

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（短期入所・共同生活援助）

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. 短期入所	2. 共同生活援助
---------	-----------

問 2 現在支援する利用者に、重症心身障がい児者はおられますか？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）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 利用者登録（ ）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4～6は短期入所事業所のみお答えください》

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、あてはまる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 入浴設備はありますか？

1. ある 2. ない



「1.ある」場合、あてはまるものすべてに○をつけてください

1. 特殊浴槽や機械浴を設置
2. 浴槽があり、入浴が可能
3. 簡易なシャワーがある

問8 作業療法士（OT）、理学療法士（PT）、言語聴覚士（ST）によるリハビリメニューはありますか？

作業療法士（OT）	1. ある	2. ない
理学療法士（PT）	1. ある	2. ない
言語聴覚士（ST）	1. ある	2. ない

問9 看護師の配置状況についてご記入ください

事業所別	配置有無	配置有無が「1. 有」の場合、配置状況をご記入ください
【記入例】 短期入所	1. 有 2. 無	<ul style="list-style-type: none"> ・短期入所事業として配置はしていないが、併設している入所施設からの応援がある。 ・夜間対応してくれる医療機関と連携しており、緊急時には対応してもらえる。
短期入所	1. 有 2. 無	
共同生活援助	1. 有 2. 無	

問10 生活支援員の配置状況についてご記入ください

事業所別	配置有無	配置有無が「1. 有」の場合、配置状況をご記入ください
【記入例】 短期入所	1. 有 2. 無	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間に基準を上回る職員の配置をしている。 ・夜間の緊急時には、近隣の共同生活援助事業所から、駆けつけるなどの対応がある。
短期入所	1. 有 2. 無	
共同生活援助	1. 有 2. 無	

問11 送迎の状況についてご記入ください（共同生活援助の場合は、日中等への送迎）

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】 短期入所	1. 有 2. 無	東大阪市、八尾市、柏原市
短期入所	1. 有 2. 無	
共同生活援助	1. 有 2. 無	

問12 短期入所の場合、入所中の発熱等体調不良時における専門病院との連携はどうしていますか？

問13 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。