



事業者用調査票 (B)

## 障がい福祉サービス事業者等調査票

(お答えいただく前に)

- (1) この調査は、平成25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、差出人名を書いたり、切手を貼ったりする必要はありません。
- (5) 平成25年 月 日 ( ) までにポストにお入れください。
- (6) この調査についてわからないことがありましたら、下記へお問い合わせください。

◇大阪市福祉局障がい者施策部障がい福祉課 担当：曾根・桃井  
〒530-8201 大阪市北区中之島1-3-20  
電話 06-6208-8071 ファックス 06-6202-6962



(3) 問1の(2)の課題に関連して、ご意見などがありましたら、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総合支援法、児童福祉法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はまる番号すべてに○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. 同行援護
4. 短期入所 (ショートステイ)
5. 生活介護
6. 自立訓練 (機能・生活・宿泊)
7. 就労移行支援
8. 就労継続支援 (A型)
9. 就労継続支援 (B型)
10. 児童発達支援
11. 放課後等デイサービス
12. 保育所等訪問支援
13. 移動支援







(3) 問4の(2)の課題に関連して、ご意見などがありましたら、ご自由にお書きください。





**問5 障がい者施策全般のことなどについておたずねします。**

(1) 障がい者施策全般についてご意見などがありましたら、ご自由にお書きください。

(2) とりわけ、望ましい事業所運営のための定期的な研修のあり方について、どのようにお考えですか。ご意見がありましたら、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。

返送用封筒に入れて、平成25年 月 日( )までにポストにお入れください。