

調査票(都道府県票)

※2 平成23年4月1日現在の状況について記入してください。
※3 該当する□にチェックを入れるとともに、()・□内に必要事項をご記入ください。

都道府県名:

担当者名:

電話番号:

- I 地域における夜間又は休日を含めた緊急時の支援体制の確保につながる事業を実施していますか。
- ☐ ①実施している → IIへ
- ☐ ②実施していない → IVへ

- II 実施している場合、どのような事業により支援体制を確保していますか。(複数回答可)
- ☐ ①障害者を地域で支える体制づくりモデル事業(障害者自立支援対策臨時特例交付金)
- ☐ ②その他(都道府県単独事業等) → IIIへ

- III 実施している都道府県単独事業等の事業概要を記入してください。また、事業に係る要綱等がございましたら、調査票に添付して提出してください。

- IV Iで②と答えた場合、その理由を記入してください。

V 貴都道府県下における取組状況

貴都道府県下市町村数 市町村

1. 夜間又は休日を含めた緊急時の支援体制を確立している市町村数 市町村

2. 確立している場合、どのような事業により支援体制を確立しているか。

☐ ①住宅入居等支援事業(居住サポート事業) 市町村

☐ ②その他(市町村単独事業等) 市町村

3. 市町村単独事業等について

(1)実施地域

☐ ① 全域で実施 市町村

☐ ② 一部地域で実施 市町村

(2)実施方法

☐ ① 直営で実施 市町村

☐ ② 指定相談支援事業所等に委託して実施 市町村

(3)実施内容

☐ ① 緊急時の相談支援を実施 市町村

☐ ② 緊急時の相談支援及び相談時における各障害福祉サービス事業所等との連携体制を確保 市町村

☐ ③ その他 市町村

調査票(市町村票)

※1 平成23年4月1日現在の状況について記入してください。

※2 市町村ごとにシートを分けて作成してください。

※3 該当する□にチェックを入れるとともに、()内に必要事項をご記入ください。

都道府県名:

市町村名:

担当者名:

電話番号:

1. 夜間又は休日を含めた緊急時の支援体制を確立していますか。

- ☐ ①確立している → 2へ
☐ ②確立していない → 4へ

2. 確立している場合、どのような事業により支援体制を確立していますか。(複数回答可)
(該当するもの全てにチェックを入れてください。)

- ☐ ①住宅入居等支援事業(居住サポート事業)(地域生活支援事業)
☐ ②その他(市町村単独事業等) → 3へ

3. 市町村単独事業等について

(1)実施地域

- ☐ ①全域で実施
☐ ②一部地域で実施

(2)実施方法

- ☐ ①直営で実施
☐ ②指定相談支援事業所等に委託して実施

(3)実施内容

- ☐ ①緊急時の相談支援を実施
☐ ②緊急時の相談支援及び相談時における各障害福祉サービス事業所等との連携体制を確保
☐ ③その他()

4. 夜間又は休日を含めた緊急時の支援体制を確立していない場合で、かつ本事業(地域における安心生活支援事業)を実施しない場合は、その理由を記入してください。