令和５年度 障害者総合福祉推進事業費

「医療と障害福祉の効果的な相互連携方策についての調査研究」

**障害福祉と医療の連携に関するアンケート調査票【サンプル】**

|  |
| --- |
| 【回答にあたって】* **本調査票は、サンプル**です。回答にあたっては、Web上であてはまる番号をご回答ください。**【回答用URL】**　[**https://questant.jp/q/s-renkei**](https://questant.jp/q/s-renkei)
* 本調査の対象は、**指定特定相談支援事業所および基幹相談支援センター**　です。
* 調査の入力画面では、回答の一時保存ができません。回答前に設問内容を確認されたい場合は、本調査票サンプルをご確認ください。メールや郵送での回答は不要です。

＜入力制限等について＞* **SAは単数回答（１つだけ選択）、MAは複数回答（あてはまるもの全てを選択）、FAは自由回答、NAは数値入力**のことです。
* 「その他」等の選択肢の後にある（ ）は自由回答欄です。
* 数値を入力する際、該当する人等がいない・ない場合は「０（ゼロ）」をご回答ください。わからない場合や把握していない場合は空欄にしてください。
* 「（同時選択不可）」は、MA（複数回答）の設問で、他の選択肢と同時にお選びいただくことができない選択肢に記載しています。
* 「【Q●で○を選択した場合】」等の記載がある箇所については、Web上で回答内容に応じて、設問の表示設定・入力制御を行っております。Web上で設問が表示されない場合は、分岐の設問を正しく選択しているかご確認ください。
 |

**１．貴事業所に関すること（**令和５年10月１日時点）

**令和5年10月1日時点について、ご回答ください。**

| **設問** | **形式** | **選択肢** |
| --- | --- | --- |
| 1. 運営主体
 | SA | 1. 公営
2. 社会福祉協議会
3. 社会福祉法人（2.社会福祉協議会を除く）
4. NPO法人
5. 医療法人
6. 社団・財団法人
7. 株式会社
8. 合同会社
9. その他（　　　　　　　　　　　）
 |
| 1. 委託の有無
 | MA | 1. 基幹相談支援センター
2. 市町村障害者相談支援事業（いわゆる委託相談）
3. 上記1.2.の委託はない（同時選択不可）
 |
| 1. 指定の種類
 | MA | 1. 特定相談支援事業
2. 一般相談支援事業（地域移行支援）
3. 一般相談支援事業（地域定着支援）
4. 障害児相談支援事業
5. 自立生活援助
 |
| 1. 指定事業別の契約者数（実人数）**※指定は受けているが該当する人がいない場合は「０（ゼロ）」を回答ください**※複数の事業を契約している利用者の場合、契約している全ての事業、それぞれに計上してください※問３で選択した選択肢に応じて表示
 | NA |

|  |  |
| --- | --- |
| 1）特定相談支援事業 | （　　　）人 |
| 2）一般相談支援事業（地域移行支援） | （　　　）人 |
| 3）一般相談支援事業（地域定着支援） | （　　　）人 |
| 4）障害児相談支援事業 | （　　　）人 |
| 5) 自立生活援助 | （　　　）人 |

 |
| 1. 年齢別の契約者数（実人数）**※契約者がいない場合は「０（ゼロ）」を回答してください**
 | NA |

|  |  |
| --- | --- |
| 1）18歳未満 | （　　　）人 |
| 2）18～40歳未満 | （　　　）人 |
| 3）40～65歳未満 | （　　　）人 |
| 4）65歳以上 | （　　　）人 |
| 合計 | （　　　）人 |

 |
| 1. 現在の契約者として多いと感じる障害種別
 | MA | 1. 身体障害
2. 知的障害
3. 精神障害
4. 発達障害（自閉症等）
5. 高次脳機能障害
6. 難病
7. 重症心身障害
8. その他（　　　　　　　　）
 |
| 1. 現在の契約者の特徴※もっとも多いケース１つを選択。１つに選べない場合はその他にご回答ください
 | SA | 1. 障害児入所施設／障害者支援施設／共同生活援助の入所者のケース
2. 1を除き、隣接（同一敷地内を含む）する障害福祉サービス利用者のケース
3. 2を除き、同一法人が提供する障害福祉サービス利用者のケース
4. 1.～3.を除き、在宅の障害児者のケース
5. その他（　　　　　　　　　　）
6. 個別ケースへの対応は行っていない　（同時選択不可）
 |

