÷2.0+0.4＝69.4	整数部分 69 ○（最初の69）
139	ワケイ	139÷2.0+0.4＝69.9	整数部分 69 ×
140	ワタナベ	140÷2.0+0.4＝70.4	整数部分 70 ○（最初の70）

※本調査専用ホームページから、「抽出用シート」をダウンロードできます。ご利用ください。



就労移行支援及び就労継続支援サービスの提供実態に関する調査 〔事業所票〕

調査票（事業所票及び職員票）は同封した返信用封筒にて、まとめてご返送ください。
電子調査票にてご回答の場合は、本調査専用ホームページにてアップロードしてください。
ご提出期限は、平成30年11月16日（金）です。

ご不明な点などございましたら、下記お問合せ先までご連絡ください。

お問合せ先：「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）」事務局

フリーダイヤル：電話 0120-088-920 [平日 9:30～17:00]

FAX 0120-088-930

Eメール：jimukyoku-5@h30shogaifukushi.jp

ホームページ：https://h30shogaifukushi.jp/

※ 就労移行支援サービスについてご回答をお願いします。

（提出期限 平成30年12月25日）

■ 本調査専用ホームページ (https://h30shogaifukushi.jp/)

ログインID	
パスワード	

■ ご担当者・連絡先の記入

本調査のご担当者及び連絡先を記入してください。

住所・法人名・ 事業所名の確認	※上記宛先の法人名、法人本部住所、事業所名、事業所住所に誤りがある場合、 下欄に正しい情報を記載してください。（誤りがない場合は記載不要です。）		本部住所	
	法人名	事業所名	住所	
調査票に 関係する 担当者	電話番号	-	-	(内線)
調査票に 関係する	ファクス番号	-	-	
調査票に 関係する	e-mail	@		
担当者	ふりがな		部署	

■ 貴事業所における平成30年9月の就労移行支援サービスの活動状況

該当する番号を1つ選んで回答欄に記入してください。

1 活動中（平成30年9月の利用実績がある）	
2 休止中（平成30年9月の利用実績がない場合を含む）、廃止、実施していない	

回答

⇒ 上記「活動状況」で「2」と回答した場合、次ページ以降は回答せず、このまま調査票を返送してください。

【提出期限：平成30年12月25日（火）までに、ご提出をお願いします】

§1. 事業所の基本情報

■経営主体

問1. 調査対象サードスの経営主体について、該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください。
(平成30年9月30日現在)

1 都道府県・市区町村・一部事務組合 (公設公営)	2 都道府県・市区町村・一部事務組合 (公設民営)
3 社会福祉協議会	4 社会福祉法人 (社会福祉協議会以外)
5 医療法人	6 営利法人 (株式会社・合資・合同会社)
7 特定非営利活動法人 (NPO)	8 国・のぞみの園・独立行政法人国立病院機構
9 独立行政法人 (のぞみの園・国立病院機構以外)	10 その他の法人 (社団・財団・農協・生協・学校等)

回答欄

■事業所の設立年月

問2. 調査対象サードスの事業所の設立年月を回答欄に記入してください。

事業所設立年月	回答欄	西暦	年	月
---------	-----	----	---	---

■事業の実施形態

問3. 平成30年9月30日に事業所で実施されている事業について、該当する番号すべてに○をつけてください。
(単独型の場合は1つ、多機能型事業所や就労定着支援を併せて実施している場合は2つ以上に○)

1 就労移行支援	1
2 就労継続支援 A 型	2
3 就労継続支援 B 型	3
4 就労定着支援	4
5 生活介護	5
6 自立訓練 (機能訓練)	6
7 自立訓練 (生活訓練)	7
8 その他	8

該当番号に○

■事業の主たる対象とする障害種別

問4. 調査対象サードスについて、運営規程において主たる対象とする障害種別を定めている場合、該当する番号すべてに○をつけてください。(平成30年9月30日現在)

1 身体障害	1
2 知的障害	2
3 精神障害	3
4 発達障害	4
5 高次脳機能障害	5
6 難病	6
7 特に決めているない	7

該当番号に○

§2. 職員の状況

■従事する職員数

問5. 平成30年9月に在籍した全職員数を回答欄に記入してください。1から11の職員配置がある場合は、その人数を記入してください (別冊の「記入要領の5ページ参照」)。

【常勤換算の方法】

- ・常勤専従の場合、従事者1人=1.0です。
- ・常勤兼務、非常勤の場合、従事した勤務時間を施設・事業所が定めている「常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」で割り、小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位までを計算します。
- ・ただし、「施設・事業所が定めている常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」が32時間未満の場合は、換算する分母は32時間とします。
- ・得られた結果が0.1に満たない場合は0.1とします (最小値は0.1とし、0にはしないでください)。

	全職員数	常勤職員 (実人数)	非常勤職員 (実人数)	非常勤職員 (常勤換算人数)
1 社会福祉士	回答欄	人	人	人
2 介護福祉士	回答欄	人	人	人
3 作業療法士	回答欄	人	人	人
4 理学療法士	回答欄	人	人	人
5 言語聴覚士	回答欄	人	人	人
6 精神保健福祉士	回答欄	人	人	人
7 ジョブコーチ (職場適応援助者) 養成研修修了者	回答欄	人	人	人
8 営利企業経験者※ (65歳未満)	回答欄	人	人	人
9 営利企業経験者※ (65歳以上)	回答欄	人	人	人
10 目標工賃達成指導員	回答欄	人	人	人
11 賃金向上達成指導員	回答欄	人	人	人

※：介護・福祉分野以外の一般企業の職場経験者をさす。

§3. 事業所の定員・開所日数・延べ利用者数、利用者の状況

■事業所の定員・開所日数・延べ利用人数、利用者の状況

問6. 調査対象サービスの実用定員、及び平成30年9月にサービスを提供した障害種別の実利用者数について記入してください。

- ※ 重複の場合は、「主たる障害」で回答してください。判断に迷う場合は、若番優先で回答してください。
- ※ 発達障害、高次脳機能障害は精神障害に該当しますが、精神障害には記載せずにそれぞれの障害に記入してください。
- ※ 身体障害と難病が重複する場合は、身体障害者手帳を所持していれば身体障害に記入し、身体障害者手帳を所持しておらず法に定める疾病に該当する場合は難病に記入してください。

定員数	回答	人
1 身体障害	回答	人
2 知的障害	回答	人
3 精神障害	回答	人
4 発達障害	回答	人
5 高次脳機能障害	回答	人
6 難病	回答	人

問7. 平成30年9月の就労移行支援の開所日数を記入してください。

就労移行支援の開所日数	回答	日
-------------	----	---

問8. 平成30年9月の就労移行支援の延べ利用者数を記入してください。

就労移行支援の延べ利用者数	回答	人
---------------	----	---

問9. 平成30年9月の利用者の障害者手帳等の所持者数を記入してください。

※ 手帳等を複数所持している場合はそれぞれカウントしてください。このため問6とは記載方法が異なります。

1 身体障害者手帳 1 級	回答	人
2 身体障害者手帳 2 級	回答	人
3 身体障害者手帳 3 級	回答	人
4 身体障害者手帳 4 級	回答	人
5 身体障害者手帳 5 級	回答	人
6 身体障害者手帳 6 級	回答	人
7 療育手帳（重度・最重度）	回答	人
8 療育手帳（重度以外）	回答	人
9 精神保健福祉手帳 1 級	回答	人
10 精神保健福祉手帳 2 級	回答	人
11 精神保健福祉手帳 3 級	回答	人
12 障害者手帳なし（申請含む）	回答	人
13 指定難病受給者証	回答	人
14 等級不明	回答	人

問10. 平成30年9月の、在籍中の利用者の障害年金等の受給者数について記入してください。

1 障害基礎年金 1 級のみ	回答	人
2 障害基礎年金 2 級のみ	回答	人
3 障害基礎年金 1 級 + その他の年金 *1	回答	人
4 障害基礎年金 2 級 + その他の年金 *1	回答	人
5 その他の年金のみ *1	回答	人
6 受給なし	回答	人
7 不明	回答	人
8 うち、生活保護受給者 *2	回答	人

- * 1 : その他の年金とは、障害厚生年金、障害共済年金、労災保険の傷病（補償）年金のことをいう。
- * 2 : 生活保護受給者は1～7の人数とは別に、内数として記載してください。

§4. 平成30年9月の就労定着支援の実施状況

■平成30年9月の就労定着支援の実施状況

問11. 平成30年9月に、就労定着支援を実施して報酬を算定していますか。

1 はい	回答
2 いいえ	回答

※ 下記の付問11-1、付問11-2については、問11で「はい」と回答した方のみお答えください。

付問11-1. 平成30年9月の就労定着支援の報酬算定区分について、該当する番号を選んで記入してください。

利用定員	9割以上	8割以上	7割以上	5割以上	3割以上	1割以上	1割未満
20人以下	1 3,200単位 / 月	2 2,640単位 / 月	3 2,120単位 / 月	4 1,600単位 / 月	5 1,360単位 / 月	6 1,200単位 / 月	7 1,040単位 / 月
21人以上 40人以下	8 2,560単位 / 月	9 2,112単位 / 月	10 1,696単位 / 月	11 1,280単位 / 月	12 1,088単位 / 月	13 960単位 / 月	14 832単位 / 月
41人以上	15 2,400単位 / 月	16 1,980単位 / 月	17 1,590単位 / 月	18 1,200単位 / 月	19 1,020単位 / 月	20 900単位 / 月	21 780単位 / 月

回答

付問11-2. 平成30年9月の就労定着支援の実利用者数を記入してください。

就労定着支援の実利用者数	回答	人
--------------	----	---

§5. 報酬改定前後の事業状況

■平成30年 1月から平成30年11月の間における事業変更の状況

問12. 平成30年 1月から平成30年11月の間で調査対象サービスに事業変更がありましたか。
該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください。

1	調査対象サービスに事業変更はない	回答
2	調査対象サービスに事業変更があった	
3	これから調査対象サービスの見直し、事業変更を行う予定	

→ ☆下記の付問12-1～付問12-3については、問12で回答番号2と3を選んだ方のみお答えください。

付問12-1. 事業変更内容はどのようなものですか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1	就労継続支援A型から就労移行支援へ転換した	1	
2	就労継続支援B型から就労移行支援へ転換した	2	
3	その他の障害福祉サービスから就労移行支援へ転換した	3	
4	就労移行支援から就労継続支援A型へ転換予定	4	
5	就労移行支援から就労継続支援A型へ転換予定	5	
6	就労移行支援からその他の障害福祉サービスへ転換予定	6	
7	廃止予定（事業廃止し、事業変更した場合又は事業変更する予定の場合は1～6を選択）	7	
8	その他（具体的に）	8	

付問12-2. 調査対象サービスの転換や統合を行った場合、主な理由について該当する番号一つに○をつけてください。

1	一般就労への移行実績が少なかつたから	1	
2	利用者の確保が難しかったから	2	
3	圏域内に法人以外の就労移行支援事業所が多く設立されたから	3	
4	その他（具体的に）	4	

付問12-3. 調査対象サービスの転換や統合を行った場合、もともと利用されていた利用者は、どうされましたか。該当する番号一つに○をつけてください。

1	利用者全員が転換後の事業をそのまま利用している	1	
2	利用者全員を他の事業所の適切なサービスの利用につなげた	2	
3	そのまま利用している利用者和其他のサービス利用につなげた利用者がいる	3	
4	その他（具体的に）	4	

問13. 平成30年 1月から平成30年11月の間で職員の配置に変更がありましたか。
該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください。

1	変更はない	回答
2	変更があった	
3	これから見直し、変更を行う予定	

→ ☆下記の付問13については、問13で回答番号2と3を選んだ方のみお答えください。

付問13. 変更した内容はどのようなものですか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1	常勤職員を増やした	1	
2	常勤職員を減らした	2	
3	非常勤職員を増やした	3	
4	非常勤職員を減らした	4	
5	有資格者※を増やした	5	
6	有資格者※を減らした	6	
7	勤務時間のある特定の1種類に固定しないなど勤務シフトを見直した	7	
8	その他（具体的に）	8	

※：有資格者は社会福祉士、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士等のこと。

■改定前後での就労支援についての新たな取組み（就労移行支援）

問14. 平成30年度の報酬改定を契機として、事業所で就労支援（就労移行支援）について新しく取組みを始めたことがありますか。該当する番号を一つ選んでください。

1	はい	回答
2	いいえ	

→ ☆下記の付問14については、問14で回答番号1を選んだ方のみお答えください。

付問14. 就労支援（就労移行支援）について、どのような新しい取組みを始めましたか。

該当する番号すべてに○をつけてください。

1	一般就労に向けた支援内容の見直し	1	
2	実習先の確保・拡充	2	
3	一般企業や団体との連携強化・業務提携	3	
4	新商品や新サービスの開発・商品改良	4	
5	施設外就労先の確保・拡充	5	
6	利用者の職業能力評価を実施	6	
7	新規販路の開拓、販売先の見直し	7	
8	その他（具体的に）	8	

■サービス利用につながらなかった事例

問15. 平成30年度4月～11月において、新規のサービス利用につながらなかった事例がありますか。

該当する番号を一つ選んで○をつけ、あった場合は、実人数を記入してください。

1	あった	該当 番号に○	1	回答	人
2	なかった	2			

☆下記の付問15については、問15で回答番号1を選んだ方のみお答えください。

付問15. 新規のサービス利用につながらなかった理由について、事業所として判断した理由に該当する

番号すべてに○をつけてください。

1	障害により事業所の作業の実施が難しいとみられるため	1	
2	加齢により事業所の作業の実施が難しいとみられるため	2	
3	当該事業所の現員からは利用申込みに応じきれないため	3	
4	運営規程に主たる対象とする障害者を定めており、該当しない者から利用申込みがあったが、適切なサービスを提供することが困難なため	4	
5	入院治療が必要なため	5	
6	週の利用が1日や2日など毎日事業所を利用することが困難なため	6	
7	長時間の作業や労働が難しいとみられるため	7	
8	一般就労への移行が困難と思われるため	8	
9	職員数が不足しているため	9	
10	その他（具体的に）	10	

問16. 平成30年度4月～11月において、利用者の中でサービスの利用継続が難しくなった事例がありますか。

該当する番号を一つ選んで○をつけ、あった場合は、実人数を記入してください。

1	あった	該当 番号に○	1	回答	人
2	なかった	2			

☆下記の付問16については、問16で回答番号1を選んだ方のみお答えください。

付問16. サービスの利用継続が難しくなった理由について、該当する番号すべてに○をつけてください。

1	加齢により事業所の作業の実施が難しいため	1	
2	入院治療が必要なため	2	
3	長時間の作業や労働が難しいため	3	
4	週の利用が1日や2日など毎日事業所を利用することが困難なため	4	
5	一般就労への移行が困難と思われるため	5	
6	支給決定期間内に就職できなかったため	6	
7	その他（具体的に）	7	

