

**居宅サービス事業者ネットワーク  
東京都内における移動支援事業 および 移動支援事業所の実態調査表**

**★ご回答についてのお願い★**

事業所調査票は、東京都内の事業所にお配りしております。集計の簡略化のために、可能な限り電子媒体(エクセルデータ)、入力フォームへの入力にてご回答いただけますよう、お願い申し上げます。なお、難しい場合は、このシートへの記入での回答で結構です。

**事業所名**

記入者の役職、担当者ご氏名

ご連絡先電子メール

ご連絡先電話番号

本調査は移動支援事業および行動援護事業の東京都内における実態を把握することを目的としています。つきましては、以下の調査票にご回答いただき、同封の封筒にて下記までご返送ください。なお、調査票の電子データを、居宅サービス事業者ネットワークのホームページ(URL: <http://kyotaku.net/>)に掲載しております。電子記入される場合はご利用ください。その場合、調査票はEメール(kyotaku\_net@yahoo.co.jp)で、【区市町村の移動支援事業の要綱】【事業所パンフレット】などは郵送でお送りください。さらに、WEB上で入力可能な【入力フォーム】(2つともお願いします)をご用意いたしましたので、以下のアドレスにアクセスいただき、入力フォームのページからご入力ください。◀入力フォーム1▶ <https://ws.formzu.net/dist/S75905876/> ◀入力フォーム2▶ <https://ws.formzu.net/dist/S23766552/>



居宅サービス事業者ネットワーク 担当: 藤井、西  
〒186-0011 東京都国立市谷保6312 社会福祉法人滝乃川学園・色えんびつ氣付  
メール: kyotaku\_net@yahoo.co.jp FAX: 020-4666-8365



**1. 貴事業所についてご記入ください(平成28年11月1日現在)**

- 1) 法人名 \_\_\_\_\_
- 2) 事業所名 \_\_\_\_\_
- 3) 事業所所在地 \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_
- 4) TEL \_\_\_\_\_
- 5) FAX \_\_\_\_\_
- 6) Mail Address \_\_\_\_\_

**2. 貴事業所が属する法人において障害福祉分野の実施事業を選択、またはその他への記入をお願いします(複数回答可)**

- 1) 実施している事業
- ①居宅介護 ②重度訪問介護 ③行動援護 ④同行援護 ⑤重度障害者等包括支援 ⑥児童発達支援事業 ⑦放課後等デイサービス
- ⑧短期入所 ⑨療養介護 ⑩生活介護 ⑪施設入所支援 ⑫自立訓練 ⑬就労移行支援 ⑭就労継続支援 ⑮共同生活援助
- ⑯地域定着相談 ⑰地域移行相談 ⑱移動支援 ⑲日中一時支援 ⑳コミュニケーション支援 ㉑地域活動支援センター
- ㉒その他(記入してください) →

**2) 職員数を教えてください(★非常勤→日数、回数などの契約上の定めがある人 ★登録型→日数、回数などの契約上の定めがない人)**

|                     | 男      |  | 女      |
|---------------------|--------|--|--------|
| 1 正規職員              | _____人 |  | _____人 |
| うち移動支援の現場で活動する人数    | _____人 |  | _____人 |
| 2 非常勤職員             | _____人 |  | _____人 |
| うち移動支援の現場で活動する人数    | _____人 |  | _____人 |
| 3 登録型職員<br>(登録ヘルパー) | _____人 |  | _____人 |
| うち移動支援のみで活動するヘルパー   | _____人 |  | _____人 |
| <b>合計人数(1+2+3)</b>  | _____人 |  | _____人 |

**3) 移動支援のコーディネーター数(移動支援のコーディネートをしている人)他事業との兼務は問いません**

\_\_\_\_\_人

**4) 移動支援の契約利用者数(移動支援のみ)知的+身体の上重復の場合は知的でカウントします**

|                     | 男<br>(カッコ内は他の障害と重複) |  | 女<br>(カッコ内は他の障害と重複) |
|---------------------|---------------------|--|---------------------|
| 知的障害<br>(18歳以上)     | _____ ( )人          |  | _____ ( )人          |
| 児童(17歳以下)           | _____ ( )人          |  | _____ ( )人          |
| 視覚障害<br>(同行援護を除く)   | _____ ( )人          |  | _____ ( )人          |
| 身体障害<br>(重度訪問介護を除く) | _____ ( )人          |  | _____ ( )人          |
| 精神障害                | _____ ( )人          |  | _____ ( )人          |
| <b>合計人数</b>         | _____ ( )人          |  | _____ ( )人          |

5) 前の設問4)のうち、移動支援ではなく行動援護が妥当と思われるが移動支援のみ支給の人数(事業所の判断でかまいません)

|                     | 男      | 女      |
|---------------------|--------|--------|
| 知的障害<br>(18歳以上)     | _____人 | _____人 |
| 児童(17歳以下)           | _____人 | _____人 |
| 視覚障害<br>(同行援護を除く)   | _____人 | _____人 |
| 身体障害<br>(重度訪問介護を除く) | _____人 | _____人 |
| 精神障害                | _____人 | _____人 |
| 合計人数                | =====人 | =====人 |

