



障がい福祉サービス等事業者調査票

(お答えいただく前に)

- この調査は、令和元年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。
- 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: ○○・○○)

電話 06-6208-8071 ファックス 06-6202-6962

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サービス及びその他の障がいのある方へのサービスについておたずねします。

問1 貴事業者の所在地について、あてはまる番号に○をつけてください。

- | | | | |
|----------|---------|----------|----------|
| 1. 旭区 | 2. 阿倍野区 | 3. 生野区 | 4. 北区 |
| 5. 此花区 | 6. 城東区 | 7. 住之江区 | 8. 住吉区 |
| 9. 大正区 | 10. 中央区 | 11. 鶴見区 | 12. 天王寺区 |
| 13. 浪速区 | 14. 西区 | 15. 西成区 | 16. 西淀川区 |
| 17. 東住吉区 | 18. 東成区 | 19. 東淀川区 | 20. 平野区 |
| 21. 福島区 | 22. 港区 | 23. 都島区 | 24. 淀川区 |

問2 貴事業者が提供しているサービスについてあて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. 同行援護 | 3. 行動援護 |
| 4. 移動支援 | 5. 短期入所（ショートステイ） |
| 6. 生活介護 | 7. 自立訓練（機能・生活・宿泊型） |
| 8. 就労移行支援 | 9. 就労継続支援 A 型 |
| 10. 就労継続支援 B 型 | 11. 就労定着支援 |
| 12. 自立生活援助 | 13. 共同生活援助（グループホーム） |
| 14. 施設入所支援 | 15. 児童発達支援 |
| 16. 居宅訪問型児童発達支援 | 17. 放課後等デイサービス |
| 18. 保育所等訪問支援 | 19. 計画相談支援 |
| 20. 地域移行支援 | 21. 地域定着支援 |
| 22. 地域活動支援センター（生活支援型） | 23. 地域活動支援センター（A 型・B 型） |
| 24. 日中一時支援 | 25. 介護保険サービス |
| 26. 訪問看護 | 27. その他（ ） |

問3 問2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、次ページの にご記入ください。
(サービス種別は最大5つまで)

1. 人材の確保や育成
2. 報酬体系（報酬額が低い・加算要件が複雑など）
3. 人員基準（資格要件が厳しいなど）
4. 物件・設備等の整備・改造
5. 事務処理の効率化
6. 利用者の確保
7. 利用者の増加・ニーズの多様化
8. 利用者の高齢化・重度化
9. 利用者に対する医療的ケア
10. 利用者や家族等との信頼関係づくり
11. 地域住民との関係づくり
12. 他の事業者などと連携した支援体制やネットワークづくり
13. 各区地域自立支援協議会や各区障がい者基幹相談支援センターとの連携
14. 困難ケースへの対応
15. その他

[回答欄]

左欄には問 1 のサービス種別の番号を、右欄には前ページの課題と思われる項目の番号をご記入ください。課題のうち「15.その他」をお選びになった場合は、() に具体的な内容をご記入ください。

(サービス種別は最大5つまで)

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 ()
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 11・12・13・14 15 ()
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 11・12・13・14・ 15 ()
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 11・12・13・14 15 ()
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 11・12・13・14 15 ()

問4 問3の課題に関連して、ご意見や取り組まれていること（課題の解決に効果的だったことなど）などがありましたら、ご自由にお書きください。

※人材確保・育成を除いてお書きください。（問5以降で別途人材確保・育成について、おたずねします）



②外国人人材を受け入れるにあたっての課題について、あてはまる番号すべてに

○をつけてください。

1. 知識や技術等を習得するためのスキルアップ研修や資格取得の支援体制
2. 日本人職員との意思疎通に必要な日本語能力
3. 利用者等との意思疎通に必要な日本語能力
4. 環境の変化に伴う精神的不安への支援体制
5. 宗教や生活習慣への対応
6. 利用者や家族等からの理解
7. 受け入れに係るコスト
8. 受け入れ方法や活用方法に関する情報不足
9. 長期的に雇用することの難しさ