§6. 調査対象サービスを終了した利用者の状況

■サービス終了者数、行き先

問17. それぞれの期間におけるサービス終了者の状況について記入してください。

	29年4月～9月	30年4月～9月
サービス終了者数	回答	回答

問18. それぞれの期間のサービス終了者の行き先について記入してください。

※問18の1～15（2を除く）の合計数が、問17のそれぞれの時期の人数と一致するように記入してください。

	サービス終了者の行き先	29年4月～9月	30年4月～9月
1	就職*1	回答	回答
2	就職のうち、在宅雇用	回答	回答
3	復職*2	回答	回答
4	自営・起業（内職除く）	回答	回答
5	内職（在宅就業を含む）	回答	回答
6	就労継続支援A型	回答	回答
7	就労継続支援B型	回答	回答
8	就労移行支援事業所	回答	回答
9	生活介護	回答	回答
10	介護保険サービス（入所・通所）	回答	回答
11	入院	回答	回答
12	死亡	回答	回答
13	転居	回答	回答
14	その他	回答	回答
15	不明	回答	回答

* 1：一般企業等に新たに雇用された者。A型は除く。

* 2：一般企業等を休職して元々の企業等に復職した者。

§7. 一般就労移行者の状況（平成29年度）

■一般就労の状況

問19. 平成29年度の一般就労移行者数（雇用者）を記入してください。

	29年度
一般就労移行者数（雇用者）	回答人

* 1：一般就労者移行者とは、企業や公的機関などに就職して、雇用契約を結んで働く者のこと。

問20. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の障害種別の人数を記入してください。

- ※ 重複の場合は、「主たる障害」で回答してください。判断に迷う場合は、若番優先で回答してください。
- ※ 発達障害、高次脳機能障害は精神障害に該当しますが、精神障害には記載せずにそれぞれの障害に記入してください。
- ※ 身体障害と難病が重複する場合は、身体障害者手帳を所持していれば身体障害に記入し、身体障害者手帳を所持しておらず法に定める疾病に該当する場合は難病に記入してください。

	29年度
1 身体障害	回答人
2 知的障害	回答人
3 精神障害	回答人
4 発達障害	回答人
5 高次脳機能障害	回答人
6 難病	回答人

問21. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の雇用形態別の人数を記入してください。

	29年度
1 正規職員	回答人
2 非正規（無期）	回答人
3 非正規（有期）	回答人
4 派遣（1～3を除く）	回答人
5 その他	回答人

問22. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の勤務先の企業等の種類を記入してください。

	29年度
1 特例子会社	回答人
2 特例子会社でない企業	回答人
3 公務部門（国の行政機関、地方公共団体）	回答人
4 その他	回答人

問23. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の勤務先の企業等の従業員人数を記入してください。

企業規模別	29年度
1 1000人以上	回答人
2 500人以上1000人未満	回答人
3 300人以上500人未満	回答人
4 100人以上300人未満	回答人
5 50人以上100人未満	回答人
6 50人未満	回答人

問24. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の勤務形態別の人数を記入してください。

	29年度
1 フルタイム	回答人
2 短日勤務・短時間勤務	回答人
3 フレックス	回答人
4 裁量労働	回答人
5 その他	回答人

問25. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の就業先の職業別の人数を記入してください。

	29年度
1 管理的職業	回答人
2 専門的・技術的職業	回答人
3 事務的職業	回答人
4 販売の職業	回答人
5 サービスの職業	回答人
6 保安の職業	回答人
7 農林漁業の職業	回答人
8 生産工程の職業	回答人
9 輸送・機械運転の職業	回答人
10 建設・採掘の職業	回答人
11 運輸・清掃・包装等の職業	回答人

問26. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の、雇用契約時点での労働条件における週あたりの
所定労働時間別の人数を記入してください。

		29年度	
1	10時間未満	回答	人
2	10時間以上20時間未満	回答	人
3	20時間以上30時間未満	回答	人
4	30時間以上40時間未満	回答	人
5	40時間以上	回答	人

問27. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の、雇用契約時点での労働条件における週の所定勤務日数を
記入してください。

		29年度	
1	1日	回答	人
2	2日	回答	人
3	3日	回答	人
4	4日	回答	人
5	5日	回答	人
6	6日	回答	人

問28. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の、雇用契約時点での労働条件における給与の支払い方法
について記入してください。

		29年度	
1	時給	回答	人
2	日給	回答	人
3	週給	回答	人
4	月給	回答	人
5	その他	回答	人

☆ 以下の間は、調査対象サービスが「就労移行支援」の事業所のみお答えください。

58. 就労移行支援の基本報酬と加算の取組み状況（平成29年9月、平成30年9月）

■平成29年9月の基本報酬と加算の状況（就労移行支援）

問S1. 平成29年9月に「就労移行支援」を実施していましたか。

1 はい

2 いいえ

回答

→ ☆下記の付問S1-1、付問S1-2については、問S1で「はい」と回答した方のみお答えください。

付問S1-1. 調査対象サービスの平成29年9月の利用定員を記入してください。

定員数

回答

人

付問S1-2. 平成29年9月の基本報酬区分について、該当する番号を選んで記入してください。

区分	利用定員	報酬単価
就労移行支援サービス費（Ⅰ）	1 20人以下	804単位/日
	2 21人以上40人以下	711単位/日
	3 41人以上60人以下	679単位/日
	4 61人以上80人以下	634単位/日
	5 81人以上	595単位/日
就労移行支援サービス費（Ⅱ）	6 20人以下	524単位/日
	7 21人以上40人以下	467単位/日
	8 41人以上60人以下	437単位/日
	9 61人以上80人以下	426単位/日
	10 81人以上	412単位/日

(注) あん摩エッセー指圧師免許、はり師免許又はきゅう師免許の取得による

就労移行支援を行った場合は、就労移行支援サービス費（Ⅰ）を算定。

回答

問S2. 平成29年9月の就労定着支援体制加算の算定の有無を回答してください。

- 1 はい
- 2 いいえ

回答

→ ☆下記の付問S2については、問S2で「はい」と回答した方のみお答えください。

付問S2. 平成29年9月の就労定着支援体制加算について、該当する番号を選んで記入してください。

就労定着数の割合	6月以上12月未満	12月以上24月未満	24月以上36月未満
利用定員の5%以上15%未満	1 29単位/日	6 25単位/日	11 21単位/日
利用定員の15%以上25%未満	2 48単位/日	7 41単位/日	12 34単位/日
利用定員の25%以上35%未満	3 71単位/日	8 61単位/日	13 51単位/日
利用定員の35%以上45%未満	4 102単位/日	9 88単位/日	14 73単位/日
利用定員の45%以上	5 146単位/日	10 125単位/日	15 105単位/日

回答

問S3. 平成29年9月の就労移行支援の開所日数を記入してください。

回答

日

問S4. 平成29年9月の就労移行支援の延べ利用者数をご記入ください。

就労移行支援の延べ利用者数

回答

人

■平成30年9月の基本報酬と加算の状況（就労移行支援）

問S5. 平成30年9月の基本報酬区分について、該当する番号を選んで記入してください。

区分		就職後6月以上定着率							
	利用定員	5割以上	4割以上	3割以上	2割以上	1割以上	0割以上	0割	
就労移行支援	20人以下	1 1,089単位/日	2 935単位/日	3 807単位/日	4 686単位/日	5 564単位/日	6 524単位/日	7 500単位/日	
就労移行支援	21人以上40人以下	8 999単位/日	9 841単位/日	10 714単位/日	11 627単位/日	12 513単位/日	13 464単位/日	14 442単位/日	
就労移行支援	41人以上60人以下	15 968単位/日	16 817単位/日	17 682単位/日	18 592単位/日	19 504単位/日	20 443単位/日	21 442単位/日	
就労移行支援	61人以上80人以下	22 915単位/日	23 776単位/日	24 636単位/日	25 540単位/日	26 483単位/日	27 414単位/日	28 394単位/日	
就労移行支援	81人以上	29 883単位/日	30 740単位/日	31 597単位/日	32 495単位/日	33 466単位/日	34 387単位/日	35 369単位/日	
就労移行支援	20人以下	36 710単位/日	37 609単位/日	38 526単位/日	39 447単位/日	40 367単位/日	41 341単位/日	42 325単位/日	
就労移行支援	21人以上40人以下	43 655単位/日	44 553単位/日	45 469単位/日	46 412単位/日	47 337単位/日	48 304単位/日	49 290単位/日	
就労移行支援	41人以上60人以下	50 622単位/日	51 526単位/日	52 439単位/日	53 381単位/日	54 324単位/日	55 285単位/日	56 271単位/日	
就労移行支援	61人以上80人以下	57 615単位/日	58 521単位/日	59 428単位/日	60 363単位/日	61 324単位/日	62 277単位/日	63 265単位/日	
就労移行支援	81人以上	64 611単位/日	65 512単位/日	66 414単位/日	67 342単位/日	68 322単位/日	69 268単位/日	70 256単位/日	

(注) あん摩やツサージ指圧師免許、はり師免許又はきゆう師免許の取得による

就労移行支援を行った場合は、就労移行支援サービス費（Ⅱ）を算定。

問S6. 平成30年9月の就労定着支援体制加算の算定の有無を回答してください。

- 1 はい
- 2 いいえ

回答

→ ☆下記の付問S6については、問S6で「はい」と回答した方のみお答えください。

付問S6. 平成30年9月の就労定着支援体制加算について、該当する番号を選んで記入してください。

就労定着数の割合	6月以上12月未満	12月以上24月未満	24月以上36月未満
利用定員の5%以上15%未満	1 15単位/日	6 13単位/日	11 11単位/日
利用定員の15%以上25%未満	2 24単位/日	7 21単位/日	12 17単位/日
利用定員の25%以上35%未満	3 36単位/日	8 31単位/日	13 26単位/日
利用定員の35%以上45%未満	4 51単位/日	9 44単位/日	14 37単位/日
利用定員の45%以上	5 73単位/日	10 63単位/日	15 53単位/日

回答



障害福祉サービス等報酬改定検証調査
(平成30年度調査)

就労移行支援及び就労継続支援サービスの
提供実態に関する調査
(就労移行支援)

「 記 入 要 領 」

目 次

1. 本調査について	1
2. インターネットからの提出について	2
3. 事業所票の記入要領	3

- ◆本冊子は、調査票へのご回答にあたって、調査の概要や回答にあたっての留意点、説明等をまとめたものです。回答時にご参照ください。
 - ◆本冊子は、本調査専用ホームページ (<https://h30shogai Fukushi.jp/>) からPDFファイルのダウンロードも可能です。
 - ◆紙の調査票にてご回答の場合は、同封した返信用封筒で返送してください。電子調査票にてご回答の場合は、本調査専用ホームページにてアップロードしてください。
- なお、提出期限は平成30年12月25日(火)となっております。

ご不明な点などございましたら、下記お問合せ先までご連絡ください。

お問合せ先：「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）」事務局

フジータイタル：電話 0120-088-920 [平日 9:30～17:00]

FAX 0120-088-930

Eメール：jimukyoku-6s@h30shogai Fukushi.jp

1. 本調査について

(1) 調査の目的

- ・本調査は、平成30年度の障害福祉サービス等報酬改定後の効果検証、及び次期（平成33年度）報酬改定に向けた障害福祉サービスのあり方や質の評価の検討に資するための基礎資料を得ることを目的として実施するものです。

(2) 調査の実施主体

- ・本調査は、厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部から「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）」の委託を受けた「みずほ情報総研株式会社」が実施するものです。
- ・本調査でご回答いただいた情報については、取り扱いに十分留意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ありません。

(3) 調査対象

- ・本調査は、全国の就労移行支援を実施されている事業所の中から無作為抽出した事業所を対象としています。

(4) 調査票記入についてのお願い

- ・調査票の記入は、対象サービスの管理をされている方などをお願いいたします。
- ・調査票の記入内容について確認させていただく場合がありますので、調査票は複写したものを1部お手元に保存してください。インターネットの本調査専用ホームページから電子調査票をアップロードして提出された場合には、データの保存をお願いします。
- ・調査票の記入にあたり、不明な点がある場合は、下記までお問合せください。

(5) 調査票記入上の留意点

- ・特に時点を示してあるものの以外は、宛名ラベルの対象となっている就労支援サービスについて、平成30年9月30日現在でご回答ください。
- ・調査票は、黒のHBの鉛筆か黒のボールペンで、楷書で明確に記入してください。
- ・桁のある数字を記入する場合は、右詰めで記入してください。
- ・数字を記入する欄が「0」の場合は、必ず「0」を記入してください（例えば、回答人数が0人の場合は、無記入ではなく必ず「0」と記入してください）。
- ・誤って記入したときは、消しゴムで消すか、二重線を引き、正しい回答を記入してください。
- ・調査票の記入内容について確認させていただく場合がございますので、調査票1ページの該当箇所に問合せ窓口となる電話番号、FAX番号、メールアドレス、担当者氏名を記入してください。

2. インターネットからの提出について

本調査専用ホームページ (<https://h30shogaifukushi.jp/>) から、電子調査票 (Excelファイル) 及び電子調査票の使い方 (PDFファイル) をダウンロードできます。また、記入済みの電子調査票をアップロードして提出できます。

■本調査専用ホームページへのログイン

- ・インターネットブラウザに下記のURLを入力してください。
※URLのはじまりは「https://」です。ご注意ください。

<https://h30shogaifukushi.jp/>

- ・ログインIDとパスワードを入力する画面が表示されます。
- ・ログインIDとパスワードは、同封した調査票 (事業所票) の表紙 (1ページ目) に記しています。
- ・ログイン画面でIDとパスワードを入力した後、[ログイン] ボタンをクリックしてください。

＜ログインIDとパスワードの印字位置＞

・宛名
法人所在地、調査対象施設・事業所の運営法人名など

・提出期限
・本調査の内容について

■本調査専用ホームページのログインIDとパスワード

(1) ログインID	
(2) ログイン・パスワード	

・ご担当者・連絡先の記入
電話番号、FAX、メールアドレス、担当者名など

・貴事業所における平成30年9月の就労支援業務の活動状況

■電子調査票の受信 (ダウンロード)

- ・ログイン後のトップページの「電子調査票の受信 (ダウンロード)」ボタンをクリックすると、ページが移り、電子調査票等をダウンロードできます。

■電子調査票の送信 (アップロード)

- ・ログイン後のトップページの「電子調査票の送信 (アップロード)」ボタンをクリックすると、ページが移り、電子調査票をアップロードできます。
- ※さらに詳しい手順等は、ダウンロードした「電子調査票の使い方 (PDF)」をご覧ください。

