資料６

秘

事業者用調査票（Ａ３）

障害者（児）基礎調査票　Ａ３（事業者用）

（お答えいただく前に）

（１）　この調査は、**平成２２年　　月　　日現在の状況**でお聞かせください。

（２）　この調査票に、事業者の名前や記入者の名前を書く必要はありません。

（３）　お答えになりたくないことは、無理にお答えにならなくても結構です。

（４）　封筒には、**差出人を書いたり、切手を貼ったりする必要はありません。**

（５）　**平成２２年　　月　　日（　）までにポストにお入れください。**

（６）　この調査について分からないことがありましたら、下記へご連絡ください。

大阪市健康福祉局 障害者施策部 障害福祉企画担当　担当：桑田・山口
〒５３０－８２０１　大阪市北区中之島１－３－２０　☎　6208-8071
ﾌｧｯｸｽ 6202-6962

事業者用調査票（Ａ３）

問１　居住系サービスを実施している事業者様におたずねします。
（実施していない　⇒　問２へ）

（１）　貴事業者が提供している障害者自立支援法（旧法を含みます）に基づく居住系サービスであてはまる番号すべてに○をつけてください。

１．グループホーム	２．ケアホーム
３．施設入所支援	４．旧法施設支援
５．福祉ホーム	

（２）　貴事業者が提供している障害者自立支援法（旧法を含みます）に基づく居住系サービスで課題があると思われている項目の番号すべてに○をつけてください。

１．人材の確保や定着	２．人材のスキル、育成
３．利用者との信頼関係づくり	４．報酬体系、報酬額が低い等
５．人員・設備基準	６．障害程度区分による利用制限
７．支援体制やネットワークづくり	８．グループホーム等の物件確保
９．グループホーム等の整備・改造費	10．利用者の確保
11．その他（　　）	

（３）　問１の（２）の居住系サービスに関連して、ご意見等がありましたら、ご自由にお書きください。

問２　訪問系サービス・短期入所・日中活動系サービスを実施している事業者様におたずねします。

（実施していない　⇒　問３へ）

（１）　貴事業者が提供している障害者自立支援法（旧法を含みます）に基づく訪問系サービス・短期入所（ショートステイ）・日中活動系サービスであてはまる番号すべてに〇をつけてください。

１．居宅介護（ホームヘルプ）・重度訪問介護	
２．行動援護	３．短期入所（ショートステイ）
４．生活介護	５．自立訓練
６．就労移行支援	７．就労継続支援（Ａ型）
８．就労継続支援（Ｂ型）	９．児童デイサービス
10．旧法施設支援	11．その他（　　）

（２）　貴事業者が提供している障害者自立支援法（旧法を含みます）に基づく訪問系サービス・短期入所（ショートステイ）・日中活動系サービスで課題があると思われている項目の番号すべてに〇をつけてください。

１．人材の確保や定着	２．人材のスキル、育成
３．利用者との信頼関係づくり	４．報酬体系、報酬額が低い等
５．人員・設備基準	６．障害程度区分による利用制限
７．支援体制やネットワークづくり	８．事業所の物件確保、整備改造
９．利用者の確保	10．その他（　　）

（３）　問２の（２）のサービスに関連して、ご意見等がありましたら、ご自由にお書きください。

問３　その他のサービスについておたずねします。

（１）　貴事業者が提供している問１や問２に含まれない障害のある方へのサービスであてはまる番号すべてに〇をつけてください。

１．相談支援	２．住宅入居等支援（居住サポート事業）
３．障害児等療育支援	４．移動支援
５．通所施設（通所更生施設や通所授産施設）	
６．地域活動支援センターや作業所	７．訪問入浴
８．日中一時支援	９．知的障害者自活支援
10．知的障害者生活支援	11．就労支援
12．その他（　　）	13．該当なし

（２）　貴事業者が提供している前問（１）のサービスで課題があると思われている項目の番号すべてに〇をつけてください。

１．人材の確保や定着	２．人材のスキル、育成
３．利用者との信頼関係づくり	４．報酬体系、報酬額が低い等
５．人員・設備基準	６．障害程度区分による利用制限
７．支援体制やネットワークづくり	８．事業所の物件確保、整備改造
９．利用者の確保	10．その他（　　）

（３）　問３の（２）のサービスに関連して、ご意見等がありましたら、ご自由にお書きください。

問４　障害者施策全般についてご意見等がありましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

平成　　年　　月　　日（　）までにポストにお入れください。