

令和 8 年 1 月 22 日

府内各福祉施設ご担当者様

大阪府地域生活定着支援センター

所長 山田真紀子

(公印省略)

令和 7 年度 大阪府地域生活定着支援センター事業

罪を犯した高齢者や障がい者の支援に関するアンケートについて (お願い)

平素は、大阪府地域生活定着支援センター事業の運営にあたり、格別のご支援とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、罪を犯した高齢者や障がい者（以下「対象者」）の支援については、より良い関わりができるよう、当センター主催で定期的に関係機関連絡会議（構成員「大阪地方検察庁、大阪弁護士会、大阪保護観察所、近畿矯正管区、大阪拘置所、大阪府」）を開催し、支援の在り方や制度の運営等について、協議を重ねているところです。

この度、本会議において、「地域支援者の生の声を聞く」をテーマに、地域で対象者の受け入れを担う福祉関係機関等の皆様のご意見を伺うため、アンケート調査を実施させていただくこととなりました。

つきましては、業務多忙のところ恐れ入りますが、アンケートにご協力いただきますようお願いいたします。

なお、回答内容に関しまして、個別の施設名等が公表されることはございません。

## 記

1. 目 的 受け入れ課題の明確化および受け入れ促進方針の検討
2. 対象施設 【別紙 1】のとおり
3. 調査方法 【別紙アンケート A】（これまでに受け入れ実績のない施設様が対象）  
【別紙アンケート B】（これまでに受け入れ実績のある施設様が対象）
4. 回答方法 アンケート記載の QR コードより
5. 回答期限 令和 8 年 2 月 13 日(金)



アンケート A  
受け入れたことがない

<https://forms.gle/bokjw3rAwQeHCAZJ8>



アンケート B  
受け入れたことがある

<https://forms.gle/iaRjHcr8mr98XThP6>

問い合わせ先（事務局）  
大阪府地域生活定着支援センター  
(受託法人：一般社団法人よりそいネットおおさか)  
〒542-0012 大阪市中央区谷町 7 - 4 - 1 5 大阪府社会福祉会館 2 階  
TEL : 06-6762-8644 FAX : 06-6762-8645  
E-mail : [hope@yoriso-i-osaka.jp](mailto:hope@yoriso-i-osaka.jp) (担当) 西出、仲里、河邊

## 対象施設

障がい者支援施設

障がい福祉サービス事業所（共同生活援助 短期入所）

救護施設

介護保険施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、認知症対応型共同生活介護）

老人福祉施設（養護老人ホーム、軽費老人ホーム）

有料老人ホーム

サービス付き高齢者向け住宅

無料低額宿泊所・簡易宿泊所

## 受け入れ実績のない福祉施設等への質問 【アンケート A】



① 貴施設の主な活動分野をお知らせください。

〈複数回答可〉

- ☐ 高齢分野（種別： ）  
☐ 障がい分野（種別： ）  
☐ その他（ ）

② これまでに罪を犯した高齢者や障がい者の受け入れについて相談を受けたことがありますか。

- ☐ 相談を受けたことがない。  
☐ 相談を受けたことがある。（相談元： ）

※ 相談元には機関名（例：刑務所、地域生活定着支援センターなど）を記載ください。複数ある場合は、それをすべて記載願います。

③ 受け入れが難しかった、または難しいと考えられる要因について、お知らせください。（②で「受け入れのご相談を受けたことがない」と回答された場合は想定される要因をお選びください。）〈複数回答可〉

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 疾患・障がい特性の理解         | <input type="checkbox"/> 対応方法（接し方など）  |
| <input type="checkbox"/> 受け入れ後の支援体制          | <input type="checkbox"/> 所持金がない・金銭管理  |
| <input type="checkbox"/> 身分証明書や貴重品の有無        | <input type="checkbox"/> 家族・キーパーソンの有無 |
| <input type="checkbox"/> 行動面での不安（再犯・暴力行為など）  |                                       |
| <input type="checkbox"/> 他の利用者への影響           | <input type="checkbox"/> 職員体制・人員配置    |
| <input type="checkbox"/> 必要な人員配置のための予算確保の難しさ |                                       |
| <input type="checkbox"/> 地域住民や他利用者の理解        |                                       |
| <input type="checkbox"/> 罪名に関する不安            | <input type="checkbox"/> その他（ ）       |

④ 受け入れを検討するにあたり、不安な罪名についてお知らせください。  
〈複数回答可〉（ ）

⑤ 受け入れを進めるうえで、どのような支援や体制があると望ましいと思われますか？ 〈複数回答可〉

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 受け入れ前の情報提供  | <input type="checkbox"/> 研修           |
| <input type="checkbox"/> 意見交換の機会   | <input type="checkbox"/> スーパーバイズ・助言体制 |
| <input type="checkbox"/> 定期的な支援者会議   | <input type="checkbox"/> 受け入れ後の後方支援   |
| <input type="checkbox"/> 行政手続き等に関するサポート  |                                       |
| <input type="checkbox"/> 以下の関係機関による連携  |                                       |
| （ <input type="checkbox"/> 保護観察所 <input type="checkbox"/> 地域生活定着支援センター <input type="checkbox"/> 刑務所 <input type="checkbox"/> 少年院<br><input type="checkbox"/> 福祉事業所 <input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> その他） |                                       |
| <input type="checkbox"/> その他（ ）  |                                       |