3. 事業所票の記入要領

事業所票 (1部を同封) について、各設問の回答形式は、下記のとおりです。
「付問」とは、問いの選択肢のうち該当する場合のみ回答いただく設問です。

表 事業所票の各設問の回答形式の一覧

※回答形式「シングルアンサー」は1つだけ選択可の選択肢であることを、「マルチアンサー」は複数選択可の選択肢であることを表しています。

【事業所の概要、運営、一般就労移行者の状況について】

設問	回答形式
問 1 経営主体	◇シングルアンサー
問 2 事業所の設立年月	□数値を記入
問 3 事業の実施形態	◆マルチアンサー
問 4 事業の主たる対象とする障害種別	◆マルチアンサー
問 5 従事する職員数	□数値を記入
問 6 対象サービスへの利用定員数、障害種別の実利用者数	□数値を記入
問 7 就労移行支援の開所日数	□数値を記入
問 8 就労移行支援の延べ利用者数	□数値を記入
問 9 利用者の障害者手帳等の所持者数	□数値を記入
問 10 利用者の障害年金等の受給者数	□数値を記入
問 11 平成 30 年 9 月の就業定着支援の報酬算定の有無	◇シングルアンサー
付問 11-1 就業定着支援の報酬算定区分	◇シングルアンサー
付問 11-2 就業定着支援の実利用者数	□数値を記入
問 12 平成 30 年 1 月から 11 月の報酬改定前後の事業変更状況	◇シングルアンサー
付問 12-1 事業変更内容	◆マルチアンサー
付問 12-2 サービスの転換や統廃合を行った理由	◇シングルアンサー
付問 12-3 サービスの転換や統廃合を行った場合の利用者状況	◇シングルアンサー
問 13 平成 30 年 1 月から 11 月の職員の配置変更の状況	◇シングルアンサー
付問 13 職員の配置変更内容	◆マルチアンサー
問 14 報酬改定前後での就労移行支援についての新たな取組みの有無	◇シングルアンサー
付問 14 就労移行支援についての新たな取組みの内容	◆マルチアンサー (□数値を記入)
問 15 サービス利用につながらなかった事例の有無	◇シングルアンサー
付問 15 新規のサービスにつながらなかった理由	◆マルチアンサー (□数値を記入)
問 16 サービスの利用継続が難しくなった事例の有無	◇シングルアンサー (□数値を記入)
付問 16 サービスの利用継続が難しくなった理由	◆マルチアンサー
問 17 サービス終了者数	□数値を記入
問 18 サービス終了者の行き先	□数値を記入
問 19 平成 29 年度の一般就労移行者数 (雇用者)	□数値を記入

	設問	回答形式
問 20	平成 29 年度の一般就労移行者の障害種別人数	☐ 数値を記入
問 21	平成 29 年度の一般就労移行者の雇用形態別人数	☐ 数値を記入
問 22	平成 29 年度の一般就労移行者の勤務先の企業等の種類	☐ 数値を記入
問 23	平成 29 年度の一般就労移行者の勤務先企業等の従業員人数	☐ 数値を記入
問 24	平成 29 年度の一般就労移行者の勤務形態別の人数	☐ 数値を記入
問 25	平成 29 年度の一般就労移行者の就業先の職業別的人数	☐ 数値を記入
問 26	平成 29 年度の一般就労移行者の週あたりの労働時間別人数	☐ 数値を記入
問 27	平成 29 年度の一般就労移行者の週の勤務日数	☐ 数値を記入
問 28	平成 29 年度の一般就労移行者の給与の支払い方法	☐ 数値を記入

【報酬算定等について】

	設問	回答形式
問 S1	平成 29 年 9 月の「就労移行支援」の実施の有無	☐ シンブルアンサー
付問 S1-1	平成 29 年 9 月の就労移行支援の利用定員数	☐ 数値を記入
付問 S1-2	平成 29 年 9 月の基本報酬区分	☐ シンブルアンサー
問 S2	平成 29 年 9 月の就労定着支援体制加算の算定の有無	☐ シンブルアンサー
付問 S2	就労定着支援体制加算	☐ シンブルアンサー
問 S3	平成 29 年 9 月の就労移行支援の開所日数	☐ 数値を記入
問 S4	平成 29 年 9 月の就労移行支援の延べ利用者数	☐ 数値を記入
問 S5	平成 30 年 9 月の基本報酬区分	☐ シンブルアンサー
問 S6	平成 30 年 9 月の就労定着支援体制加算の算定の有無	☐ シンブルアンサー
付問 S6	就労定着支援体制加算	☐ シンブルアンサー

調査票1ページのラベルに記載の「調査対象サービス」について回答いただく形になりますので、ご注意ください。多機能型で調査対象サービス以外のサービスも実施している場合、**調査対象サービス以外のサービスについては、回答に含めないようにしてください。**

S 2. 職員の状況

問 5 従事する職員数

- ・ 該当の職員配置がない場合は、「0（ゼロ）」を記入してください。
- ・ 複数の資格等を保有している職員については、それぞれに計上してください。
- ・ 「営利企業経験者」とは、介護・福祉分野以外の一般企業等の職場経験者を指します。営利企業が運営する障害福祉サービス事業所や介護サービス事業所の職員だった者については、「営利企業経験者」には含めないでください。

＜常勤職員・非常勤職員の区分等＞

- ・ 「常勤職員」とは、「当該事業所において定められた常勤の従事者が勤務すべき勤務時間数を勤務する職員」のことで、この条件を満たすパート職員等は常勤職員となります。常勤職員については、実人数を記入してください。
- ・ 「非常勤職員」とは常勤職員ではない職員のことです。非常勤職員の場合、実人数と、常勤換算人数を記入してください。常勤換算人数は、非常勤職員の従業時間数を、当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間）で除することにより算出します。（常勤換算人数は平成30年9月の実績で算出してください。）
- ・ 他のサービスとの兼務で、調査対象サービスに従事した時間がわずかであっても、配置されている場合は対象となります。また、派遣職員、出向職員等も配置されている場合は対象となります。
- ・ 他のサービスとの兼務者については、サービス従事時間で人数の按分をする必要はありません。調査対象サービスに従事した時間がわずかであっても、1人として計上してください。

調査票（事業所票）は同封した返信用封筒にて、まとめてご返送ください。
電子調査票にてご回答の場合は、本調査専用ホームページにてアップロードしてください。
ご提出期限は、平成 30 年 12 月 25 日（火） です。



就労移行支援及び就労継続支援サービスの提供実態に関する調査
〔事業所票〕

※ 就労継続支援A型サービスについてご回答をお願いします。

（提出期限 平成30年12月25日）

■ 本調査専用ホームページ (https://h30shogaifukushi.jp/)

ログインID	
パスワード	

■ ご担当者・連絡先の記入

本調査のご担当者及び連絡先を記入してください。

住所・法人名・ 事業所名の確認	※ 上記宛先の法人名、法人本部住所、事業所名、事業所住所に誤りがある場合、 下欄に正しい情報を記載してください。（誤りがない場合は記載不要です。）	
	法人名	本部住所
	事業所名	住所
調査票 先係る	電話番号	- - (内線)
	ファクス番号	- -
	e-mail	@
	ふりがな	部署

■ 貴事業所における平成30年9月の就労継続支援A型サービスの活動状況

該当する番号を1つ選んで回答欄に記入してください。

1 活動中（平成30年9月の利用実績がある）	回 答
2 休止中（平成30年9月の利用実績がない場合を含む）、廃止、実施していない	

⇒ 上記「活動状況」で「2」と回答した場合、次ページ以降は回答せず、このまま調査票を返送してください。

【提出期限：平成30年12月25日（火）までに、ご提出をお願いします】

5.1. 事業所の基本情報

■ 経営主体

問 1. 調査対象サービスの経営主体について、該当する番号を1つ選んで回答欄に記入してください。

（平成30年9月30日現在）

1 都道府県・市区町村・一部事務組合（公設公営）	2 都道府県・市区町村・一部事務組合（公設民営）
3 社会福祉協議会	4 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
5 医療法人	6 営利法人（株式会社・合資・合同会社）
7 特定非営利活動法人（NPO）	8 国・のぞみの国・独立行政法人国立病院機構
9 独立行政法人（のぞみの国・国立病院機構以外）	10 その他の法人（社団・財団・農協・生協・学校等）

■ 事業所の設立年月

問 2. 調査対象サービスの事業所の設立年月を回答欄に記入してください。

事業所設立年月	回 答	西暦	年	月
---------	--------	----	---	---

■ 事業の実施形態

問 3. 平成30年9月30日に事業所で実施されている事業について、該当する番号すべてに○をつけてください。

（単独型の場合は1つ、多機能型事業所や就労定着支援を併せて実施している場合は2つ以上に○）

1 就労移行支援	1
2 就労継続支援A型	2
3 就労継続支援B型	3
4 就労定着支援	4
5 生活介護	5
6 自立訓練（機能訓練）	6
7 自立訓練（生活訓練）	7
8 その他	8

■事業の主たる対象とする障害種別

問4. 調査対象サービスについて、運営規程において主たる対象とする障害種別を定めている場合、該当する番号すべてに○をつけてください。（平成30年9月30日現在）

1	身体障害		1	
2	知的障害		2	
3	精神障害		3	
4	発達障害		4	
5	高次脳機能障害		5	
6	難病		6	
7	特に決めていない		7	

§2. 職員の状況

■従事する職員数

問5. 平成30年9月に在籍した全職員数を回答欄に記入してください。1から11の職員配置がある場合は、その人数を記入してください（別冊の「記入要領」の5ページ参照）。

【常勤換算の方法】

- ・常勤専従の場合、従事者1人＝1.0です。
- ・常勤兼務、非常勤の場合、従事した勤務時間を施設・事業所が定めている「常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」で割り、小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位までを計算します。
- ・ただし、「施設・事業所が定めている常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」が32時間未満の場合は、換算する分母は32時間とします。
- ・得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」とします（最小値は0.1とし、0にはしないでください）。

	全職員数	常勤職員 (実人数)	非常勤職員 (実人数)	非常勤職員 (常勤換算 人数)
1	社会福祉士	回答	人	人
2	介護福祉士	回答	人	人
3	作業療法士	回答	人	人
4	理学療法士	回答	人	人
5	言語聴覚士	回答	人	人
6	精神保健福祉士	回答	人	人
7	シゴフーチ（職場適応援助者）養成研修修了者	回答	人	人
8	営利企業経験者※（65歳未満）	回答	人	人
9	営利企業経験者※（65歳以上）	回答	人	人
10	目標工員達成指導員	回答	人	人
11	賃金向上達成指導員	回答	人	人

※：介護・福祉分野以外の一般企業等の職場経験者をさす。

§3. 事業所の定員・開所日数・延べ利用者数、利用者の状況

■事業所の定員・開所日数・延べ利用人数、利用者の状況

問6. 調査対象サービスへの利用定員、及び平成30年9月にサービスを提供した障害種別の実利用者数について記入してください。

- ※重複の場合は、「主たる障害」で回答してください。判断に迷う場合は、若番優先で回答してください。
- ※発達障害、高次脳機能障害は精神障害に該当しますが、精神障害には記載せずにそれぞれの障害に記入してください。
- ※身体障害と難病が重複する場合は、身体障害者手帳を所持していれば身体障害に記入し、身体障害者手帳を所持しておらず法に定める疾病に該当する場合は難病に記入してください。

定員数	回答	人	
1	身体障害	回答	人
2	知的障害	回答	人
3	精神障害	回答	人
4	発達障害	回答	人
5	高次脳機能障害	回答	人
6	難病	回答	人

問7. 平成30年9月の就労継続支援A型の開所日数を記入してください。

就労継続支援A型の開所日数	回答	日
---------------	----	---

問8. 平成30年9月の就労継続支援A型の延べ利用者数を記入してください。

就労継続支援A型の延べ利用者数	回答	人
-----------------	----	---

問9. 平成30年9月の利用者の障害者手帳等の所持者数を記入してください。

※手帳等を複数所持している場合はそれぞれカウントしてください。このため問6とは記載方法が異なります。

1	身体障害者手帳 1級	回答	人
2	身体障害者手帳 2級	回答	人
3	身体障害者手帳 3級	回答	人
4	身体障害者手帳 4級	回答	人
5	身体障害者手帳 5級	回答	人
6	身体障害者手帳 6級	回答	人
7	療育手帳（重度・最重度）	回答	人
8	療育手帳（重度以外）	回答	人
9	精神保健福祉手帳 1級	回答	人
10	精神保健福祉手帳 2級	回答	人
11	精神保健福祉手帳 3級	回答	人
12	障害者手帳なし（申請中含む）	回答	人
13	指定難病受給者証	回答	人
14	等級不明	回答	人

問10. 平成30年9月の、在籍中の利用者の障害年金等の受給者数について記入してください。

1	障害基礎年金 1 級のみ	回答	人
2	障害基礎年金 2 級のみ	回答	人
3	障害基礎年金 1 級 + その他の年金 *1	回答	人
4	障害基礎年金 2 級 + その他の年金 *1	回答	人
5	その他の年金のみ *1	回答	人
6	受給なし	回答	人
7	不明	回答	人
8	うち、生活保護受給者 *2	回答	人

* 1：その他の年金とは、障害厚生年金、障害共済年金、労災保険の傷病（補償）年金のことをいう。

* 2：生活保護受給者は1～7の人数とは別に、内数として記載してください。

5 4 . 平成30年 9 月の就労定着支援の実施状況

■ 平成30年9月の就労定着支援の実施状況

問11. 平成30年9月に、就労定着支援を実施して報酬を算定していますか。

1	はい	回答
2	いいえ	回答

→ ☆下記の付問11-1、付問11-2については、問11で「はい」と回答した方のみお答えください。

付問11-1. 平成30年9月の就労定着支援の報酬算定区分について、該当する番号を選んで記入してください。

就労定着率 利用定員	9割以上	8割以上 9割未満	7割以上 8割未満	5割以上 7割未満	3割以上 5割未満	1割以上 3割未満	1割未満
20人以下	1 3,200単位 /月	2 2,640単位 /月	3 2,120単位 /月	4 1,600単位 /月	5 1,360単位 /月	6 1,200単位 /月	7 1,040単位 /月
21人以上 40人以下	8 2,560単位 /月	9 2,112単位 /月	10 1,696単位 /月	11 1,280単位 /月	12 1,088単位 /月	13 960単位 /月	14 832単位 /月
41人以上	15 2,400単位 /月	16 1,980単位 /月	17 1,590単位 /月	18 1,200単位 /月	19 1,020単位 /月	20 900単位 /月	21 780単位 /月

回答

付問11-2. 平成30年9月の就労定着支援の実利用者数を記入してください。

就労定着支援の実利用者数	回答	人
--------------	----	---

5 5 . 報酬改定前後の事業状況

■ 平成30年 1 月から平成30年11月の間における事業変更の状況

問12. 平成30年 1 月から平成30年11月の間で調査対象サービスに事業変更がありましたか。

該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください。

1	調査対象サービスに事業変更はない	回答
2	調査対象サービスに事業変更があった	
3	これから調査対象サービスの見直し、事業変更を行う予定	

→ ☆下記の付問12-1～付問12-3については、問12で回答番号 2 と 3 を選んだ方のみお答えください。

付問12-1. 事業変更内容はどのようなものですか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1	就労移行支援から就労継続支援A型へ転換した	1	
2	就労継続支援B型から就労継続支援A型へ転換した	2	
3	その他の障害福祉サービスから就労継続支援A型へ転換した	3	
4	就労継続支援A型から就労移行支援へ転換予定	4	
5	就労継続支援A型から就労継続支援B型へ転換予定	5	
6	就労継続支援A型からその他の障害福祉サービスへ転換予定	6	
7	廃止予定（事業廃止し、事業変更した場合又は事業変更する予定の場合は1～6を選択）	7	
8	その他（具体的に）	8	