**２．地域単位での障害福祉と医療機関の連携に関する取組状況**

本節では、地域単位での障害福祉と医療の連携に関する取組をお尋ねいたします。

地域単位での取組とは、例えば、地域の（自立支援）協議会や医師会、有志の事業所の集まり等の外部機関・団体等が行っている取組を想定しています。

| **設問** | **形式** | **選択肢** |
| --- | --- | --- |
| 1. 貴事業所が所在する地域において、障害福祉と医療機関との連携に関して協議・検討を行う場や団体（例：（自立支援）協議会や地域の連絡協議会等）の有無
 | SA | 1. そのような場・団体がある
2. そのような場・団体はない
3. 把握していない・わからない
 |
| **【場・団体がある場合（問8で1.を回答した場合）】**1. 具体的な場・団体の概要、その効果等※ご存じの範囲で結構です
 | FA |  |
| 1. 障害福祉と医療機関の連携に関する、地域単位※での取組状況※例えば、地域の（自立支援）協議会や医師会、有志の事業所の集まり等の外部機関・団体等が行っている取組※利用の有無は問いません
 | MA | 1. 障害児者が受診可能な医療機関に関する情報提供
2. 医療機関の受診の際に利用できるサービス等の情報提供
3. １.2.を除く医療機関の受診に関する相談対応
4. 障害児者の医療機関の受診・入退院に関する手順や留意点等の整理・周知
5. 障害福祉と医療機関間での連携のための書式の開発・周知
6. 担当相談支援専門員に対するスーパーバイズ・助言
7. 研修会、勉強会、交流会の開催
8. その他（　　　　　　　　　　　）
9. 特に取組等はない（同時選択不可）
10. 把握していない・わからない（同時選択不可）
 |
| **【取組がある場合（問10で1.~8．を選択した場合）】**1. 具体的な内容、団体概要、その効果等※ご存じの範囲で結構です
 | FA |  |
| 1. 医療機関への受診・入退院の相談対応や支援を行ううえで、地域単位で取り組んでほしいこと
 | FA　 |  |

**３．入退院時における医療機関との連携状況**

**以降は、障害児者の医療機関への入退院についてお尋ねいたします。**

**※本調査において「障害児者」の居住場所（在宅や入所施設、グループホーム等）は問いません。**

**※本調査における「医療機関への入退院」とは、障害児者が傷病の治療やリハビリ等が必要な際に医療機関に入院することを想定しております（精神障害のある方の精神科への入院、もしくは医療機関・療養介護事業所・医療型障害児入所施設からの転院を除きます）。**

**（１）入退院支援の状況**

| **設問** | **形式** | **選択肢** |
| --- | --- | --- |
| 1. これまでに障害児者の医療機関への入退院に対して、支援を行った経験の有無**※入院支援には、入院前の医療機関への情報提供、入院を見据えた受診への同行等の入院前からの支援を含む**※概ね過去5年を目安にご回答ください。
 | MA | 1. 入院支援を行ったことがある ⇒問14へ
2. 退院支援を行ったことがある ⇒問22へ
3. 1．2．のいずれも行ったことはない（同時選択不可）　⇒問22へ
 |