⑥ その他貴施設としてのお考えやご意見があればご自由にご記入ください。  
（ ）

## 受け入れ実績のある福祉施設等への質問 【アンケートB】



① 貴施設の主な活動分野をお知らせください。〈複数回答可〉

- ☐ 高齢分野（種別： ）  
☐ 障がい分野（種別： ）  
☐ その他（ ）

② これまでに罪を犯した高齢者や障がい者（以下対象者）を受け入れた回数をお知らせください。

〈例：高齢者 1 回 障がい者 1 回〉

（ ）

③ 受け入れの依頼元についてお知らせください。〈複数回答可〉

- ☐ 保護観察所 ☐ 地域生活定着支援センター ☐ 刑務所 ☐ 少年院  
☐ 福祉事業所 ☐ 行政機関 ☐ その他（ ）

④ 受け入れた対象者が入所していた施設についてお知らせください。  
〈複数回答可〉

- ☐ 警察署 ☐ 拘置所 ☐ 刑務所 ☐ 少年院 ☐ その他（ ）

⑤ 受け入れた対象者の罪名をお知らせください。〈複数回答可〉

（ ）

⑥ 受け入れの検討にあたり、対応が難しいと感じる罪名はありますか？  
〈複数回答可〉

（ ）

⑦ 初めて受け入れを検討した際に、不安に感じた点をお知らせください。  
〈複数回答可〉

- ☐ 不安はなかった  
☐ 疾患・障がい特性の理解 ☐ 対応方法（接し方など）  
☐ 受け入れ後の支援体制 ☐ 所持金がない・金銭管理  
☐ 身分証明書や貴重品の有無 ☐ 家族・キーパーソンの有無  
☐ 行動面での不安（再犯・暴力行為など） ☐ 他の利用者への影響  
☐ 就労や更生への意欲 ☐ 後方支援体制  
☐ 職員体制・人員配置 ☐ 必要な人員配置のための予算確保の難しさ  
☐ 地域住民や他利用者の理解 ☐ 罪名に対する不安  
☐ その他（ ）

⑧ 2回目以降の受け入れ検討時に、不安に感じた点があればお知らせください。〈複数回答可〉

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 不安はなかった             | <input type="checkbox"/> 疾患・障がい特性の理解         |
| <input type="checkbox"/> 対応方法（接し方など）         | <input type="checkbox"/> 受け入れ後の支援体制          |
| <input type="checkbox"/> 所持金がない・金銭管理         | <input type="checkbox"/> 身分証明書や貴重品の有無        |
| <input type="checkbox"/> 家族・キーパーソンの有無        | <input type="checkbox"/> 行動面での不安（再使用・暴力行為など） |
| <input type="checkbox"/> 他の利用者への影響           | <input type="checkbox"/> 就労や更生への意欲           |
| <input type="checkbox"/> 後方支援体制              | <input type="checkbox"/> 職員体制・人員配置           |
| <input type="checkbox"/> 必要な人員配置のための予算確保の難しさ |  |
| <input type="checkbox"/> 地域住民や他利用者の理解        |  |
| <input type="checkbox"/> 罪名に対する不安            | <input type="checkbox"/> その他（ ）              |

⑨ 受け入れを進めるうえで、どのような支援や体制があると望ましいと思われますか？〈複数回答可〉

- ☐ 受け入れ前の情報提供      ☐ 研修  
☐ 意見交換の機会                ☐ スーパーバイズ・助言体制  
☐ 定期的な支援者会議          ☐ 受け入れ後の後方支援  
☐ 行政手続き等に関するサポート  
☐ 以下の関係機関による連携  
     (☐ 保護観察所    ☐ 地域生活定着支援センター    ☐ 刑務所    ☐ 少年院  
     ☐ 福祉事業所    ☐ 行政機関    ☐ その他)  
☐ その他( )

⑩ 受け入れ前に参加した研修等で役立ったものがあればお知らせください。

( )

⑪ 受け入れ後、事業所内で必要だと感じた研修があればお知らせください。

$$(\quad)$$

⑫ 今後の受け入れについて、どのようにお考えでしょうか。

- ☐ 積極的に受け入れを進めたい
- ☐ 対象者の状況に応じて検討したい
- ☐ 職員体制が整えば検討したい
- ☐ 現時点では受け入れを予定していない
- ☐ わからない
- ☐ その他（ ）

⑬ 対象者を受け入れ後、事業所として取り組まれたことや工夫されたこと  
その他ご自由にご記入ください。

( )