付問12-2. 調査対象サービスの転換や統廃合を行った場合、主な理由について該当する番号一つに○をつけてください。

1	利用者に十分な賃金の支払いができなかったから	1	
2	利用者の確保が難しかったから	2	
3	圏域内に自法人以外の就労継続支援A型事業所が多く設立されたから	3	
4	生産活動収入を増やせられる仕事の確保が困難になったから	4	
5	その他（具体的に）	5	

付問12-3. 調査対象サービスの転換や統廃合を行った場合、もともと利用されていた利用者は、どうされましたか。該当する番号一つに○をつけてください。

1	利用者全員が転換後の事業をそのまま利用している	該当番号に○	1	
2	利用者全員を他の事業所の適切なサービスの利用につなげた		2	
3	そのまま利用している利用者その他のサービス利用につなげた利用者がいる		3	
4	その他（具体的に）		4	

問13. 平成30年1月から平成30年11月の間で職員の配置に変更がありましたか。
該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください。

1 変更はない	回答欄
2 変更があった	
3 これから見直し、変更を行う予定	

☆下記の付問13については、問13で回答番号2と3を選んだ方のみお答えください。

付問13. 変更した内容はどのようなものですか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1 常勤職員を増やした	1	該当番号に○
2 常勤職員を減らした	2	
3 非常勤職員を増やした	3	
4 非常勤職員を減らした	4	
5 有資格者※を増やした	5	
6 有資格者※を減らした	6	
7 勤務時間がある特定の1種類に固定しないなど勤務シフトを見直した	7	
8 その他（具体的に）	8	

※：有資格者は社会福祉士、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士等のこと。

■改定前後での就労支援についての新たな取組み（就労継続支援A型）

問14. 平成30年度の報酬改定を契機として、事業所で就労支援（就労継続支援A型）について新しく取組みを
ありますか。該当する番号を一つ選んでください。

1 はい	回答欄
2 いいえ	

☆下記の付問14については、問14で回答番号1を選んだ方のみお答えください。

付問14. 就労支援（就労継続支援A型）について、どのような新しい取組みを始めましたか。
該当する番号すべてに○をつけてください。

1 一般就労に向けた支援内容の見直し	1	該当番号に○
2 実習先の確保・拡充	2	
3 一般企業や団体との連携強化・業務提携	3	
4 新商品や新サービスの開発・商品改良	4	
5 施設外就労先の確保・拡充	5	
6 利用者の職業能力評価を実施	6	
7 新規販路の開拓、販売先の見直し	7	
8 その他（具体的に）	8	

■サービス利用につながらなかった事例

問15. 平成30年度4月～11月において、新規のサービス利用につながらなかった事例がありますか。
該当する番号を一つ選んで○をつけ、あった場合は、実人数を記入してください。

1 あった	該当番号に○	1	回答欄	人
2 なかった	2			

☆下記の付問15については、問15で回答番号1を選んだ方のみお答えください。

付問15. 新規のサービス利用につながらなかった理由について、事業所として判断した理由に該当する番号すべてに○をつけてください。

1 障害により事業所の作業の実施が難しいとみられるため	1	該当番号に○
2 加齢により事業所の作業の実施が難しいとみられるため	2	
3 当該事業所の現員からは利用申込みに応じきれないため	3	
4 運営規程に主たる対象とする障害者を定めており、該当しない者から利用申込みがあったが、適切なサービスを提供することが困難なため	4	
5 入院治療が必要のため	5	
6 週の利用が1日や2日など毎日事業所を利用することが困難なため	6	
7 長時間の作業や労働が難しいとみられるため	7	
8 一般就労への移行が困難と思われるため	8	
9 職員数が不足しているため	9	
10 その他（具体的に）	10	

問16. 平成30年度4月～11月において、利用者の中でサービスの利用継続が難しくなった事例がありますか。
該当する番号を一つ選んで○をつけ、あった場合は、実人数を記入してください。

1 あった	該当番号に○	1	回答欄	人
2 なかった	2			

☆下記の付問16については、問16で回答番号1を選んだ方のみお答えください。

付問16. サービスの利用継続が難しくなった理由について、該当する番号すべてに○をつけてください。

1 加齢により事業所の作業の実施が難しいため	1	該当番号に○
2 入院治療が必要のため	2	
3 長時間の作業や労働が難しいため	3	
4 週の利用が1日や2日など毎日事業所を利用することが困難なため	4	
5 一般就労への移行が困難と思われるため	5	
6 支給決定期間内に就職できなかったため	6	
7 その他（具体的に）	7	

§6. 調査対象サービスを終了した利用者の状況

■サービス終了者数、行き先

問17. それぞれの期間におけるサービス終了者の状況について記入してください。

	29年4月～9月		30年4月～9月	
サービス終了者数	回 答	人	回 答	人

問18. それぞれの期間のサービス終了者の行き先について記入してください。

※問18の1～15（2を除く）の合計数が、問17のそれぞれの時期の人数と一致するように記入してください。

サービス終了者の行き先	29年4月～9月		30年4月～9月	
1 就職*1	回 答	人	回 答	人
2 就職のうち、在宅雇用	回 答	人	回 答	人
3 復職*2	回 答	人	回 答	人
4 自営・起業（内職除く）	回 答	人	回 答	人
5 内職（在宅就業を含む。）	回 答	人	回 答	人
6 就労継続支援A型	回 答	人	回 答	人
7 就労継続支援B型	回 答	人	回 答	人
8 就労移行支援事業所	回 答	人	回 答	人
9 生活介護	回 答	人	回 答	人
10 介護保険サービス（入所・通所）	回 答	人	回 答	人
11 入院	回 答	人	回 答	人
12 死亡	回 答	人	回 答	人
13 転居	回 答	人	回 答	人
14 その他	回 答	人	回 答	人
15 不明	回 答	人	回 答	人

* 1：一般企業等に新たに雇用された者。A型は除く。

* 2：一般企業等を休職して元々の企業等に復職した者。

§7. 一般就労移行者の状況（平成29年度）

■一般就労の状況

問19. 平成29年度の一般就労移行者数（雇用者）を記入してください。

	29年度
一般就労移行者数（雇用者）	回 答 人

* 1：一般就労者移行者とは、企業や公的機関などに就職して、雇用契約を結んで働く者のこと。

問20. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の障害種別の人数を記入してください。

※ 重複の場合は、「主たる障害」で回答してください。判断に迷う場合は、若番優先で回答してください。

※ 発達障害、高次脳機能障害は精神障害に該当しますが、精神障害には記載せずにそれぞれの障害に記入してください。

※ 身体障害と難病が重複する場合は、身体障害者手帳を所持していれば身体障害者に記入し、

身体障害者手帳を所持しておらず法に定める疾病に該当する場合は難病に記入してください。

	29年度
1 身体障害	回 答 人
2 知的障害	回 答 人
3 精神障害	回 答 人
4 発達障害	回 答 人
5 高次脳機能障害	回 答 人
6 難病	回 答 人

問21. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の雇用形態別の人数を記入してください。

	29年度
1 正規職員	回 答 人
2 非正規（無期）	回 答 人
3 非正規（有期）	回 答 人
4 派遣（1～3を除く）	回 答 人
5 その他	回 答 人

問22. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の勤務先の企業等の種類を記入してください。

	29年度
1 特例子会社	回 答 人
2 特例子会社でない企業	回 答 人
3 公務部門（国の行政機関、地方公共団体）	回 答 人
4 その他	回 答 人

問23. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の勤務先の企業等の従業員人数を記入してください。

企業規模別		29年度	
1	1000人以上	回答	人
2	500人以上1000人未満	回答	人
3	300人以上500人未満	回答	人
4	100人以上300人未満	回答	人
5	50人以上100人未満	回答	人
6	50人未満	回答	人

問24. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の勤務形態別の人数を記入してください。

		29年度	
1	フルタイム	回答	人
2	短日勤務・短時間勤務	回答	人
3	フレックス	回答	人
4	裁量労働	回答	人
5	その他	回答	人

問25. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の就業先の職業別の人数を記入してください。

		29年度	
1	管理的職業	回答	人
2	専門的・技術的職業	回答	人
3	事務的職業	回答	人
4	販売の職業	回答	人
5	サービスの職業	回答	人
6	保安の職業	回答	人
7	農林漁業の職業	回答	人
8	生産工程の職業	回答	人
9	輸送・機械運転の職業	回答	人
10	建設・採掘の職業	回答	人
11	運輸・清掃・包装等の職業	回答	人

問26. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の、雇用契約時点での労働条件における週あたりの
所定労働時間別の人数を記入してください。

		29年度	
1	10時間未満	回答	人
2	10時間以上20時間未満	回答	人
3	20時間以上30時間未満	回答	人
4	30時間以上40時間未満	回答	人
5	40時間以上	回答	人

問27. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の、雇用契約時点での労働条件における週の所定勤務日数を
記入してください。

		29年度	
1	1日	回答	人
2	2日	回答	人
3	3日	回答	人
4	4日	回答	人
5	5日	回答	人
6	6日	回答	人

問28. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の、雇用契約時点での労働条件における給与の支払い方法
について記入してください。

		29年度	
1	時給	回答	人
2	日給	回答	人
3	週給	回答	人
4	月給	回答	人
5	その他	回答	人

☆ 以下の間は、調査対象のサービスが「就労継続支援A型」の事業所のみお答えください。

58. 就労継続支援A型の基本報酬と加算の取組み状況等（平成29年9月、平成30年9月）

■平成29年9月の基本報酬と加算の状況（就労継続支援A型）

問A1. 平成29年9月に「就労継続支援A型」を実施していましたか。

1	はい	回答
2	いいえ	回答

→ ☆下記の付問A1-1、付問A1-2については、問A1で「はい」と回答した方のみお答えください。

付問A1-1. 調査対象サービスの平成29年9月の利用定員を記入してください。

定員数	回答	人
-----	----	---

付問A1-2. 平成29年9月の基本報酬区分について、該当する番号を選んで記入してください。

区分	利用定員	報酬単価
就労継続支援A型サービス費（Ⅰ） （7.5人に1人）	1 20人以下	584単位/日
	2 21人以上40人以下	519単位/日
	3 41人以上60人以下	487単位/日
	4 61人以上80人以下	478単位/日
	5 81人以上	462単位/日
	6 20人以下	532単位/日
	7 21人以上40人以下	474単位/日
	8 41人以上60人以下	440単位/日
	9 61人以上80人以下	431単位/日
	10 81人以上	416単位/日
就労継続支援A型サービス費（Ⅱ） （10人に1人）		回答

回答	回答
----	----

問A2. 平成29年9月の就労移行支援体制加算（26単位/日）の算定の有無を回答してください。

1	はい	回答
2	いいえ	回答

問A3. 平成29年9月の就労継続支援A型の開所日数を記入してください。

就労継続支援A型の開所日数	回答	日
---------------	----	---

問A4. 平成29年9月の就労継続支援A型の延べ利用者数をご記入ください。

就労継続支援A型の延べ利用者数	回答	人
-----------------	----	---

■平成30年9月の基本報酬と加算の状況（就労継続支援A型）

問A5. 平成30年9月の基本報酬区分について、該当する番号を選んで記入してください。

区分	平均労働時間													
	利用定員	7時間以上 7時間未満	6時間以上 6時間未満	5時間以上 5時間未満	4時間以上 4時間未満	3時間以上 3時間未満	2時間以上 2時間未満	2時間未満	7時間以上 7時間未満	6時間以上 6時間未満	5時間以上 5時間未満	4時間以上 4時間未満	3時間以上 3時間未満	2時間以上 2時間未満
就労継続支援A型（Ⅰ）	20人以下	1 615単位/日	2 603単位/日	3 594単位/日	4 586単位/日	5 498単位/日	6 410単位/日	7 322単位/日	21人以上 40人以下	8 546単位/日	9 536単位/日	10 528単位/日	11 521単位/日	12 443単位/日
就労継続支援A型（Ⅱ）	41人以上 60人以下	15 513単位/日	16 503単位/日	17 496単位/日	18 489単位/日	19 415単位/日	20 341単位/日	21 268単位/日	61人以上 80人以下	22 503単位/日	23 494単位/日	24 487単位/日	25 464単位/日	26 408単位/日
就労継続支援A型（Ⅲ）	81人以上	29 487単位/日	30 477単位/日	31 470単位/日	32 464単位/日	33 393単位/日	34 324単位/日	35 255単位/日	20人以下	36 560単位/日	37 549単位/日	38 541単位/日	39 534単位/日	40 454単位/日
就労継続支援A型（Ⅳ）	21人以上 40人以下	43 499単位/日	44 490単位/日	45 483単位/日	46 476単位/日	47 403単位/日	48 332単位/日	49 261単位/日	41人以上 60人以下	50 464単位/日	51 455単位/日	52 448単位/日	53 442単位/日	54 375単位/日
就労継続支援A型（Ⅴ）	61人以上 80人以下	57 454単位/日	58 445単位/日	59 439単位/日	60 433単位/日	61 367単位/日	62 302単位/日	63 238単位/日	81人以上	64 438単位/日	65 430単位/日	66 424単位/日	67 418単位/日	68 354単位/日
就労継続支援A型（Ⅵ）	81人以上	64 438単位/日	65 430単位/日	66 424単位/日	67 418単位/日	68 354単位/日	69 292単位/日	70 229単位/日						

(注) 就労継続支援A型（Ⅰ）：7.5人に1人
就労継続支援A型（Ⅱ）：10人に1人

回答	回答
----	----

問A6. 平成30年9月の、基本報酬算定上の1日の平均労働時間の算出にあたり、除外した利用者は
いましたか。該当する番号を一つ選んでください。

1	はい	回答
2	いいえ	回答

→ ☆下記の付問A6については、問A6で「はい」と回答した方のみお答えください。

付問A6 除外した事例について、該当する番号すべてに人数を記入してください。

1	筋ジストロフィーを罹患している利用者が、利用開始時には予見できない病状の進行により短時間労働となった場合	1	人
2	利用開始後に病気で入院し、退院直後の労働が短時間となった場合	2	人
3	家族の介護を受けながら利用していたが、家族の病状等により、居宅介護等のサービスによる介護が必要となった場合	3	人
4	精神障害者等で、利用開始時には予見できない体調の変動により短時間労働となった場合	4	人
5	その他（具体的に： ）	5	人