**（２）障害児者の医療機関への入院支援の状況**

**問13で「1．入院支援を行ったことがある」を選択した方にお尋ねします。**

| **設問** | **形式** | **選択肢** |
| --- | --- | --- |
| 1. 支援を行った障害児者の障害種別
 | MA | 1. 身体障害
2. 知的障害
3. 精神障害
4. 発達障害（自閉症等）
5. 高次脳機能障害
6. 難病
7. 重症心身障害
8. その他（　　　　　　　　　　）
 |
| 1. 支援を行った障害児者の年齢
 | MA | 1. 7歳未満
2. 7歳以上～18歳未満
3. 18歳以上～30歳未満
4. 30歳以上～40歳未満
5. 40歳以上～50歳未満
6. 50歳以上～65歳未満
7. 65歳以上
 |
| 1. 行った入院支援の内容※入院前～入院中を含む
 | MA | 1. 入院前の受診同行
2. 緊急時の受診調整（同行を含む）
3. 1.2.を除き、医療機関への情報提供（カンファレンスへの参加を除く）
4. 1.～3.を除き、入院前の医療機関との調整（カンファレンスへの参加を含む）
5. 入院中の訪問による状況の把握
6. 入院中の治療方針に関する説明の補助（治療方針に関する本人への説明、医師等への本人の状況の説明等）
7. その他（　　　　　　　　　）
 |
| 1. 障害児者の入院にあたり※、医療機関に障害児者に関して情報提供した内容※入院前～入院中を含む
 | MA | 1. 障害児者本人の基本情報（氏名、年齢等）
2. 家族・世帯の情報（世帯構成、キーパーソンの情報等）
3. 障害児者・世帯の保険・経済状況（年金や保険の種類等）
4. 障害認定の状況（障害者手帳の保有状況、障害支援区分等）
5. 利用しているサービス（障害福祉、介護保険、利用事業所等）
6. 身体・生活機能等の状況・必要な支援（ADL、食事形態、排泄方法、コミュニケーション等）
7. 医療・服薬の状況（疾患歴、かかりつけ医、服薬状況等）
8. 障害児者本人・家族の意向（生活歴、生活や入院中の支援への希望等）
9. 社会参加の状況（趣味等の活動状況、教育・就労の状況等）
10. その他（　　　　　　　　　　）
11. 特に情報は提供していない（同時選択不可）
 |
| **【1つ以上の情報を提供している場合（問17で1．～10．を回答した場合）】**1. 提供方法
 | MA | 1. 貴事業所／センター独自のアセスメントシートを共有
2. 1を除き、地域の医師会や行政等が作成した医療連携シートで共有
3. かかりつけ医や訪問看護ステーション等、日頃関わりのある関係機関からの書面を集約して共有
4. その他の書面で共有
5. カンファレンスや打合せを設けて共有
6. 5を除き、口頭で共有
7. その他（　　　　　　　　　　）
 |
| 1. 障害児者の医療機関への入院において、医療機関側と特に共有しておきたい情報、その理由※実際に共有しているかどうかは問いません

※特定のケースで共有したい情報がある場合は、どのようなケースで情報共有が必要か（障害児者の年齢や障害種、医療機関の種類、予定入院・緊急入院等）具体的に記載してください | FA |  |
| 1. 利用者が初めて利用する医療機関と連携・調整する上で行っている工夫、うまく連携・調整ができた事例の概要（例：支援を行った障害児者の特徴、行った支援、工夫点　等）
 | FA |  |
| 1. 令和4年１～12月の1年での支援実績（実人数）※支援人数はおよその数字でも可／ただし実人数※同じ人から複数回の相談があった場合も「１」とカウント※家族と障害児者それぞれから相談を受けた場合も「１」とカウント
 | SA | 1. 令和4年1年間で支援を行った→支援人数：（　　）人※実人数
2. 令和4年1年間では支援を行わなかった
 |

