



## 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)

- この調査は、平成28年12月1日現在の状況でお聞かせください。
- この調査票は、事業所ごとにお答えください。
- この調査票に、事業所名や記入者の名前を書く必要はありません。
- 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。
- 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。
- 平成28年12月26日(月)までにポストにお入れください。
- 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: 森・小山)

電話 06-6208-8071 ファックス 06-6202-6962



問2 問1で○をつけたサービスについて、それぞれ課題と思われる項目を次の  から選んで、下の  にご記入ください。  
 (サービス種別は最大5つまで)

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（報酬額が低いなど）
5. 人員・設備基準（資格要件が厳しいなど）
6. 障がい支援区分による利用制限
7. 他の事業所などと連携した支援体制やネットワークづくり
8. グループホーム・事業所などの物件確保
9. グループホーム・事業所などの整備・改造
10. 利用者の確保
11. 利用者の高齢化・重度化
12. 利用者に対する医療的ケア
13. 地域住民との関係づくり
14. グループホームなどにおける居宅介護・重度訪問介護の利用
15. 増加する相談ケースへの対応
16. 困難ケースへの対応
17. その他

サービス種別 (問1の番号をご記入ください)	課題と思う項目 (番号すべてに○をつけてください)
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 11・12・13・14・15・16・17 ( )
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 11・12・13・14・15・16・17 ( )
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 11・12・13・14・15・16・17 ( )
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 11・12・13・14・15・16・17 ( )
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10

11・12・13・14・15・16・17 ( )

問3 問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6 ① 貴事業者における強度行動障がいのある方に対する支援として、課題があると思われることはありますか。あてはまる番号に○をつけてください。  
(個別ケースとしての課題でも、制度的な課題でも結構です。)

1. 課題があるとは特に感じない
2. 課題があると感じる

② 課題があると感じていることについて、次にご記入ください。  
(個別ケースとしての課題でも、制度的な課題でも結構です。)



問9 ① 貴事業者における発達障がいのある方に対する支援として、課題があると思われることはありますか。あてはまる番号に○をつけてください。  
(個別ケースとしての課題でも、制度的な課題でも結構です。)

1. 課題があるとは特に感じない
2. 課題があると感じる

② 課題があると感じていることについて、次にご記入ください。  
(個別ケースとしての課題でも、制度的な課題でも結構です。)



#### 4 医療的ケアの必要な方への支援についておたずねします。

問 10 貴事業者において、医療的ケア（※）の必要な方の利用者数について、あてはまる番号に○をつけてください。

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1. 0人     | 2. 1～2人   |
| 3. 3～5人   | 4. 6～10人  |
| 5. 11～20人 | 6. 21～30人 |
| 7. 31人以上  |           |

※医療的ケア・・・たん吸引（口・鼻腔内・気管内）、吸入、経管栄養（胃ろう・腸ろう・鼻腔）、中心静脈栄養〔IVH〕（ポート・カテーテル）、導尿（自己導尿・留置カテーテル）、呼吸管理（パルスオキシメーター〔SPO2モニター〕・在宅酸素〔HOT〕・人工呼吸器の管理）、服薬指導を指す。

問 11 現在、貴事業者の利用者が必要としている医療的ケアについて、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- |                                 |             |
|---------------------------------|-------------|
| 1. たん吸引                         | 2. 吸入       |
| 3. 経管栄養                         | 4. 中心静脈栄養   |
| 5. 導尿                           | 6. 在宅酸素     |
| 7. パルスオキシメーター                   | 8. 気管切開部の管理 |
| 9. 人工呼吸器の管理                     | 10. 服薬管理    |
| 11. その他（                      ） |             |

問 12 貴事業者において対応可能な医療的ケアについて、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- |               |             |
|---------------|-------------|
| 1. たん吸引       | 2. 吸入       |
| 3. 経管栄養       | 4. 中心静脈栄養   |
| 5. 導尿         | 6. 在宅酸素     |
| 7. パルスオキシメーター | 8. 気管切開部の管理 |
| 9. 人工呼吸器の管理   | 10. 服薬管理    |

11. その他（ ）

問 13 ① 貴事業者において、医療的ケアの必要な方に対して配慮していることはありますか。あてはまる番号に○をつけてください。

1. 配慮していることは特にない
2. 配慮していることがある

② 配慮している具体的なことについて、次にご記入ください。

問 14 ① 貴事業者における医療的ケアの必要な方に対する支援として、課題があると思われることはありますか。あてはまる番号に○をつけてください。  
(個別ケースとしての課題でも、制度的な課題でも結構です。)

1. 課題があるとは特に感じない
2. 課題があると感じる

② 課題があると感じていることについて、次にご記入ください。  
(個別ケースとしての課題でも、制度的な課題でも結構です。)

**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。**

問 15 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。

問 16 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。

問 17 地震や台風のような災害時に備えた対策等についての具体的な取り組みをされていたら、その内容をお書きください。

問 18 虐待防止に向けた具体的な取り組みについて、その内容をお書きください。

ご協力ありがとうございました。

返送用封筒に入れて、切手を貼らずに平成28年12月26日（月）までに

ポストにお入れください。