問A7. 平成30年9月の就労移行支援体制加算の算定の有無を回答してください。

1 はい	回答
2 いいえ	

→ ☆下記の付問A7については、問A7で「はい」と回答した方のみお答えください。

付問A7. 平成30年9月の就労移行支援体制加算区分について、該当する番号を選んで記入してください。

基本報酬の区分	利用定員	報酬単価
就労継続支援A型サービス費（Ⅰ） を算定している事業所 （7.5人に1人）	1 20人以下	42単位/日
	2 21人以上40人以下	18単位/日
	3 41人以上60人以下	10単位/日
	4 61人以上80人以下	7単位/日
	5 81人以上	6単位/日
就労継続支援A型サービス費（Ⅱ） を算定している事業所 （10人に1人）	6 20人以下	39単位/日
	7 21人以上40人以下	17単位/日
	8 41人以上60人以下	9単位/日
	9 61人以上80人以下	7単位/日
	10 81人以上	5単位/日

問A8. 平成30年9月の就労移行支援体制加算をする上で対象となる6月定着者を記入してください。

6月定着者数	回答	人
--------	----	---

問A9. 平成30年9月の賃金向上達成指導員配置加算の算定の有無を回答してください。

1 はい	回答
2 いいえ	

→ ☆下記の付問A9については、問A9で「はい」と回答した方のみお答えください。

付問A9. 平成30年9月の賃金向上達成指導員配置加算区分について、該当する番号を選んで記入してください。

区分	利用定員	報酬単価
賃金向上達成指導員配置加算（イ）	1 20人以下	70単位/日
賃金向上達成指導員配置加算（ロ）	2 21人以上40人以下	43単位/日
賃金向上達成指導員配置加算（ハ）	3 41人以上60人以下	26単位/日
賃金向上達成指導員配置加算（ニ）	4 61人以上80人以下	19単位/日
賃金向上達成指導員配置加算（ホ）	5 81人以上	15単位/日

■ 生産活動収入、生産活動経費、支払い総賃金月額（就労継続支援A型）

問A10. 平成29年度4月～9月および平成30年度4月～9月の、生産活動収入、生産活動経費、支払い総賃金月額を記入してください。

利用者への支払い額	29年4月～9月	30年4月～9月
1 生産活動収入	回答 円	回答 円
2 生産活動経費（利用者への支払い賃金は除く）	回答 円	回答 円
3 利用者への支払い総賃金月額	回答 円	回答 円

問A11. 平成29年度4月～9月および平成30年度4月～9月の、賃金を支払った利用者の各月の実人数の累計人数を記入してください。

利用者への支払い額	29年4月～9月	30年4月～9月
賃金を支払った利用者の各月の実人数の累計人数	回答 人	回答 人

問A12. 平成29年度4月～9月および平成30年度4月～9月の、一般就労移行者数、6月定着数を記入してください。

	29年4月～9月	30年4月～9月
1 一般就労移行者数	回答 人	回答 人
2 6月定着数	回答 人	回答 人

付問A12. 一般就労移行者数欄がむに「ゼロ」だった場合、その理由について該当する番号すべてに○をつけてください。

1 一般就労できる能力がある者がいなかったため	1
2 一般就労できる能力はあるが、当該事業所の給料のほうが一般企業より高いため、利用者が一般就労を希望しない	2
3 利用者で一般就労を希望する者がいなかったため	3
4 就労継続支援A型は一般就労を目的としていないため	4
5 その他（具体的に ）	5

■ 平成30年9月の利用者の最低賃金減額特例の適用者の状況（就労継続支援A型のみ回答）

問A13. 平成30年9月の利用者のうち、最低賃金減額特例の適用者数を記入してください。

（別冊の「記入要領」の5ページ参照）

※最低賃金減額特例の適用者がいない場合は、「ゼロ」を記入してください。

※最低賃金減額特例の適用者数が「ゼロ」の場合は、\$9の質問への回答は不要です。

適用者数	回答	人
------	----	---

問A14. 平成30年9月の利用者の中で、過去には最低賃金減額特例だったが、現在は減額特例では

なくなった利用者は何人いますか。

※減額特例ではなくなくなった利用者がない場合は、「ゼロ」を記入してください。

現在の利用者のうち、減額特例でなくなった人数	回答	人
------------------------	----	---

§ 9. 就労継続支援A型の最低賃金減額特例の適用者の状況（平成30年9月）

■1枚目(1人目～10人目)

問A15. 平成30年9月の利用者のうち、最低賃金減額特例の適用者について、お一人ずつ（1人1行）該当する番号に○を記入してください。

利用者 ID	①						②						③												
	障害種別 ※1						適用期間						障害者手帳の等級 ※1												
	身体 障害	知的 障害	精神 障害	発達 障害	高次 脳機 能障 害	難 病	半 年 未 満	半 年 ～ 1 年 未 満	1 年 ～ 3 年 未 満	3 年 ～ 5 年 未 満	5 年 ～ 1 0 年 未 満	1 0 年 ～ 2 0 年 未 満	2 0 年 以 上	身体 障害 者手 帳 1 級	身体 障害 者手 帳 2 級	身体 障害 者手 帳 3 級	身体 障害 者手 帳 4 級	身体 障害 者手 帳 5 級	身体 障害 者手 帳 6 級	療養 手帳 (重度・ 最重度)	療養 手帳 (重度以 外)	精神 保健 福祉 手帳 1 級	精神 保健 福祉 手帳 2 級	精神 保健 福祉 手帳 3 級	障害 者手 帳なし (申請 中含む)
回答例	①	2	3	4	5	6	1	2	③	4	5	6	7	1	2	3	④	5	6	7	8	9	10	11	12
01	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
02	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
03	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
04	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
05	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
06	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
07	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
08	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
09	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
10	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

※1：重複の場合は、「主たる障害」で回答してください。判断に迷う場合は、若番優先で回答してください。

■2枚目(1人目～10人目)

利用者 ID	④				⑤				⑥								⑦							
	年齢				適用のタイミング				当初の減額率								現在の減額率							
	20 代 以 下	30 代	40 代	50 代 以 上	雇 用 後 1 年 以 内 に 適 用	雇 用 後 1 ～ 5 年 に 適 用	雇 用 後 5 ～ 1 0 年 に 適 用	雇 用 後 1 0 年 以 降 に 適 用	5 % 未 満	5 % 以 上 10 % 未 満	10 % 以 上 15 % 未 満	15 % 以 上 20 % 未 満	20 % 以 上 25 % 未 満	25 % 以 上 30 % 未 満	30 % 以 上	5 % 未 満	5 % 以 上 10 % 未 満	10 % 以 上 15 % 未 満	15 % 以 上 20 % 未 満	20 % 以 上 25 % 未 満	25 % 以 上 30 % 未 満	30 % 以 上		
回答例	1	2	③	4	1	②	3	4	1	②	3	4	5	6	7	1	②	3	4	5	6	7		
01	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7		
02	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7		
03	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7		
04	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7		
05	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7		
06	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7		
07	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7		
08	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7		
09	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7		
10	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7		



障害福祉サービス等報酬改定検証調査
(平成30年度調査)

就労移行支援及び就労継続支援サービスの
提供実態に関する調査
(就労継続支援A型)

「 記 入 要 領 」

目 次

1. 本調査について 1
2. インターネットからの提出について 2
3. 事業所票の記入要領 3

◆本冊子は、調査票へのご回答にあたって、調査の概要や回答にあたっての留意点、説明等をまとめたものです。回答時にご参照ください。

◆本冊子は、本調査専用ホームページ (<https://h30shogaifukushi.jp/>) からPDFファイルのダウンロードも可能です。

◆紙の調査票にてご回答の場合は、同封した返信用封筒で返送してください。電子調査票にてご回答の場合は、本調査専用ホームページにてアップロードしてください。

なお、提出期限は平成30年12月25日（火）となっております。

ご不明な点などございましたら、下記お問合せ先までご連絡ください。

お問合せ先：「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）」事務局	
フリーダイヤル	： 電話 0120-088-920 [平日9:30~17:00]
	FAX 0120-088-930
Eメール	： jimukyoku-ga@h30shogaifukushi.jp

■3枚目(1人目～10人目)

利用者 ID	⑧ 減額率の変化の有無と 変化した場合の理由					⑨ 平均賃金月額	⑩ 1日の平均労働 時間数
	変わった (機械の操作性向上による作業能力向上)	変わった (慣れによる作業能力向上)	変わった (加齢に伴う作業能力低下)	変わっていない	その他		
回答例	1	②	3	4	5	150,000 円	6.5 時間
01	1	2	3	4	5		時間
02	1	2	3	4	5		時間
03	1	2	3	4	5		時間
04	1	2	3	4	5		時間
05	1	2	3	4	5		時間
06	1	2	3	4	5		時間
07	1	2	3	4	5		時間
08	1	2	3	4	5		時間
09	1	2	3	4	5		時間
10	1	2	3	4	5		時間

1. 本調査について

(1) 調査の目的

- ・本調査は、平成30年度の障害福祉サービス等報酬改定後の効果検証、及び次期（平成33年度）報酬改定に向けた障害福祉サービスのあり方や質の評価の検討に資するための基礎資料を得ることを目的として実施するものです。

(2) 調査の実施主体

- ・本調査は、厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部から「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）」の委託を受けた「みずほ情報総研株式会社」が実施するものです。
- ・本調査でご回答いただいた情報については、取り扱いに十分留意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ありません。

(3) 調査対象

- ・本調査は、全国の就労継続支援A型を実施されている事業所の中から無作為抽出した事業所を対象としています。

(4) 調査票記入についてのお願い

- ・調査票の記入は、対象サービスの管理をされている方などをお願いいたします。
- ・調査票の記入内容について確認させていただく場合がありますので、調査票は複写したものを1部お手元に保存してください。インターネットの本調査専用ホームページから電子調査票をダウンロードして提出された場合には、データの保存をお願いします。
- ・調査票の記入にあたり、不明な点がある場合は、下記までお問合せください。

(5) 調査票記入上の留意点

- ・特に時点を示してあるもの以外は、宛名ラベルの対象となっている就労支援サービスについて、平成30年9月30日現在でご回答ください。
- ・調査票は、黒のHFDの鉛筆か黒のボールペンで、楷書で明確に記入してください。
- ・桁のある数字を記入する場合は、右詰めで記入してください。
- ・数字を記入する欄が「0」の場合は、必ず「0」を記入してください（例えば、回答人数が0人の場合は、無記入ではなく必ず「0」と記入してください）。
- ・誤って記入したときは、消しゴムで消すか、二重線を引き、正しい回答を記入してください。
- ・調査票の記入内容について確認させていただく場合がございしますので、調査票1ページの該当箇所に問合せ窓口となる電話番号、FAX番号、メールアドレス、担当者氏名を記入してください。

2. インターネットからの提出について

本調査専用ホームページ（<https://h30shogai Fukushi.jp/>）から、電子調査票（Excelファイル）及び電子調査票の使い方（PDFファイル）をダウンロードできます。また、記入済みの電子調査票をアップロードして提出できます。

■本調査専用ホームページへのログイン

- ・インターネットブラウザに下記のURLを入力してください。
※URLのはじまりは <https://> です。ご注意ください。

<https://h30shogai Fukushi.jp/>

- ・ログインIDとパスワードを入力する画面が表示されます。
- ・ログインIDとパスワードは、同封した調査票（事業所票）の表紙（1ページ目）に記しています。ログイン画面でIDとパスワードを入力した後、[ログイン] ボタンをクリックしてください。

<ログインIDとパスワードの印字位置>

・宛名
法人所在地、調査対象施設・事業所の運営法人名など

・提出期限
・本調査の内容について

■本調査専用ホームページのログインIDとパスワード

(1) ログインID	
(2) ログイン・パスワード	

・ご担当者・連絡先の記入
電話番号、FAX、メールアドレス、担当者名など

・貴事業所における平成30年9月の就労支援業務の活動状況

■電子調査票の受信（ダウンロード）

- ・ログイン後のトップページの「電子調査票の受信（ダウンロード）」ボタンをクリックすると、ページが移り、電子調査票等をダウンロードできます。

■電子調査票の送信（アップロード）

- ・ログイン後のトップページの「電子調査票の送信（アップロード）」ボタンをクリックすると、ページが移り、電子調査票をアップロードできます。

※さらに詳しい手順等は、ダウンロードした「電子調査票の使い方（PDF）」をご覧ください。

1

2

3. 事業所票の記入要領

事業所票（1部を同封）について、各設問の回答形式は、下記のとおりです。
「付問」とは、問いの選択肢のうち該当する場合のみ回答いただく設問です。

表 事業所票の各設問の回答形式の一覧

※回答形式「シングルアンサー」は1つだけ選択可の選択肢であることを、「マルチアンサー」は複数選択可の選択肢であることを表しています。

【事業所の概要、運営、一般就労移行者の状況について】

設問	回答形式
問1 経営主体	◇シングルアンサー
問2 事業所の設立年月	□数値を記入
問3 事業の実施形態	◆マルチアンサー
問4 事業の主たる対象とする障害種別	◆マルチアンサー
問5 従事する職員数	□数値を記入
問6 対象サービスへの利用定員数、障害種別の実利用者数	□数値を記入
問7 就労継続支援A型の開所日数	□数値を記入
問8 就労継続支援A型の延べ利用者数	□数値を記入
問9 利用者の障害者手帳等の所持者数	□数値を記入
問10 利用者の障害年金等の受給者数	□数値を記入
問11 平成30年9月の就業定着支援の報酬算定の有無	◇シングルアンサー
付問11-1 就業定着支援の報酬算定区分	◇シングルアンサー
付問11-2 就業定着支援の実利用者数	□数値を記入
問12 平成30年1月から11月の報酬改定前後の事業変更状況	◇シングルアンサー
付問12-1 事業変更内容	◆マルチアンサー
付問12-2 サービスの転換や統廃合を行った理由	◇シングルアンサー
付問12-3 サービスの転換や統廃合を行った場合の利用者状況	◇シングルアンサー
問13 平成30年1月から11月の職員の配置変更の状況	◇シングルアンサー
付問13 職員の配置変更内容	◆マルチアンサー
問14 報酬改定前後での就労継続支援A型についての新たな取組みの有無	◇シングルアンサー
付問14 就労継続支援A型についての新たな取組みの内容	◆マルチアンサー
問15 サービス利用につながらなかった事例の有無	◇シングルアンサー (□数値を記入)
付問15 新規のサービスにつながらなかった理由	◆マルチアンサー
問16 サービスの利用継続が難しくなった事例の有無	◇シングルアンサー (□数値を記入)
付問16 サービスの利用継続が難しくなった理由	◆マルチアンサー
問17 サービス終了者数	□数値を記入
問18 サービス終了者の行き先	□数値を記入
問19 平成29年度の一般就労移行者数（雇用者）	□数値を記入