**（３）障害児者の医療機関からの退院支援**

**本節では、障害児者の退院支援に関することをお尋ねします。
これまでに退院支援の経験がない方におかれましても、今後退院支援に関わるとした場合にあると良い情報等についてご回答ください。**

| **設問** | **形式** | **選択肢** |
| --- | --- | --- |
| 1. 障害児者の退院時に、医療機関からの障害児者に関する情報提供のニーズ
 | SA | 1. すべてのケースについて、退院前後で情報提供があると良い　⇒問24へ
2. 一部のケースについて、退院前後で情報提供があると良い　⇒問23へ
3. 特に情報提供がなくても問題ない ⇒問26へ
4. その他（　　　　　　　　）⇒問26へ
5. わからない　⇒問26へ
 |
| **【一部のケースについて情報提供があると良い場合（問22で２.を回答した場合）】**1. 情報提供があるとよいケースの具体的な特徴
 | MA | 1. 退院支援で初めて繋がった（担当となった）ケース
2. 入院前から医療ケアを必要とされているケース
3. 入院前からの担当ケースで退院後の状態や必要な支援の変化が見込まれるケース（2．を除く）
4. その他（　　　　　　　　）
5. わからない（同時選択不可）
 |
| **【情報提供してほしいことがある場合（問22で1．2．を回答した場合）】**1. 医療機関から提供されると良い情報※入院中～退院時の情報を想定
 | MA | 1. 障害児者本人の基本情報（氏名、年齢等）
2. 家族・世帯の情報（世帯構成、キーパーソンの情報等）
3. 障害児者・世帯の経済状況（年金や保険等）
4. 障害認定の状況（障害者手帳の保有状況、障害支援区分）
5. 利用しているサービス（障害福祉、介護保険、利用事業所等）
6. 入院の概要（入院日、退院（予定）日、入院原因疾患等）
7. 入院中の身体・生活機能等の状況・必要な支援（ADL、食事形態、コミュニケーション等）
8. 入院中の医療・服薬の状況（疾患歴、治療・リハビリ等の経過、服薬状況等）
9. 障害児者本人・家族の現状の受け止め、意向（疾患や後遺症等の受け止め、退院後の生活への希望等）
10. 病状の予後・予測
11. 退院後に必要な事柄（必要な医療処置・看護・リハビリ、治療方針、禁忌等）
12. 退院後の医学管理（医療機関、医学管理の方法、次回受診予定等）
13. 今後の社会参加に関すること
14. その他（　　　　　　　　　　　　）
 |
| **【情報提供してほしいことがある場合（問22で1．2．を回答した場合）】**1. 特に医療機関から共有されると良い情報、その理由

※特定のケースで共有してほしい情報がある場合は、どのようなケースで情報提供が必要か（障害児者の年齢や障害種、医療機関の種類、予定入院・緊急入院等）具体的に記載してください | FA |  |
| 1. 医療機関からの情報提供がなく、困った経験の有無
 | SA | 1. ある
2. ない
 |
| **【困った経験がある場合（問26で「1．」を回答した場合）】**1. その内容（障害児者の状況や、具体的に困った点　等）
 | FA |  |

**（４）入退院支援における課題等**

| **設問** | **形式** | **選択肢** |
| --- | --- | --- |
| 1. 障害児者の入退院時において、医療機関との連携における課題

 | MA | 1. 医療機関側の連携相手がわからない
2. 医療機関との連携方法がわからない（1.を除く）
3. 医療機関から情報を共有してもらえない
4. 医療機関が必要としている情報がわからない
5. 医療機関と都合が合わない
6. 医療機関側の相談支援専門員の認知度が低い
7. 6を除き、医療機関側の障害福祉サービスへの理解度が低い
8. 医療機関側の障害特性への理解が低い
9. 医療機関に提供した情報を入院中の療養や退院に向けた支援に活用してもらえない
10. 同じ医療機関で複数診療科を受診している場合の調整機能が乏しい／ない
11. 相談支援専門員側が連携のための十分な時間が確保できない
12. 相談支援専門員の医療知識が少ない／ないため、コミュニケーションが難しい
13. その他（　　　　　　　　　　　　）
14. 特に課題を感じていない（同時選択不可）
15. わからない（同時選択不可）
 |
| **【課題が１つ以上ある場合（問28で1．～13のいずれか1つ以上回答した場合）】**1. 問28で選択した回答について、具体的な内容
 | FA | ①入院時（　　　　　　　　　　　　　　）②退院時（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本調査事業では、障害児者が入退院する際に活用できる医療機関と障害福祉事業所との連携様式（文書等による情報提供・収集）を検討しております。1. 連携書式に対する要望（例：盛り込むべき項目、様式、活用場面、懸念点等）
 | FA | ①入院時（　　　　　　　　　　　　　　）②退院時（　　　　　　　　　　　　　　） |

**４．入院中の重度訪問介護利用における医療機関との連携状況**

**本節では、入院中の重度訪問介護利用（特別なコミュニケーション支援）※について、お尋ねします。**

**※「重度訪問介護」を利用している最重度の障害者は、医療機関に入院している間も、引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知した支援者（ヘルパー）から、医療機関の職員と意思疎通を図る上で必要な支援を受けることができます。**

| **設問** | **形式** | **選択肢** |
| --- | --- | --- |
| 1. 入院中の重度訪問介護の利用にあたり、入院前に重度訪問介護事業所や医療機関（医師等、以下同様）と調整等を行った経験の有無（入院中の調整や、サービス利用決定前からの支援を含む）※重度訪問介護事業所や医療機関との調整について回答ください（行政との調整は除く）
 | SA | 1. 調整等を行ったことがある　⇒問32へ
2. 重度訪問介護を利用する契約者はいるが、調整等を行ったことはない⇒問34へ
3. 重度訪問介護を利用する契約者がいない⇒問35へ
 |
| **【調整等を行ったことがある場合（問31で1.を回答した場合】**1. 入院中の重度訪問介護利用に際して、貴事業所が行ったことのある調整等の内容

