令和６年度　厚生労働科学研究補助金

障害福祉サービス事業者における

高次脳機能障害者の支援の実態把握及び推進のための研究

「障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握調査」

Ⅰ．法人の概要

１．法人・事業所情報

|  |
| --- |
| ①法人名（法人名／設置主体名称） |
|  |
| ②事業所名 |
|  |
| ご回答者 | ③所属・職名 | ④氏名 |
|  |  |
| ⑤ご連絡先電話番号 | ⑥メールアドレス |
|  |  |

２．所在地（都道府県・市区町村）

|  |  |
| --- | --- |
| ①都・道・府・県 | ②市・区・町・村 |
|  |  |

３．法人種別　（該当するものに☑をしてください）

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | ①社会福祉協議会 |
| [ ]  | ②社会福祉法人（社協以外） |
| [ ]  | ③医療法人 |
| [ ]  | ④社団法人・財団法人 |
| [ ]  | ⑤特定非営利活動法人 |
| [ ]  | ⑥営利法人（有限・株式等） |
| [ ]  | ⑦協同組合及び連合会 |
| [ ]  | ⑧その他 |

４．貴法人の雇用状況（法人全体）（令和６年４月１日時点）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 常勤 | 非常勤 |
| ①正規 | 人 | 人 |
| ②非正規 | 人 | 人 |
| 合計 | 人 | 人 |

５．法人全体で指定を受けている障害福祉サービスで該当するものに☑をしてください。
（複数回答可）。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | ①療養介護 | [ ]  | ⑭居宅介護 |
| [ ]  | ②生活介護 | [ ]  | ⑮重度訪問介護 |
| [ ]  | ③短期入所 | [ ]  | ⑯同行援護 |
| [ ]  | ④施設入所支援 | [ ]  | ⑰行動援護 |
| [ ]  | ⑤就労移行支援 | [ ]  | ⑱重度障害者等包括支援 |
| [ ]  | ⑥就労継続支援Ａ型 | [ ]  | ⑲就労定着支援 |
| [ ]  | ⑦就労継続支援Ｂ型 | [ ]  | ⑳自立生活援助 |
| [ ]  | ⑧共同生活援助 | [ ]  | ㉑地域移行支援 |
| [ ]  | ⑨児童発達支援 | [ ]  | ㉒地域定着支援 |
| [ ]  | ⑩医療型児童発達支援 | [ ]  | ㉓計画相談支援 |
| [ ]  | ⑪放課後等デイサービス | [ ]  | ㉔障害児相談支援 |
| [ ]  | ⑫福祉型障害児入所支援 | [ ]  | ㉕居宅訪問型児童発達支援 |
| [ ]  | ⑬医療型障害児入所支援 | [ ]  | ㉖保育所等訪問支援 |

６．貴法人で上記以外に実施しているものに☑をしてください（複数回答可）

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | ①病院 |
| [ ]  | ②診療所 |
| [ ]  | ③介護保険サービス＜具体的に＞ |
| [ ]  | ④地域活動支援センター |
| [ ]  | ⑤障害者就業・生活支援センター |
| [ ]  | ⑥基幹相談支援センター |
| [ ]  | ⑦身体障害者福祉センター |
| [ ]  | ⑧その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

Ⅱ．障害福祉サービス調査（自立訓練事業）

１．ご回答いただく障害福祉サービス事業に該当するものの番号に☑をしてください。
（単一回答）

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | ①機能訓練 |
| [ ]  | ②共生型機能訓練 |
| [ ]  | ③基準該当機能訓練 |
| [ ]  | ④生活訓練 |
| [ ]  | ⑤共生型生活訓練 |
| [ ]  | ⑥基準該当生活訓練 |
| [ ]  | ⑦宿泊型自立訓練 |
| [ ]  | ⑧　①～⑦の指定を受けていない |

２．１で☑をつけた事業の定員数と利用者数及び利用者数のうち高次脳機能障害者の
人数（定点）についてお答えください。（令和６年４月１日時点）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①定員数 | ②利用者数 | ③高次脳機能障害者数 |
| 人 | 人 | 人 |

３．１で☑をつけた事業の職員数を記入してください。（令和６年４月１日時点）

|  |  |
| --- | --- |
| ①基準上の必要職員数 | ②常勤換算の従業員数 |
| 人 | 人 |

４．１で☑をつけた事業の新規利用者数と高次脳機能障害者数（令和4年4月1日～
令和6年3月31日2年間）についてお答えください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①R4年度新規利用者数 | ②うち高次脳機能障害者数 | ③R5年度新規利用者数 | ④うち高次脳機能障害者数 |
| 人 | 人 | 人 | 人 |

（R4年度新規利用者数は、R4.4.1～R5.3.31までに、新規に利用を開始した人数、同様に
R5年度新規利用者数は、R5.4.1～R6.3.31までに、新規に利用を開始した人数）

