

基幹相談支援センター設置の必要性の検討に資するためのヒアリング 事前調査票

ご所属： _____

1. 「仙台市障害者相談支援事業」の現状

マニュアル等の使用状況（理由も教えてください）

- 仙台市障害者総合相談支援事業ガイドライン
利用している ・ あまり利用していない ・ 利用していない ・ 初めて知った

【理由】

- 障害者相談支援事業の再編強化に係るフレームワーク
活用している ・ あまり活用していない ・ 活用していない ・ 初めて知った

【理由】

障害者相談支援事業の再編強化に係るフレームワークでは、「支援が必要なのに自ら声をあげられない場合」「多問題家族」は、1 機関や 1 担当者では担いきれない例とされ、各機関が組織を超えて拠点的に活動するチームを設け、「支援困難で共同支援の必要な対象者の見立てや支援の方向性の確認・検討、及びその考え方の共有・類型化」等を行うとされていますが、実際にはどのように行われていますか。特に他機関との連携の視点からご説明下さい。

他機関との連携件数

- 月あたりの連携件数（延数） 概ね _____ 人
- 平成 28 年 4 月～12 月連携した実人数 概ね _____ 人
- 主な連携先（上位 3 つ） ① _____ ② _____ ③ _____

※ 大まかな傾向を把握することを目的としますので、概数で構いません。

区保健福祉センターとの連携状況（実際に個別支援に関して協働して取組んでいる状況等）

専門相談機関との連携状況（実際に個別支援に関して協働して取組んでいる状況等）

他の障害者相談支援事業所との連携状況（実際に個別支援に関して協働して取組んでいる状況等）

--

他機関との連携が機能できていると感じますか。

うまくできている ・ 概ねできている ・ あまりできていない ・ できていない

他機関と連携する上での課題（実施上、感じていることをご記入ください）

--

2. 以下は、基幹相談支援センターの機能とされていますが、現行ではどこが担っているとお考えですか。また、望ましい方向性としては、基幹相談支援センターを含め、どの機関が担うことが適当か教えてください。本市で使用している名称（区障害高齢課、相談支援事業所、専門相談機関等）、該当なしの場合、「なし」とご記入ください。理由も教えてください。

	現 状	望ましい方向性
総合的・専門的な相談支援の実施		
地域の相談支援体制の強化と取組		
地域移行・地域定着の促進の取組		
権利擁護・虐待の防止		
【理由】		

※ 基幹相談支援センターの役割は厚生労働省障発第 0801002 号「地域生活支援事業の実施について」【別記 3】相談支援事業の【別添 2】基幹相談支援センターをご覧ください。

3. 仙台市として、基幹相談支援センターの設置は必要だとお考えですか。理由も教えてください。

必要 ・ 不要 ・ 分からない

【理由】