※重度訪問介護事業所や医療機関との調整について回答ください（行政との調整は除く） | MA | 1. 障害者が利用している重度訪問介護事業所との調整（具体的な時間帯、体制等）（医療機関との調整を除く）
2. 重度訪問介護事業所のヘルパーが対応する内容の整理（医療機関との調整を除く）
3. 医療機関に対して、障害者に関する情報提供
4. 医療機関に対して、入院中の重度訪問介護利用の許可依頼
5. 上記を除き、医療機関に対して、入院中のケア・支援内容に関する調整
6. 上記を除き、重度訪問介護利用にあたっての本人・家族との調整
7. その他（　　　　　　　　　　　）
 |
| **【障害者に関する情報提供等をしたことがある場合（問32で3.4.5.のいずれかを回答した場合）】**1. 医療機関に対して、特に注力して伝えた／伝えている内容（例：必要とするコミュニケーション支援の内容やその必要性　等）
 | FA | ①入院中の重度訪問介護利用による支援について医療機関の許可を得る前（　　　　　　　　　　　　　　　）②入院中の重度訪問介護利用による支援について医療機関の許可を得た後（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **【重度訪問介護を利用する契約者がいる場合（問31で1．2．のいずれかを回答した場合）】**1. 入院中の重度訪問介護利用（特別なコミュニケーション支援）について、医療機関に対して、貴事業所や重度訪問介護事業所から伝えづらいことや困っていること※調整等の経験の有無は問いません
 | FA |  |
| 本調査事業では、入院中の重度訪問介護利用に向けての調整等に活用いただける、医療機関との連携書式を検討しております。1. 連携書式に対する要望（例：盛り込むべき項目、様式、活用場面、懸念点等）
 | FA |  |

**５．その他**

アンケート調査にご協力いただいた事業所を対象としたヒアリング調査を予定しています。ご協力いただきたい場合には、弊社よりあらためてお願いのご連絡をさせていただきます。

**ご協力いただける方は、以下の＜個人情報の取扱い＞にご同意の上、ご連絡先をご記入ください。**

**ご協力が難しい場合は、回答不要です。**

|  |
| --- |
| **＜個人情報の取扱いについて＞** * 以降でお預かりする個人情報は、インタビュー調査のご連絡のために利用させていただきます。
* お預かりした個人情報は、法令等に基づく場合を除き、ご本人の同意なく第三者には提供いたしません。
* お預かりする個人情報は、当社の「個人情報保護方針」〈http://www.murc.jp/corporate/privacy〉および「個人情報の取り扱いについて」〈https://www.murc.jp/corporate/privacy02/〉に従って適切に取り扱います。
* お預かりしている個人情報の開示、削除等のお申し出、その他のお問い合わせにつきましては、次の連絡先までご連絡ください。三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社　共生・社会政策部　古賀、西尾、清水（s-renkei@murc.jp）
* 以下の内容にご回答いただけない場合、インタビュー調査に関するお問い合わせに対し、弊社からお答えできない場合があります。
 |

| **設問** | **形式** | **選択肢** |
| --- | --- | --- |
| 1. 事業所名、ご連絡先（メールアドレス、電話番号）
 | FA | 貴事業所名：ご担当者様氏名：ご担当者様氏名（ふりがな）：メールアドレス：電話番号：備考欄（ご自由にご活用ください。特にお心当たりがなければ空欄で結構です）： |
| 1. 都道府県名　※必須回答
 | SA | ※貴事業所が所在する都道府県名をご回答ください |
| 1. 市区町村名
 | SA | ※貴事業所が所在する市区町村名をご回答ください |

**都道府県名・市区町村名を回答後、回答確認画面が表示されます。**

**スクロールダウンしていただき、最後に「送信」ボタンをクリックし、回答を送信してください。**

※「送信」ボタンをクリックするまで回答は保存・送信されません

以上