設問	回答形式
問20 平成29年度の一般就労移行者の障害種別人数	□数値を記入
問21 平成29年度の一般就労移行者の雇用形態別人数	□数値を記入
問22 平成29年度の一般就労移行者の勤務先の企業等の種類	□数値を記入
問23 平成29年度の一般就労移行者の勤務先企業等の従業員人数	□数値を記入
問24 平成29年度の一般就労移行者の勤務形態別的人数	□数値を記入
問25 平成29年度の一般就労移行者の就業先の職業別的人数	□数値を記入
問26 平成29年度の一般就労移行者の週あたりの労働時間別人数	□数値を記入
問27 平成29年度の一般就労移行者の週の勤務日数	□数値を記入
問28 平成29年度の一般就労移行者の給与の支払い方法	□数値を記入

【報酬算定等について】

設問	回答形式
問A1 平成29年9月の「就労継続支援A型」の実施の有無	◇シングルアンサー
付問A1-1 平成29年9月の就労継続支援A型の利用定員数	□数値を記入
付問A1-2 平成29年9月の基本報酬区分	◇シングルアンサー
問A2 平成29年9月の就労移行支援体制加算の算定の有無	◇シングルアンサー
問A3 平成29年9月の就労継続支援A型の開所日数	□数値を記入
問A4 平成29年9月の就労継続支援A型の延べ利用者数	□数値を記入
問A5 平成30年9月の基本報酬区分	◇シングルアンサー
問A6 1日の平均労働時間の算出にあたり除外した利用者の有無	◇シングルアンサー
付問A6 除外した事例	□数値を記入
問A7 平成30年9月の就労移行支援体制加算の算定の有無	◇シングルアンサー
付問A7 就労移行支援体制加算区分	◇シングルアンサー
問A8 平成30年の6月定着者数	□数値を記入
問A9 平成30年9月の賃金向上達成指導員配置加算の算定の有無	◇シングルアンサー
付問A9 賃金向上達成指導員配置加算区分	◇シングルアンサー
問A10 生産活動収入、生産活動経費、支払い総賃金月額	□数値を記入
問A11 賃金を支払った利用者の各月の実人数の累計人数	□数値を記入
問A12 一般就労移行者数、6月定着者数	□数値を記入
付問A12 一般就労移行者数欄が「ゼロ」の理由	◆マルチアンサー
問A13 平成30年9月の最低賃金減額特例の適用者数	□数値を記入
問A14 現在の利用者のうち、減額特例でなくなった人数	□数値を記入

設問		回答形式
問 A15 就労継続支援 A 型の最低賃金減額特例の適用者の状況		
①	障害種別	◇シングルアンサー
②	適用期間	◇シングルアンサー
③	障害者手帳の等級	◇シングルアンサー
④	年齢	◇シングルアンサー
⑤	適用のタイミング	◇シングルアンサー
⑥	当初の減額率	◇シングルアンサー
⑦	現在の減額率	◇シングルアンサー
⑧	減額率の変化の有無と変化した場合の理由	◇シングルアンサー
⑨	平均賃金月額	◇シングルアンサー
⑩	1 日の平均労働時間数	◇シングルアンサー

調査票ページのラベルに記載の「調査対象サービス」について回答いただく形になりますので、ご注意ください。多機能型で調査対象サービス以外のサービスも実施している場合、**調査対象サービス以外のサービスについては、回答に含めないようにしてください。**

S 2. 職員の状況

問 5 従事する職員数

- ・ 該当の職員配置がない場合は、「0（ゼロ）」を記入してください。
- ・ 複数の資格等を保有している職員については、それぞれ計上してください。
- ・ 「営利企業経験者」とは、介護・福祉分野以外の一般企業等の職場経験者を指します。営利企業が運営する障害福祉サービス事業所や介護サービス事業所の職員だった者については、「営利企業経験者」には含めないでください。

＜常勤職員・非常勤職員の区分等＞

- ・ 「常勤職員」とは、「当該事業所において定められた常勤の従事者が勤務すべき勤務時間数を勤務する職員」のことで、この条件を満たすパート職員等は常勤職員となります。常勤職員については、実人数を記入してください。
- ・ 「非常勤職員」とは常勤職員ではない職員のことです。非常勤職員の場合、実人数と、常勤換算人数を記入してください。常勤換算人数は、非常勤職員の従業時間数を、当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき時間数（1 週間に勤務すべき時間数が32 時間を下回る場合は32 時間）で除することにより算出します。（常勤換算人数は平成30 年9 月の実績で算出してください。）
- ・ 他のサービスとの兼務で、調査対象サービスに従事した時間がわずかであっても、配置されている場合は対象となります。また、派遣職員、出向職員等も配置されていれば対象となります。
- ・ 他のサービスとの兼務者については、サービス従事時間で人数の按分をする必要はありません。調査対象サービスに従事した時間がわずかであっても、1 人として計上してください。

S 8. 就労継続支援 A 型の基本報酬と加算の取組み状況等

問A13 平成30年9月の最低賃金減額特例の適用者数

- ・ 最低賃金減額特例：一般の労働者より著しく労働能力が低いなどの場合に、最低賃金を一律に適用するとかえって雇用機会を狭めるおそれがあるため、次の労働者については、使用者が都道府県労働局長の許可を受けることを条件として個別に最低賃金の減額の特例が認められています。
- (1) 精神又は身体の障害により著しく労働能力の低い方
- (2) 試の使用期間中の方
- (3) 基礎的な技能等を内容とする認定職業訓練を受けている方のうち厚生労働省令で定める方
- (4) 軽易な業務に従事する方
- (5) 断続的労働に従事する方

調査票（事業所票）は同封した返信用封筒にて、まとめてご返送ください。
電子調査票にてご回答の場合は、本調査専用ホームページにてアップロードしてください。
ご提出期限は、平成 30 年 12 月 25 日（火） です。



就労移行支援及び就労継続支援サービスの提供実態に関する調査 〔事業所票〕

※ 就労継続支援B型サービスについてご回答をお願いします。

（提出期限 平成30年12月25日）

■ 本調査専用ホームページ (<https://h30shogai Fukushi.jp/>)

ロケインID	
パスワード	

■ ご担当者・連絡先の記入

本調査のご担当者及び連絡先を記入してください。

住所・法人名・ 事業所名の確認	※上記宛先の法人名、法人本部住所、事業所名、事業所住所に誤りがある場合、 下欄に正しい情報を記載してください。（誤りがない場合は記載不要です。）	
	法人名	本部住所
	事業所名	住所
調査票に 先係る	電話番号	-
	ファックス番号	-
	e-mail	@
	ふりがな	部署
	担当者	

■ 貴事業所における平成30年9月の就労継続支援B型サービスの活動状況

該当する番号を1つ選んで回答欄に記入してください。

1 活動中（平成30年9月の利用実績がある）	
2 休止中（平成30年9月の利用実績がない場合を含む）、廃止、実施していない	

⇒上記「活動状況」で「2」と回答した場合、次ページ以降は回答せず、このまま調査票を返送してください。

【提出期限：平成30年12月25日（火）までに、ご提出をお願いします】

§1. 事業所の基本情報

■ 経営主体

問1. 調査対象サービスの経営主体について、該当する番号を1つ選んで回答欄に記入してください。

（平成30年9月30日現在）

1 都道府県・市区町村・一部事務組合（公設公営）	2 都道府県・市区町村・一部事務組合（公設民営）
3 社会福祉協議会	4 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
5 医療法人	6 営利法人（株式会社・合資・合同会社）
7 特定非営利活動法人（NPO）	8 国・のぞみの園・独立行政法人国立病院機構
9 独立行政法人（のぞみの園・国立病院機構以外）	10 その他の法人（社団・財団・農協・生協・学校等）

■ 事業所の設立年月

問2. 調査対象サービスの事業所の設立年月を回答欄に記入してください。

事業所設立年月	回 答	西 暦	年	月
---------	--------	--------	---	---

■ 事業の実施形態

問3. 平成30年9月30日に事業所で実施されている事業について、該当する番号すべてに○をつけてください。

（単独型の場合は1つ、多機能型事業所や就労定着支援を併せて実施している場合は2つ以上に○）

1 就労移行支援	1
2 就労継続支援A型	2
3 就労継続支援B型	3
4 就労定着支援	4
5 生活介護	5
6 自立訓練（機能訓練）	6
7 自立訓練（生活訓練）	7
8 その他	8

■事業の主たる対象とする障害種別

問4．調査対象サービスについて、運営規程において主たる対象とする障害種別を定めている場合、該当する番号すべてに○をつけてください。（平成30年9月30日現在）

1	身体障害	1	
2	知的障害	2	
3	精神障害	3	
4	発達障害	4	
5	高次脳機能障害	5	
6	難病	6	
7	特に決めていない	7	

§2．職員の状況

■従事する職員数

問5．平成30年9月に在籍した全職員数を回答欄に記入してください。1から11の職員配置がある場合は、その人数を記入してください（別冊の「記入要領」の5ページ参照）。

【常勤換算の方法】

- ・常勤専従の場合、従事者1人＝1.0です。
- ・常勤兼務、非常勤の場合、従事した勤務時間を施設・事業所が定めている「常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」で割り、小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位までを計算します。
- ・ただし、「施設・事業所が定めている常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」が32時間未満の場合は、換算する分母は32時間とします。
- ・得られた結果が0.1に満たない場合は0.1とし、0.1にはしないでください。

	全職員数	常勤職員 (実人数)	非常勤職員 (実人数)	非常勤職員 (常勤換算 人数)
1	社会福祉士	回答	人	人
2	介護福祉士	回答	人	人
3	作業療法士	回答	人	人
4	理学療法士	回答	人	人
5	言語聴覚士	回答	人	人
6	精神保健福祉士	回答	人	人
7	シニアコーチ（職場適応援助者）養成研修修了者	回答	人	人
8	営利企業経験者※（65歳未満）	回答	人	人
9	営利企業経験者※（65歳以上）	回答	人	人
10	目標工員達成指導員	回答	人	人
11	賃金向上達成指導員	回答	人	人

※：介護・福祉分野以外の一般企業等の職場経験者をさす。

§3．事業所の定員・開所日数・延べ利用者数、利用者の状況

■事業所の定員・開所日数・延べ利用者数、利用者の状況

問6．調査対象サービスの利用定員、及び平成30年9月にサービス提供した障害種別の実利用者数について記入してください。

- ※ 重複の場合は、「主たる障害」で回答してください。判断に迷う場合は、若番優先で回答してください。
- ※ 発達障害、高次脳機能障害は精神障害に該当しますが、精神障害には記載せずにそれぞれの障害に記入してください。
- ※ 身体障害と難病が重複する場合は、身体障害者手帳を所持していれば身体障害に記入し、身体障害者手帳を所持しておらず法に定める疾病に該当する場合は難病に記入してください。

定員数	回答
1 身体障害	回答 人
2 知的障害	回答 人
3 精神障害	回答 人
4 発達障害	回答 人
5 高次脳機能障害	回答 人
6 難病	回答 人

問7．平成30年9月の就労継続支援B型の開所日数を記入してください。

就労継続支援B型の開所日数	回答 日
---------------	------

問8．平成30年9月の就労継続支援B型の延べ利用者数を記入してください。

就労継続支援B型の延べ利用者数	回答 人
-----------------	------

問9．平成30年9月の利用者の障害者手帳等の所持者数を記入してください。

※ 手帳等を複数所持している場合はそれぞれカウントしてください。このため問6とは記載方法が異なります。

1 身体障害者手帳 1級	回答 人
2 身体障害者手帳 2級	回答 人
3 身体障害者手帳 3級	回答 人
4 身体障害者手帳 4級	回答 人
5 身体障害者手帳 5級	回答 人
6 身体障害者手帳 6級	回答 人
7 療育手帳（重度・最重度）	回答 人
8 療育手帳（重度以外）	回答 人
9 精神保健福祉手帳 1級	回答 人
10 精神保健福祉手帳 2級	回答 人
11 精神保健福祉手帳 3級	回答 人
12 障害者手帳なし（申請中含む）	回答 人
13 指定難病受給者証	回答 人
14 等級不明	回答 人

問10. 平成30年9月の、在籍中の利用者の障害年金等の受給者数について記入してください。

1	障害基礎年金1級のみ	回答	人
2	障害基礎年金2級のみ	回答	人
3	障害基礎年金1級 + その他の年金*1	回答	人
4	障害基礎年金2級 + その他の年金*1	回答	人
5	その他の年金のみ*1	回答	人
6	受給なし	回答	人
7	不明	回答	人
8	うち、生活保護受給者*2	回答	人

*1：その他の年金とは、障害厚生年金、障害共済年金、労災保険の傷病（補償）年金のことをいう。

*2：生活保護受給者は1～7の人数とは別に、内数として記載してください。

§ 4. 平成30年9月の就労定着支援の実施状況

■平成30年9月の就労定着支援の実施状況

問11. 平成30年9月に、就労定着支援を実施して報酬を算定していますか。

1	はい	回答
2	いいえ	回答

☆下記の付問11-1、付問11-2については、問11で「はい」と回答した方のみお答えください。

付問11-1. 平成30年9月の就労定着支援の報酬算定区分について、該当する番号を選んで記入してください。

就労定着事業 利用定数	9割以上	8割以上 9割未満	7割以上 8割未満	5割以上 7割未満	3割以上 5割未満	1割以上 3割未満	1割未満
20人以下	1 3,200単位 /月	2 2,640単位 /月	3 2,120単位 /月	4 1,600単位 /月	5 1,360単位 /月	6 1,200単位 /月	7 1,040単位 /月
21人以上 40人以下	8 2,560単位 /月	9 2,112単位 /月	10 1,696単位 /月	11 1,280単位 /月	12 1,088単位 /月	13 960単位 /月	14 832単位 /月
41人以上	15 2,400単位 /月	16 1,980単位 /月	17 1,590単位 /月	18 1,200単位 /月	19 1,020単位 /月	20 900単位 /月	21 780単位 /月

付問11-2. 平成30年9月の就労定着支援の実利用者数を記入してください。

就労定着支援の実利用者数	回答	人
--------------	----	---

§ 5. 報酬改定前後の事業状況

■平成30年1月から平成30年11月の間における事業変更の状況

問12. 平成30年1月から平成30年11月の間で調査対象サービスに事業変更がありましたか。
該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください。

1	調査対象サービスに事業変更はない	回答
2	調査対象サービスに事業変更があった	回答
3	これから調査対象サービスの見直し、事業変更を行う予定	回答

☆下記の付問12-1～付問12-3については、問12で回答番号2と3を選んだ方のみお答えください。

付問12-1. 事業変更内容はどのようなものですか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1	就労移行支援から就労継続支援B型へ転換した	1	
2	就労継続支援A型から就労継続支援B型へ転換した	2	
3	生活介護から就労継続支援B型へ転換した	3	
4	その他の障害福祉サービスから就労継続支援B型へ転換した	4	
5	就労継続支援B型から就労移行支援へ転換予定	5	
6	就労継続支援B型から就労継続支援A型へ転換予定	6	
7	就労継続支援B型から生活介護へ転換予定	7	
8	就労継続支援B型からその他の障害福祉サービスへ転換予定	8	
9	廃止予定（事業廃止し、事業変更した場合又は事業変更する予定の場合は1～8を選択）	9	
10	その他（具体的に）	10	