問7 人材確保・定着・育成全般について、ご意見や取り組まれていること（課題の解決に効果的だったことなど）などがありましたら、ご自由にお書きください。

3 強度行動障がいのある方への支援についておたずねします。

問8 貴事業者において、強度行動障がいのある方の利用者数（※）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 | |

※強度行動障がいのある方の利用者数・・・厚生労働大臣が定める基準（平成18年9月29日厚労告543）別表第二に掲げる行動関連項目が見られる頻度などをあてはめて算出した点数の合計が10点以上になる方の人数を目安にしてください。（概数による記入で構いません。）

問9 ① 貴事業者において、強度行動障がいのある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 10 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。
(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 13 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。)

5 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 14 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・・・吸引処置（唾液やたんの吸引）、吸入処置（ネブライザー）、経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）、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 15 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. 吸引処置 | 2. 吸入処置 |
| 3. 経管栄養 | 4. 中心静脈栄養の管理 |
| 5. 導尿 | 6. 在宅酸素療法の管理 |
| 7. パルスオキシメーターの測定 | 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 16 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. 吸引処置 | 2. 吸入処置 |
| 3. 経管栄養 | 4. 中心静脈栄養の管理 |
| 5. 導尿 | 6. 在宅酸素療法の管理 |
| 7. パルスオキシメーターの測定 | 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 17 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 18 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。)

6 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 19 ①貴事業所における非常災害時の対応についておたずねします。

貴事業所では大阪市（区）の福祉避難所等※の指定を受けていますか

1. 福祉避難所等の指定を受けている 2. 福祉避難所等の指定を受けていない

※福祉避難所等とは、福祉避難所および緊急入所施設のことをさします。

②昨年（平成 30 年）に発生した大阪府北部地震や台風 21 号の際に、お困りになったことはありましたか。あてはまる番号に○をつけてください。

1. 困ったことはなかった
2. 困ったことはあったが、準備していたので対応できた
3. 困ったことがあり、スムーズに対応できなかった

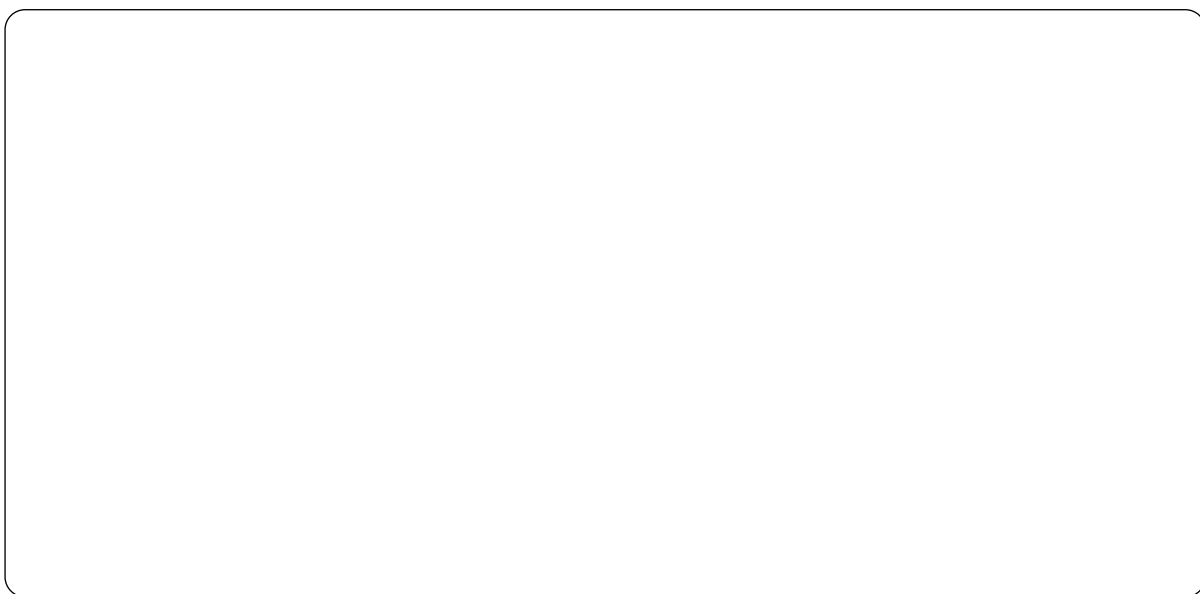
③前問②で「3. 困ったことがあり、スムーズに対応できなかった。」に○をつけた事業者の方におたずねします。困ったことについて、次に具体的にご記入ください。

