

平成 28 年 2 月 22 日（月）までに、下記あてに F A X にて送信をお願いします

送信先	大阪府福祉部 障がい福祉室地域生活支援課 地域サービス支援グループ あて 【FAX 番号】 0 6 - 6 9 4 4 - 2 2 3 7
-----	--

障がい福祉サービスの状況に関するアンケート調査票（訪問系）

法人名			
事業所名			
事業所電話番号		事業所 FAX 番号	
回答者	【職】	【氏名】	

※該当するものに○をつけてください（回答は全て平成 28 年 1 月 1 日時点の状況）

問 1 事業所種別（あててはまるものすべてに○をつけてください）

1. 居宅介護	2. 重度訪問介護	3. 同行援護
4. 行動援護	5. 移動支援	

問 2 現在支援する利用者に、重症心身障がい児者はいらっしゃいますか？いらっしゃる場合、年齢区分ごとの内訳についても記載してください。

※重症心身障がい児者…重度の身体障がい（身体障害者手帳 1・2 級）と重度の知的障がい（療育手帳 A）の両方を有する障がい児者（※児者：乳幼児から高齢者まですべての年齢の方を指す）

1. いる	2. いない
-------	--------

↓ 「1.いる」場合、サービス提供人数をご記入ください

平成 28 年 1 月 1 日現在	
サービス提供者数（ ）名	
【内訳】 0 歳～就学前（ ）名	
就学後～18 歳未満（ ）名	
18 歳以上～40 歳未満（ ）名	
40 歳以上～65 歳未満（ ）名	
65 歳以上（ ）名	

↓ 「2.いない」場合、どちらかに○をつけてください

1. 過去に重症心身障がい児者へのサービスを提供していたが、現在はしていない
2. これまで一度も重症心身障がい児者へのサービス提供は行っていない

※介護保険サービス利用人数は計上しないで下さい。

問3 問2で「いない」と回答された事業所にお伺いします。

今後、重症心身障がい児者から利用希望があれば受け入れる予定はありますか？

1. 受け入れる予定はある      2. 受け入れる予定はない



「2.受け入れる予定はない」場合、その理由をご記入ください

問4 現在の利用者のうち、**就学前の重症心身障がい児**で医療的ケアが必要な方はおられますか？

※医療的ケア：人工呼吸器、気管切開、吸引、酸素療法、胃ろう、経管栄養、中心静脈栄養、導尿、腹膜還流）

1. いる      2. いない



「2.いない」場合、どちらかに○をつけてください

1. 過去に医療的ケアが必要な就学前の重症心身障がい児へのサービスを提供したことがある

2. これまで一度も医療的ケアが必要な就学前の重症心身障がい児へのサービス提供は行っていない

問5 問4で、「いない」と回答された事業所にお伺いします。

今後、**医療的ケアが必要な就学前の重症心身障がい児**を受け入れるため、医療的ケアが実施できる職員を採用する等の計画はありますか？

1. ある      2. ない



「1.ある」場合、受け入れる予定の医療的ケアすべてに○をつけてください

- |           |         |         |
|-----------|---------|---------|
| 1. 人工呼吸器  | 2. 気管切開 | 3. 吸引   |
| 4. 酸素療法   | 5. 胃ろう  | 6. 経管栄養 |
| 7. 中心静脈栄養 | 8. 導尿   | 9. 腹膜還流 |

問6 問5で「ない」と回答された事業所にお伺いします。

**医療的ケアが必要な就学前の重症心身障がい児**の受け入れについて、具体的なケースの相談があれば、受け入れを検討されますか？

1. できる      2. できない

問7 事業所のサービス提供時間についてご記入ください

事業種別	曜日	時間	要相談日時	休業日	備考
【記入例】 居宅介護	月～土	9:00～17:00	日祝と夜間は要相談	年末年始(12/30～1/4) 夏季(8/13～16)	
居宅介護					
重度訪問介護					
同行援護					
行動援護					
移動支援					

問8 介護保険サービスの指定を受けていますか？あてはまる事業種別すべてに○をつけてください

1. 訪問介護	2. 予防訪問介護
3. 訪問入浴介護	4. 予防訪問入浴介護
5. 夜間対応型訪問介護	6. 定期巡回・随時対応型訪問看護介護
7. 小規模多機能型居宅介護	8. 看護小規模多機能型居宅介護

問9 重症心身障がい児者の地域生活を支えるために、どのような制度や支援策が必要だと思われますか？

質問は以上です。ありがとうございました。