付問12-2. 調査対象サービスへの転換や統合を行った場合、主な理由について該当する番号一つに○をつけてください。

1	利用者に十分な工賃の支払いができなかったから	1	
2	利用者の確保が難しかったから	2	
3	圏域内に自法人以外の就労継続支援B型事業所が多く設立されたから	3	
4	その他（具体的に）	4	

付問12-3. 調査対象サービスの転換や統合を行った場合、もともと利用されていた利用者は、
どうされましたか。該当する番号一つに○をつけてください。

1	利用者全員が転換後の事業をそのまま利用している	1	
2	利用者全員を他の事業所の適切なサービスの利用につなげた	2	
3	そのまま利用している利用者その他のサービス利用につなげた利用者がいる	3	
4	その他（具体的に）	4	

問13. 平成30年1月から平成30年11月の間で職員の配置に変更がありましたか。
該当する番号を一つ選んで回答欄に記入してください。

1	変更はない	回答
2	変更があった	
3	これから見直し、変更を行う予定	

※下記の付問13については、問13で回答番号2と3を選んだ方のみお答えください。

付問13. 変更した内容はどのようなものですか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1	常勤職員を増やした	1	
2	常勤職員を減らした	2	
3	非常勤職員を増やした	3	
4	非常勤職員を減らした	4	
5	有資格者※を増やした	5	
6	有資格者※を減らした	6	
7	勤務時間のある特定の1種類に固定しないなど勤務シフトを見直した	7	
8	その他（具体的に）	8	

※：有資格者は社会福祉士、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士等のこと。

■改定前後での就労支援についての新たな取組み（就労継続支援B型）

問14. 平成30年度の報酬改定を契機として、事業所で就労支援（就労継続支援B型）について新しく取組みを始めたことがありますか。該当する番号を一つ選んでください。

1	はい	回答
2	いいえ	

※下記の付問14については、問14で回答番号1を選んだ方のみお答えください。

付問14. 就労支援（就労継続支援B型）について、どのような新しい取組みを始めましたか。

該当する番号すべてに○をつけてください。

1	一般就労に向けた支援内容の見直し	1	
2	実習先の確保・拡充	2	
3	一般企業や団体との連携強化・業務提携	3	
4	新商品や新サービスへの開発・商品改良	4	
5	施設外就労先の確保・拡充	5	
6	利用者の職業能力評価を実施	6	
7	新規販路の開拓、販売先の見直し	7	
8	その他（具体的に）	8	

■サービス利用につながらなかった事例

問15. 平成30年度4月～11月において、新規のサービス利用につながらなかった事例がありますか。
該当する番号を一つ選んで○をつけ、あった場合は、実人数を記入してください。

1	あった	該当番号に○	1	回答	人
2	なかった	2			

※下記の付問15については、問15で回答番号1を選んだ方のみお答えください。

付問15. 新規のサービスの利用につながらなかった理由について、事業所として判断した理由に該当する番号すべてに○をつけてください。

1	障害により事業所の作業の実施が難しいとみられるため	1	
2	加齢により事業所の作業の実施が難しいとみられるため	2	
3	当該事業所の現員からは利用申込みに応じきれないため	3	
4	運営規程に主たる対象とする障害者を定めており、該当しない者から利用申込みがあったが、適切なサービスを提供することが困難なため	4	
5	入院治療が必要なため	5	
6	週の利用が1日や2日など毎日事業所を利用することが困難なため	6	
7	長時間の作業や労働が難しいとみられるため	7	
8	一般就労への移行が困難と思われるため	8	
9	職員数が不足しているため	9	
10	その他（具体的に）	10	

問16. 平成30年度4月～11月において、利用者の中でサービスの利用継続が難しくなった事例がありますか。
該当する番号を一つ選んで○をつけ、あった場合は、実人数を記入してください。

1	あった	該当番号に○	1	回答	人
2	なかった	2			

※下記の付問16については、問16で回答番号1を選んだ方のみお答えください。

付問16. サービスの利用継続が難しくなった理由について、該当する番号すべてに○をつけてください。

1	加齢により事業所の作業の実施が難しいため	1	
2	入院治療が必要なため	2	
3	長時間の作業や労働が難しいため	3	
4	週の利用が1日や2日など毎日事業所を利用することが困難なため	4	
5	一般就労への移行が困難と思われるため	5	
6	支給決定期間内に就職できなかったため	6	
7	その他（具体的に）	7	

§ 6. 調査対象サービスを終了した利用者の状況

■サービス終了者数、行き先

問17. それぞれの期間におけるサービス終了者の状況について記入してください。

	29年4月～9月	30年4月～9月
サービス終了者数	回答 人	回答 人

問18. それぞれの期間のサービス終了者の行き先について記入してください。

※問18の1～15（2を除く）の合計数が、問17のそれぞれの時期の人数と一致するように記入してください。

サービス終了者の行き先	29年4月～9月	30年4月～9月
1 就職*1	回答 人	回答 人
2 就職のうち、在宅雇用	回答 人	回答 人
3 復職*2	回答 人	回答 人
4 自営・起業（内職除く）	回答 人	回答 人
5 内職（在宅就業を含む）	回答 人	回答 人
6 就労継続支援A型	回答 人	回答 人
7 就労継続支援B型	回答 人	回答 人
8 就労移行支援事業所	回答 人	回答 人
9 生活介護	回答 人	回答 人
10 介護保険サービス（入所・通所）	回答 人	回答 人
11 入院	回答 人	回答 人
12 死亡	回答 人	回答 人
13 転居	回答 人	回答 人
14 その他	回答 人	回答 人
15 不明	回答 人	回答 人

* 1：一般企業等に新たに雇用された者。A型は除く。

* 2：一般企業等を休職して元々の企業等に復職した者。

§ 7. 一般就労移行者の状況（平成29年度）

■一般就労の状況

問19. 平成29年度の一般就労移行者数（雇用者）を記入してください。

	29年度
一般就労移行者数（雇用者）	回答 人

* 1：一般就労者移行者とは、企業や公的機関などに就職して、雇用契約を結んで働く者のこと。

問20. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の障害種別の人数を記入してください。

※ 重複の場合は、「主たる障害」で回答してください。判断に迷う場合は、若番優先で回答してください。

※ 発達障害、高次脳機能障害は精神障害に該当しますが、精神障害には記載せずにそれぞれの障害に記入してください。

※ 身体障害と難病が重複する場合は、身体障害者手帳を所持していれば身体障害に記入し、

身体障害者手帳を所持しておらず法に定める疾病に該当する場合は難病に記入してください。

	29年度
1 身体障害	回答 人
2 知的障害	回答 人
3 精神障害	回答 人
4 発達障害	回答 人
5 高次脳機能障害	回答 人
6 難病	回答 人

問21. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の雇用形態別の人数を記入してください。

	29年度
1 正規職員	回答 人
2 非正規（無期）	回答 人
3 非正規（有期）	回答 人
4 派遣（1～3を除く）	回答 人
5 その他	回答 人

問22. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の勤務先の企業等の種類を記入してください。

	29年度
1 特例子会社	回答 人
2 特例子会社でない企業	回答 人
3 公務部門（国の行政機関、地方公共団体）	回答 人
4 その他	回答 人

問23. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の勤務先の企業等の従業員人数を記入してください。

企業規模別		29年度	
1	1000人以上	回答	人
2	500人以上1000人未満	回答	人
3	300人以上500人未満	回答	人
4	100人以上300人未満	回答	人
5	50人以上100人未満	回答	人
6	50人未満	回答	人

問24. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の勤務形態別の人数を記入してください。

		29年度	
1	フルタイム	回答	人
2	短日勤務・短時間勤務	回答	人
3	フレックス	回答	人
4	裁量労働	回答	人
5	その他	回答	人

問25. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の就業先の職業別の人数を記入してください。

		29年度	
1	管理的職業	回答	人
2	専門的・技術的職業	回答	人
3	事務的職業	回答	人
4	販売の職業	回答	人
5	サービスの職業	回答	人
6	保安の職業	回答	人
7	農林漁業の職業	回答	人
8	生産工程の職業	回答	人
9	輸送・機械運転の職業	回答	人
10	建設・採掘の職業	回答	人
11	運搬・清掃・包装等の職業	回答	人

問26. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の、雇用契約時点での労働条件における過あたりの
所定労働時間別の人数を記入してください。

		29年度	
1	10時間未満	回答	人
2	10時間以上20時間未満	回答	人
3	20時間以上30時間未満	回答	人
4	30時間以上40時間未満	回答	人
5	40時間以上	回答	人

問27. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の、雇用契約時点での労働条件における週の所定勤務日数を
記入してください。

		29年度	
1	1日	回答	人
2	2日	回答	人
3	3日	回答	人
4	4日	回答	人
5	5日	回答	人
6	6日	回答	人

問28. 平成29年度の一般就労移行者（雇用者）の、雇用契約時点での労働条件における給与の支払い方法
について記入してください。

		29年度	
1	時給	回答	人
2	日給	回答	人
3	週給	回答	人
4	月給	回答	人
5	その他	回答	人

☆ 以下の間は、調査対象のサービスが「就労継続支援B型」の事業所のみお答えください。

§ 8. 就労継続支援 B 型の基本報酬と加算の取組み状況（平成29年9月、平成30年9月）

■平成29年9月の基本報酬と加算の状況（就労継続支援B型）

問B1. 平成29年9月に「就労継続支援B型」を実施していましたか。

1	はい	回答
2	いいえ	

→ ☆下記の付問B1、付問B2については、問B1で「はい」と回答した方のみお答えください。

付問B1-1. 調査対象サービスの平成29年9月の利用定員を記入してください。

定員数	回答	人
-----	---------------	---

付問B1-2. 平成29年9月の基本報酬区分について、該当する番号を選んで記入してください。

区分	利用定員	報酬単価
就労継続支援B型サービス費（Ⅰ） （7.5人に1人）	1 20人以下	584単位/日
	2 21人以上40人以下	519単位/日
	3 41人以上60人以下	487単位/日
	4 61人以上80人以下	478単位/日
	5 81人以上	462単位/日
就労継続支援B型サービス費（Ⅱ） （10人に1人）	6 20人以下	532単位/日
	7 21人以上40人以下	474単位/日
	8 41人以上60人以下	440単位/日
	9 61人以上80人以下	431単位/日
	10 81人以上	416単位/日

回答

問B2. 平成29年9月の就労移行支援体制加算（13単位/日）の算定の有無を回答してください。

1	はい	回答
2	いいえ	

問B3. 平成29年9月の就労継続支援B型の開所日数を記入してください。

就労継続支援B型の開所日数	回答	日
---------------	---------------	---

問B4. 平成29年9月の就労継続支援B型の延べ利用者数を記入してください。

就労継続支援B型の延べ利用者数

回答	人
---------------	---

問B5. 目標工賃達成加算について、該当する番号に○をつけてください。

利用定員		平成29年9月
1	目標工賃達成加算（Ⅰ）（69単位/日）	1
2	目標工賃達成加算（Ⅱ）（59単位/日）	2
3	目標工賃達成加算（Ⅲ）（32単位/日）	3
4	算定していない	4

（注）目標工賃達成加算（Ⅰ）：前年度の工賃実績が、地域の最低賃金の1/2以上

目標工賃達成加算（Ⅱ）：前年度の工賃実績が、地域の最低賃金の1/3以上

目標工賃達成加算（Ⅲ）：前年度の工賃実績が、各都道府県の施設種別平均以上

→ ☆下記の付問B5については、問B5で目標工賃達成加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）と回答した方のみお答えください。

付問B5. 目標工賃達成加算を算定するにあたっては、どのように目標工賃を定めましたか。

→ つ選んで該当番号に○をしてください。

1	時間額	1
2	日額	2
3	月額	3

■平成30年9月の基本報酬と加算の状況（就労継続支援B型）

問B6. 平成30年9月の基本報酬区分について、該当する番号を選んで記入してください。

区分		平均工賃月額					
利用定員	4万5000円 以上	3万円以上 4万5000円 未満	2万5000円 以上3万円 未満	2万円以上 2万5000円 未満	1万円以上 2万円未満	5000円以上 1万円未満	5000円未満
就労継続支援B型（Ⅰ）	20人以下 1	645単位 /日 2	621単位 /日 3	609単位 /日 4	597単位 /日 5	586単位 /日 6	571単位 /日 7
就労継続支援B型（Ⅱ）	21人以上 40人以下 8	572単位 /日 9	552単位 /日 10	541単位 /日 11	531単位 /日 12	521単位 /日 13	508単位 /日 14
就労継続支援B型（Ⅲ）	41人以上 60人以下 15	537単位 /日 16	518単位 /日 17	508単位 /日 18	498単位 /日 19	489単位 /日 20	476単位 /日 21
就労継続支援B型（Ⅳ）	61人以上 80人以下 22	527単位 /日 23	508単位 /日 24	499単位 /日 25	489単位 /日 26	480単位 /日 27	468単位 /日 28
就労継続支援B型（Ⅴ）	81人以上 29	510単位 /日 30	491単位 /日 31	482単位 /日 32	473単位 /日 33	464単位 /日 34	452単位 /日 35
就労継続支援B型（Ⅵ）	20人以下 36	587単位 /日 37	565単位 /日 38	555単位 /日 39	544単位 /日 40	534単位 /日 41	520単位 /日 42
就労継続支援B型（Ⅶ）	21人以上 40人以下 43	523単位 /日 44	504単位 /日 45	494単位 /日 46	485単位 /日 47	476単位 /日 48	464単位 /日 49
就労継続支援B型（Ⅷ）	41人以上 60人以下 50	486単位 /日 51	468単位 /日 52	459単位 /日 53	450単位 /日 54	442単位 /日 55	431単位 /日 56
就労継続支援B型（Ⅸ）	61人以上 80人以下 57	476単位 /日 58	458単位 /日 59	450単位 /日 60	441単位 /日 61	433単位 /日 62	422単位 /日 63
就労継続支援B型（Ⅹ）	81人以上 64	459単位 /日 65	442単位 /日 66	434単位 /日 67	426単位 /日 68	418単位 /日 69	407単位 /日 70

(注) 就労継続支援B型（Ⅰ）：7.5人に1人
就労継続支援B型（Ⅱ）：10人に1人

問B7. 平成30年9月の基本報酬算定上の平成29年度の平均工賃月額を記入してください。

平均工賃月額	回答	円
1 該当する		
2 該当しない	回答	

問B8. 障害基礎年金1級受給者が半数以上いる場合、現在の基本報酬算定上の平均工賃月額に2千円を加えた額を平均工賃月額とすることができますが、該当しますか。

問B9. 平成30年9月の、平均工賃月額の算出にあたり、除外した利用者はいましたか。

該当する番号を一つ選んでください。

1 はい	回答
2 いいえ	

→ ☆下記の付問B9については、問B9で「はい」と回答した方のみお答えください。

付問B9. 平成30年度の平均工賃月額の算定にあたって、除外した事例について、該当するすべての番号に人数を記入してください。

1 月の途中において、利用開始又は終了した利用者	1	人
2 月の途中において、入院又は退院した利用者	2	人
3 月の途中において、全治1か月以上の怪我やインフルエンザなどの流行性疾患により連続1週間以上の長期に渡って利用できなかった利用者	3	人
4 就労継続支援B型以外の支給決定を受けて、複数の日中活動に係る障害福祉サービスの利用者	4	人
5 人工透析など、通年かつ毎週1回以上引き続き通院する必要がある利用者	5	人