（例 福祉避難所等の指定を受けているが、発災時に関係機関との連絡調整ができなかったなど）

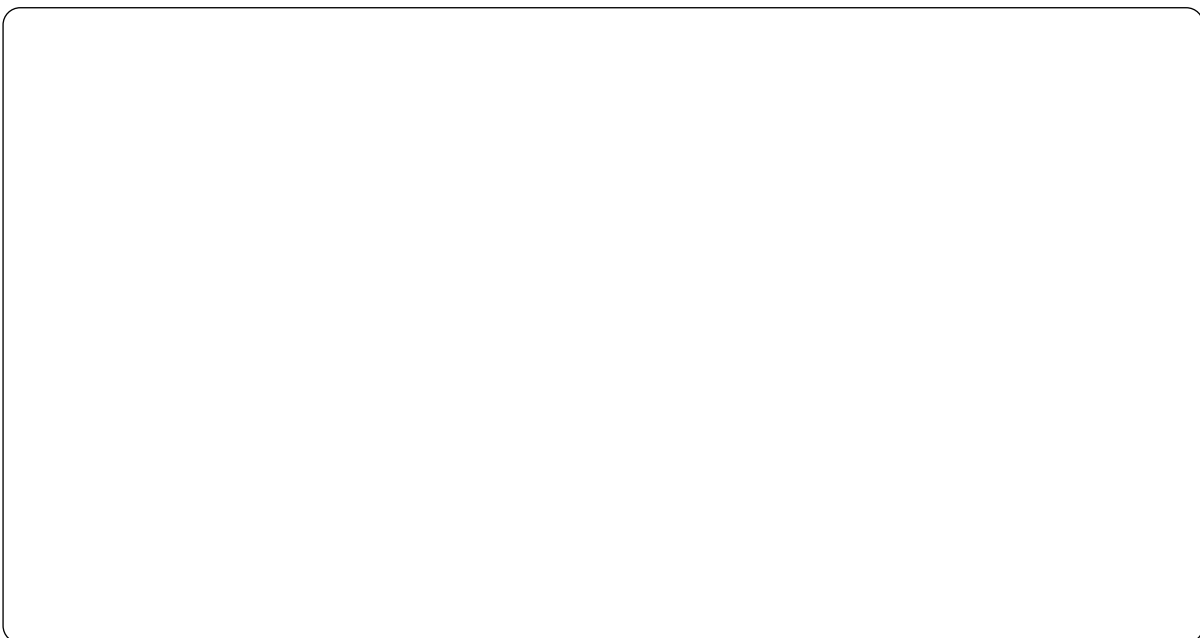
問 20 地震や台風のような災害時に備えた具体的な取り組みについて、その内容を次にご記入ください。

（例 避難経路の確保と避難時の手順の整理、緊急連絡網の作成など）

問 21 虐待防止に向けた具体的な取り組みについて、その内容を次にご記入ください。



問 22 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 23 とりわけ、望ましい事業者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、その内容を次にご記入ください。



ご協力ありがとうございました。

返送用封筒に入れて、切手を貼らずに令和元年12月20日（金）までにポ
ストにお入れください。