6) 行動援護の契約をしている利用者数を教えてください

|                     | 男      | 女      |
|---------------------|--------|--------|
| 知的障害<br>(18歳以上)     | _____人 | _____人 |
| 児童(17歳以下)           | _____人 | _____人 |
| 視覚障害<br>(同行援護を除く)   | _____人 | _____人 |
| 身体障害<br>(重度訪問介護を除く) | _____人 | _____人 |
| 精神障害                | _____人 | _____人 |
| 合計人数                | =====人 | =====人 |

7) 上記6)のうち、移動支援と併給されている人数を教えてください(併給が認められていない、併給されていないなどの場合は未記入で結構です)

|                     | 男      | 女      |
|---------------------|--------|--------|
| 知的障害<br>(18歳以上)     | _____人 | _____人 |
| 児童(17歳以下)           | _____人 | _____人 |
| 視覚障害<br>(同行援護を除く)   | _____人 | _____人 |
| 身体障害<br>(重度訪問介護を除く) | _____人 | _____人 |
| 精神障害                | _____人 | _____人 |
| 合計人数                | =====人 | =====人 |

8) 貴事業所の平成28年10月の1ヶ月分の移動支援の利用人数と利用実績をお教えてください。

8-1) 移動支援を平成28年10月に利用した実人数(1人が複数回利用しても1人とカウントします)

\_\_\_\_\_人

8-2) 移動支援を平成28年10月に利用した述べ人数(1人が4回利用した場合は4人とカウントします)

\_\_\_\_\_人

8-3) 移動支援事業の総利用時間数(平成28年10月に利用があった総利用時間を記入します。複数地域からの利用がある場合はトータルで記入します)

\_\_\_\_\_時間

8-4) 移動支援を利用した人の中で最も利用が多かった人の総利用時間数(平成28年10月の移動支援利用者で一番利用時間が多い人の利用時間を記入します)

\_\_\_\_\_時間

9) 貴事業所では移動支援利用者の新規利用契約を受け付けていますか?(回答は1つをお願いします)

- ①ヘルパーに余裕があり積極的に受け付けている ②ヘルパーが不足しているため、おこわりの  
③ヘルパーは不足しているが契約は受け付けている ④おこわりをしているがヘルパーが増えるなどによって空きがきたら契約をしている  
⑤その他(記入してください) →

10) 貴事業所が移動支援事業の契約を行政と締結している区市町村数を教えてください(契約行為がなくても利用している人がいる場合はカウントします)

\_\_\_\_\_区市町村

11-1) 貴事業所は介護保険法に基づくヘルパー派遣(居宅介護)事業を行っていますか?

- おこなっている おこなっていない

11-2) 上記で「おこなっている」とお答えになった事業所にお聞きます。事業としてどちらが主ですか?

- 障害者サービス 介護保険サービス

12) 移動支援事業にて移動していく主な目的を教えてください(以下より事業所として最も多い3つを選んでください)

- ①市役所等の官公庁 ②勤務先(福祉施設を除く) ③医療機関 ④福祉事業所への送迎(短期入所/放課後デイなども含む) ⑤旅行会社のツアー等 ⑥親の会・サークル活動等への参加  
⑦習い事 ⑧動物園・遊園地 ⑨保育所・学校(入学式、懇談会等) ⑩理美容院 ⑪冠婚葬祭 ⑫デパート・商店・飲食店 ⑬金融機関  
⑭美術館・映画館 ⑮プール ⑯プール以外のスポーツ施設等 ⑰ボウリング ⑱カラオケ ⑲公園 ⑳散歩  
㉑その他(記入してください) →

3. サービス提供責任者の方に回答をお願いします

1) 登録ヘルパーのスキルアップ研修を実施していますか？

している  していない

2) 事業所として実施するヘルパーへの研修の年間開催回数を教えてください(上記、スキルアップ研修など)

\_\_\_\_\_回

3) ヘルパーに対してOJT(=同行しての指導)を実施していますか？

している  していない

4) ヘルパーの自己評価をしていますか？

している  していない

5) 移動支援に従事するヘルパーを増やす工夫をされていますか？「している」場合は、その方法を選択肢から選んでください

している  していない

- ①ハローワークに登録  ②移動支援ヘルパー養成研修を開催  ③ボランティアセンターへの登録  ④ホームページ・SNSなどで募集  ⑤リクナビ・マイナビなどの活用  
 ⑥チラシを配布  ⑦ロ(ク)チコミ  
 ⑧その他(記入してください) →

6) 利用者とヘルパーの組み合わせで最も考慮していることはどんなことですか(回答は1つ)