問B10. 平成30年9月の就労移行支援体制加算の算定の有無を回答してください。

1 はい	回答
2 いいえ	

→ ☆下記の付問B10については、問B10で「はい」と回答した方のみお答えください。

付問B10. 平成30年9月の就労移行支援体制加算区分について、該当する番号を選んで記入してください。

基本報酬の区分	利用定員	報酬単価
就労継続支援B型サービス費（Ⅰ） を算定している事業所 （7.5人に1人）	1 20人以下	42単位/日
	2 21人以上40人以下	18単位/日
	3 41人以上60人以下	10単位/日
	4 61人以上80人以下	7単位/日
	5 81人以上	6単位/日
就労継続支援B型サービス費（Ⅱ） を算定している事業所 （10人に1人）	6 20人以下	39単位/日
	7 21人以上40人以下	17単位/日
	8 41人以上60人以下	9単位/日
	9 61人以上80人以下	7単位/日
	10 81人以上	5単位/日

問B11. 平成30年9月の就労移行支援体制加算をする上で対象となる6月定着者数を記入してください。

6月定着者数	回答	人
--------	----	---

■生産活動収入、生産活動経費、支払い総工賃月額額の状況（就労継続支援B型）

問B12. 平成29年度4月～9月および平成30年度4月～9月の、生産活動収入、生産活動経費、

支払い総工賃月額額を記入してください。

利用者への支払い額		29年4月～9月	30年4月～9月
1	生産活動収入	回答 円	回答 円
2	生産活動経費（利用者への支払い工賃は除く）	回答 円	回答 円
3	利用者への支払い総工賃月額	回答 円	回答 円

問B13. 平成29年度4月～9月および平成30年度4月～9月の、工賃を支払った利用者の各月の実人数の

累計人数を記入してください。

	29年4月～9月	30年4月～9月
工賃を支払った利用者の実人数の累計人数	回答 人	回答 人

問B14. 平成29年度4月～9月および平成30年度4月～9月の、工賃の支払い方について、それぞれ

一つ選んで該当番号○をしてください。

	29年4月～9月	30年4月～9月
1	時給 該当番号に○ 1	時給 該当番号に○ 1
2	日給 該当番号に○ 2	日給 該当番号に○ 2
3	月給 該当番号に○ 3	月給 該当番号に○ 3

問B15. 平成29年度4月～9月および平成30年度4月～9月の、一般就労移行者数、6月定着数を記入して

ください。

	29年4月～9月	30年4月～9月
1	一般就労移行者数 回答 人	一般就労移行者数 回答 人
2	6月定着数 回答 人	6月定着数 回答 人

付問B15. 一般就労移行者数欄がともにゼロだった場合、その理由について該当する番号すべてに○をつけてください。

1	一般就労でできる能力がある者がいなかったため	1
2	一般就労でできる能力はあるが、当該事業所の工賃のほうが一般企業より高いため、利用者が一般就労を希望しない	2
3	利用者が一般就労を希望する者がいなかったため	3
4	就労継続支援B型は一般就労を目的としていないため	4
5	その他（具体的に ）	5



障害福祉サービス等報酬改定検証調査
(平成30年度調査)

就労移行支援及び就労継続支援サービスの
提供実態に関する調査
(就労継続支援B型)

「 記 入 要 領 」

目 次

1. 本調査について 1
2. インターネットからの提出について 2
3. 事業所票の記入要領 3

◆本冊子は、調査票へのご回答にあたって、調査の概要や回答にあたっての留意点、説明等をまとめたものです。回答時にご参照ください。

◆本冊子は、本調査専用ホームページ（<https://h30shogaifukushi.jp/>）からPDFファイルのダウンロードも可能です。

◆紙の調査票にてご回答の場合は、同封した返信用封筒で返送してください。電子調査票にてご回答の場合は、本調査専用ホームページにてアップロードしてください。

なお、提出期限は平成30年12月25日（火）となっております。

ご不明な点などございましたら、下記お問合せ先までご連絡ください。

お問合せ先：「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）」事務局

フリーダイヤル：電話 0120-088-920 [平日9:30～17:00]

FAX 0120-088-930

Eメール：jimukyoku-6b@h30shogaifukushi.jp

1. 本調査について

(1) 調査の目的

- ・本調査は、平成30年度の障害福祉サービス等報酬改定後の効果検証、及び次期（平成33年度）報酬改定に向けた障害福祉サービスのあり方や質の評価の検討に資するための基礎資料を得ることを目的として実施するものです。

(2) 調査の実施主体

- ・本調査は、厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部から「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（平成30年度調査）」の委託を受けた「みずほ情報総研株式会社」が実施するものです。
- ・本調査でご回答いただいた情報については、取り扱いに十分留意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ありません。

(3) 調査対象

- ・本調査は、全国の就労継続支援B型を実施されている事業所の中から無作為抽出した事業所を対象としています。

(4) 調査票記入についてのお願い

- ・調査票の記入は、対象サービスの管理をされている方などをお願いいたします。
- ・調査票の記入内容について確認させていただく場合がありますので、調査票は複写したものを1部お手元に保存してください。インターネットの本調査専用ホームページから電子調査票をダウンロードして提出された場合には、データの保存をお願いします。
- ・調査票の記入にあたり、不明な点がある場合は、下記までお問合せください。

(5) 調査票記入上の留意点

- ・特に時点を示してあるもの以外は、宛名ラベルの対象となっている就労支援サービスについて、平成30年9月30日現在でご回答ください。
- ・調査票は、黒のHFDの鉛筆か黒のボールペンで、楷書で明確に記入してください。
- ・桁のある数字を記入する場合は、右詰めで記入してください。
- ・数字を記入する欄が「0」の場合は、必ず「0」を記入してください（例えば、回答人数が0人の場合は、無記入ではなく必ず「0」と記入してください）。
- ・誤って記入したときは、消しゴムで消すか、二重線を引き、正しい回答を記入してください。
- ・調査票の記入内容について確認させていただく場合がございしますので、調査票1ページの該当箇所に問合せ窓口となる電話番号、FAX番号、メールアドレス、担当者氏名を記入してください。

2. インターネットからの提出について

本調査専用ホームページ（<https://h30shogaifukukushi.jp/>）から、電子調査票（Excelファイル）及び電子調査票の使い方（PDFファイル）をダウンロードできます。また、記入済みの電子調査票をアップロードして提出できます。

■本調査専用ホームページへのログイン

- ・インターネットブラウザに下記のURLを入力してください。
※URLのはじまりは <https://> です。ご注意ください。

<https://h30shogaifukukushi.jp/>

- ・ログインIDとパスワードを入力する画面が表示されます。
- ・ログインIDとパスワードは、同封した調査票（事業所票）の表紙（1ページ目）に記しています。ログイン画面でIDとパスワードを入力した後、[ログイン] ボタンをクリックしてください。

<ログインIDとパスワードの印字位置>

・宛名
法人所在地、調査対象施設・事業所の運営法人名など

・提出期限
・本調査の内容について

■本調査専用ホームページのログインIDとパスワード

(1) ログインID	
(2) ログイン・パスワード	

・ご担当者・連絡先の記入
電話番号、FAX、メールアドレス、担当者名など

・貴事業所における平成30年9月の就労支援業務の活動状況

■電子調査票の受信（ダウンロード）

- ・ログイン後のトップページの「電子調査票の受信（ダウンロード）」ボタンをクリックすると、ページが移り、電子調査票等をダウンロードできます。

■電子調査票の送信（アップロード）

- ・ログイン後のトップページの「電子調査票の送信（アップロード）」ボタンをクリックすると、ページが移り、電子調査票をアップロードできます。

※さらに詳しい手順等は、ダウンロードした「電子調査票の使い方（PDF）」をご覧ください。

1

2

3. 事業所票の記入要領

事業所票（1部を同封）について、各設問の回答形式は、下記のとおりです。
「付問」とは、問いの選択肢のうち該当する場合のみ回答いただく設問です。

表 事業所票の各設問の回答形式の一覧

※回答形式「シングルアンサー」は1つだけ選択可の選択肢であることを、「マルチアンサー」は複数選択可の選択肢であることを表しています。

【事業所の概要、運営、一般就労移行者の状況について】

設問	回答形式
問1 経営主体	◇シングルアンサー
問2 事業所の設立年月	□数値を記入
問3 事業の実施形態	◆マルチアンサー
問4 事業の主たる対象とする障害種別	◆マルチアンサー
問5 従事する職員数	□数値を記入
問6 対象サービスの利用定員数、障害種別の実利用者数	□数値を記入
問7 就労継続支援B型の開所日数	□数値を記入
問8 就労継続支援B型の延べ利用者数	□数値を記入
問9 利用者の障害者手帳等の所持者数	□数値を記入
問10 利用者の障害年金等の受給者数	□数値を記入
問11 平成30年9月の就業定着支援の報酬算定の有無	◇シングルアンサー
付問11-1 就業定着支援の報酬算定区分	◇シングルアンサー
付問11-2 就業定着支援の実利用者数	□数値を記入
問12 平成30年1月から11月の報酬改定前後の事業変更状況	◇シングルアンサー
付問12-1 事業変更内容	◆マルチアンサー
付問12-2 サービスの転換や統合を行った理由	◇シングルアンサー
付問12-3 サービスの転換や統合を行った場合の利用者状況	◇シングルアンサー
問13 平成30年1月から11月の職員の配置変更の状況	◇シングルアンサー
付問13 職員の配置変更内容	◆マルチアンサー
問14 報酬改定前後での就労継続支援B型についての新たな取組みの有無	◇シングルアンサー
付問14 就労継続支援B型についての新たな取組みの内容	◆マルチアンサー
問15 サービス利用につながらなかった事例の有無	◇シングルアンサー (□数値を記入)
付問15 新規のサービスにつながらなかった理由	◆マルチアンサー
問16 サービスの利用継続が難しくなった事例の有無	◇シングルアンサー (□数値を記入)
付問16 サービスの利用継続が難しくなった理由	◆マルチアンサー
問17 サービス終了者数	□数値を記入
問18 サービス終了者の行き先	□数値を記入
問19 平成29年度の一般就労移行者数（雇用者）	□数値を記入

設問		回答形式
問20 平成29年度の一般就労移行者の障害種別人数		□数値を記入
問21 平成29年度の一般就労移行者の雇用形態別人数		□数値を記入
問22 平成29年度の一般就労移行者の勤務先の企業等の種類		□数値を記入
問23 平成29年度の一般就労移行者の勤務先企業等の従業員人数		□数値を記入
問24 平成29年度の一般就労移行者の勤務形態別的人数		□数値を記入
問25 平成29年度の一般就労移行者の就業先の職業別的人数		□数値を記入
問26 平成29年度の一般就労移行者の週あたりの労働時間別人数		□数値を記入
問27 平成29年度の一般就労移行者の週の勤務日数		□数値を記入
問28 平成29年度の一般就労移行者の給与の支払い方法		□数値を記入

【報酬算定等について】

設問	回答形式
問B1 平成29年9月の「就労継続支援B型」の実施の有無	◇シングルアンサー
付問B1-1 平成29年9月の就労継続支援B型の利用定員数	□数値を記入
付問B1-2 平成29年9月の基本報酬区分	◇シングルアンサー
問B2 平成29年9月の就労移行支援体制加算の算定の有無	◇シングルアンサー
問B3 平成29年9月の就労継続支援B型の開所日数	
問B4 平成29年9月の就労継続支援B型の延べ利用者数	□数値を記入
問B5 目標工賃達成加算区分	◇シングルアンサー
付問B5 目標工賃の定め方	◇シングルアンサー
問B6 平成30年9月の基本報酬区分	◇シングルアンサー
問B7 平成29年度の平均工賃月額	□数値を記入
問B8 障害基礎年金1級受給者が半数以上いる場合の、平均工賃月額への2千円加算	◇シングルアンサー
問B9 平均工賃月額の算出にあたり除外した利用者の有無	◇シングルアンサー
付問B9 除外した事例についての利用者数	◆マルチアンサー
問B10 平成30年9月の就労移行支援体制加算の算定の有無	◇シングルアンサー
付問B10 就労移行支援体制加算区分	◇シングルアンサー
問B11 平成30年の6月定着者数	□数値を記入
問B12 生産活動収入、生産活動経費、支払い総工賃月額	□数値を記入
問B13 工賃を支払った利用者の各月の実人数の累計人数	□数値を記入
問B14 工賃の支払い方	◇シングルアンサー
問B15 一般就労移行者数、6月定着数	□数値を記入
付問B15 一般就労移行者数欄が「ゼロ」の理由	◆マルチアンサー

調査票1ページのラベルに記載の「調査対象サービス」について回答いただく形になりますので、ご注意ください。多機能型で調査対象サービス以外のサービスも実施している場合、**調査対象サービス以外のサービスについては、回答に含めないようにしてください。**

§ 2. 職員の状況

問 5 従事する職員数

- ・ 該当の職員配置がない場合は、「0 (ゼロ)」を記入してください。
- ・ 複数の資格等を保有している職員については、それぞれに計上してください。
- ・ 「営利企業経験者」とは、介護・福祉分野以外の一般企業等の職場経験者を指します。営利企業が運営する障害福祉サービス事業所や介護サービス事業所の職員だった者については、「営利企業経験者」には含めないでください。

＜常勤職員・非常勤職員の区分等＞

- ・ 「常勤職員」とは、「当該事業所において定められた常勤の従事者が勤務すべき勤務時間数を勤務する職員」のことで、この条件を満たすパート職員等は常勤職員となります。常勤職員については、実人数を記入してください。
- ・ 「非常勤職員」とは常勤職員ではない職員のことです。非常勤職員の場合、実人数と、常勤換算人数を記入してください。常勤換算人数は、非常勤職員の従業時間数を、当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間）で除することにより算出します。（常勤換算人数は平成30年9月の実績で算出してください。）
- ・ 他のサービスとの兼務で、調査対象サービスに従事した時間がわずかであっても、配置されている場合は対象となります。また、派遣職員、出向職員等も配置されていれば対象となります。
- ・ 他のサービスとの兼務者については、サービス従事時間で人数の按分をする必要はありません。調査対象サービスに従事した時間がわずかであっても、1人として計上してください。

調査票（事業所票）は同封した返信用封筒にて、まとめてご返送ください。
電子調査票にてご回答の場合は、本調査専用ホームページにてアップロードしてください。
ご提出期限は、平成 30 年 12 月 25 日（火）です。