５．１で☑をつけた事業の利用終了者数と高次脳機能障害者数（令和4年4月1日～
令和6年3月31日2年間）についてお答えください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①R4年度利用終了者数 | ②うち高次脳機能障害者数 ａ | ③R5年度利用終了者数 | ④うち高次脳機能障害者数 ｂ |
| 人 | 人 | 人 | 人 |

（R4年度利用終了者数は、R4.4.1～R5.3.31に自立訓練利用を終了した人数、同様に
R5年度利用終了者数は、R5.4.1～R6.3.31に自立訓練利用を終了した人数）

６．設問５について、ａ及びｂの高次脳機能障害の方について、利用時の紹介元や利用終了後の進路等について【別紙２】にご回答ください。（個人を特定できる回答情報はありません。

また、設問５において、利用終了の高次脳機能障害者が０（ゼロ）だった場合、別紙２への回答は不要です。）

Ⅲ．評価・訓練について

１．Ⅱの１で☑をつけた事業において、高次脳機能障害者の支援を行う際、参考にしている専門職等の評価（アセスメント）を活用している場合はⒶ欄に〇を記入してください。また、活用していると回答した項目については、ⒷⒸ欄についても当てはまるものに○を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ⓐ活用している | Ⓑ外部機関に依頼又は紹介状、サマリー等 | Ⓒ事業所内（もしくは同一法人内）で評価可能 |
| ①医師の診断書 |  |  |  |
| ②理学療法士の評価 |  |  |  |
| ③作業療法士の評価 |  |  |  |
| ④臨床心理士もしくは公認心理士の評価 |  |  |  |
| ⑤言語聴覚士の評価 |  |  |  |
| ⑥看護師の評価 |  |  |  |
| ⑦その他（　　　　　　　　）（　　　　　　　　）（　　　　　　　　） |  |  |  |

２．Ⅱの１で☑をつけた事業において、以下の職種について、職員（専門職等）の
配置状況（職種として配置）をご回答ください。（令和６年４月１日時点）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 常勤 | 非常勤（常勤換算） |
| ①医師 | 人 | 人 |
| ②理学療法士 | 人 | 人 |
| ③作業療法士 | 人 | 人 |
| ④臨床心理士もしくは公認心理士 | 人 | 人 |
| ⑤言語聴覚士 | 人 | 人 |
| ⑥看護師 | 人 | 人 |

３．機関連携について

３－１　高次脳機能障害者の評価・訓練・支援等において、日頃からどれくらい連携を
取っているかお聞かせください。それぞれ当てはまる欄に〇を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ⓐ密に連携している | Ⓑ必要時に連携している | Ⓒほとんど連携していない | Ⓓ連携なし |
| ①高次脳機能障害支援拠点機関 |  |  |  |  |
| ②市役所・区役所福祉課 |  |  |  |  |
| ③保健センター・保健所 |  |  |  |  |
| ④病院（急性期・回復期・一般を含み、高次脳機能障害支援拠点機関の病院を除く） |  |  |  |  |
| ⑤診療所・クリニック |  |  |  |  |
| ⑥精神保健福祉センター |  |  |  |  |
| ⑦地域の基幹相談支援センター |  |  |  |  |
| ⑧特定相談支援事業所 |  |  |  |  |
| ⑨居宅介護支援事業所 |  |  |  |  |
| ⑩障害者職業センター |  |  |  |  |
| ⑪障害者就業・生活支援センター |  |  |  |  |
| ⑫学校 |  |  |  |  |
| ⑬その他（　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |

３－２　高次脳機能障害者の評価・訓練・支援等において、連携に課題があると感じる
機関はありますか。それぞれ当てはまる欄に〇を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ⓐ深刻な課題がある | Ⓑ課題がある | Ⓒ軽微な課題がある | Ⓓ課題なしまたは連携なし |
| ①高次脳機能障害支援拠点機関 |  |  |  |  |
| ②市役所・区役所福祉課 |  |  |  |  |
| ③保健センター・保健所 |  |  |  |  |
| ④病院（急性期・回復期・一般を含み、高次脳機能障害支援拠点機関の病院を除く） |  |  |  |  |
| ⑤診療所・クリニック |  |  |  |  |
| ⑥精神保健福祉センター |  |  |  |  |
| ⑦地域の基幹相談支援センター |  |  |  |  |
| ⑧特定相談支援事業所 |  |  |  |  |
| ⑨居宅介護支援事業所 |  |  |  |  |
| ⑩障害者職業センター |  |  |  |  |
| ⑪障害者就業・生活支援センター |  |  |  |  |
| ⑫学校 |  |  |  |  |
| ⑬その他（　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |

３－３　３－２において、「Ⓐ深刻な課題がある」または「Ⓑ課題がある」と感じている
機関について、課題と感じていることを具体的に記載してください。

４．その他、高次脳機能障害者の支援における機関連携についてご意見等があれば記載してください。（自由記述）