- ①年齢  ②性別  ③外出の目的・内容  ④外出時間  ⑤ヘルパーとの相性  ⑥障害特性  
 ⑦その他(記入してください) →

7) 利用者への支援内容(具体的な活動)について教えてください。(利用者によって違いがありますが、貴事業所でもっとも多いスタイルでお答えください)回答は1つ

- ①事前に本人・家族と打ち合わせて決める  ②利用者やご家族が事前に決める  ③コーディネーターやサービス提供責任者が決める  
 ④利用者に当日確認しながらヘルパーや利用者が決める  ⑤ヘルパーに任せていて、ヘルパーの興味関心で決める  
 ⑥その他(記入してください) →

8) 移動支援事業の提供において工夫していることを教えてください(複数回答可)(利用者によって違いがありますが、該当するものがありましたらお選びください)

- ①視覚支援などのコミュニケーションツールを用意している  ②目的地などの下見をしている  ③目的地のパフレットなどを事前に利用者へ渡して見通しを持ってもらっている  
 ④特に工夫はしていない  
 ⑤その他(記入してください) →

9) 移動支援事業について、運営上の困難さがあれば、自由にお書きください(自由記述)

10) その他、なんでも自由にお書きください(自由記述)

4. 貴事業所が移動支援事業で契約をしている東京都内の自治体における移動支援事業の情報を教えてください(わかる範囲で結構です)★利用の多い自治体上位5地域★

※補足※自治体により、かなり格差があることが浮き彫りになっています。ぜひ情報をお寄せください

【契約自治体1】について

契約自治体1の自治体名

\_\_\_\_\_区・市・町・村

【契約自治体1】には移動支援事業の上限がありますか？(自治体が一律で設定しているか) 「ある」場合は上限時間数を教えてください

支給上限あり  支給上限なし  
\_\_\_\_\_時間が上限

児童・成人や障害種別ごとに上限設定している自治体の場合は、詳しくお書きください

【契約自治体1】にはどのような移動支援事業の類型がありますか？

- 移動支援(身体介護あり)  移動支援(身体介護なし)  グループ支援  通学支援  通所支援  車両型支援  
 その他(記入してください) →

【契約自治体2】について

契約自治体2の自治体名

\_\_\_\_\_ 区・市・町・村

【契約自治体2】には移動支援事業の上限がありますか？(自治体が一律で設定しているか?) 「ある」場合は上限時間数を教えてください

- 支給上限あり  支給上限なし  
\_\_\_\_\_ 時間が上限

児童・成人や障害種別ごとに上限設定している自治体の場合は、詳しくお書きください

【契約自治体2】にはどのような移動支援事業の類型がありますか？

- 移動支援(身体介護あり)  移動支援(身体介護なし)  グループ支援  通学支援  通所支援  車両型支援  
 その他(記入してください) →

【契約自治体3】について

契約自治体3の自治体名

\_\_\_\_\_ 区・市・町・村

【契約自治体3】には移動支援事業の上限がありますか？(自治体が一律で設定しているか?) 「ある」場合は上限時間数を教えてください

- 支給上限あり  支給上限なし  
\_\_\_\_\_ 時間が上限

児童・成人や障害種別ごとに上限設定している自治体の場合は、詳しくお書きください

【契約自治体3】にはどのような移動支援事業の類型がありますか？

- 移動支援(身体介護あり)  移動支援(身体介護なし)  グループ支援  通学支援  通所支援  車両型支援  
 その他(記入してください) →

【契約自治体4】について

契約自治体4の自治体名

\_\_\_\_\_ 区・市・町・村

【契約自治体4】には移動支援事業の上限がありますか？(自治体が一律で設定しているか?) 「ある」場合は上限時間数を教えてください

- 支給上限あり  支給上限なし  
\_\_\_\_\_ 時間が上限

児童・成人や障害種別ごとに上限設定している自治体の場合は、詳しくお書きください

【契約自治体4】にはどのような移動支援事業の類型がありますか？

- 移動支援(身体介護あり)  移動支援(身体介護なし)  グループ支援  通学支援  通所支援  車両型支援

その他(記入してください) →

【契約自治体5】について

契約自治体5の自治体名

\_\_\_\_\_ 区・市・町・村

【契約自治体5】には移動支援事業の上限がありますか？(自治体が一律で設定しているか?) 「ある」場合は上限時間数を教えてください

支給上限あり     支給上限なし  
\_\_\_\_\_ 時間が上限

児童・成人や障害種別ごとに上限設定している自治体の場合は、詳しくお書きください

【契約自治体5】にはどのような移動支援事業のタイプがありますか？

移動支援(身体介護あり)    移動支援(身体介護なし)    グループ支援    通学支援    通所支援    車両型支援  
 その他(記入してください) →

**ご協力、ありがとうございました。**  
**移動支援事業の要綱やQ&Aをぜひお送りください**