

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
-----	--

児童福祉サービスの状況に関するアンケート調査票（児童対象サービス）

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. 放課後等デイサービス	2. 児童発達支援（医療型）	3. 児童発達支援（福祉型）
---------------	----------------	----------------

問 2 現在支援する利用者に、重症心身障がい児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
うち、0 歳から就学前（            ）名
就学後から 18 歳未満（            ）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へのサービス提供は行っていない

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9 看護師の配置状況について事業種別にご記入ください

事業種別	配置有無	配置有無が「1. 有」の場合、ご記入ください			
		曜日	時間	配置人数	備考
【記入例】 放課後等デイサービス	1. 有 2. 無	月～木	10:00～14:30	1名	
放課後等デイサービス	1. 有 2. 無			名	
児童発達支援	1. 有 2. 無			名	

問10 送迎の状況について事業種別にご記入ください

事業種別	送迎の有無	送迎可能な範囲（送迎の有無が「1.有」の場合、ご記入ください）
【記入例】 放課後等デイサービス	1. 有 2. 無	東大阪市、八尾市、柏原市
放課後等デイサービス	1. 有 2. 無	
児童発達支援	1. 有 2. 無	

問11 重症心身障がい児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いますか？

質問は以上です。ありがとうございました。