

平成26年  
障害福祉サービス等提供実態調査  
【1 居宅介護】

【調査に関するお問合せ先・調査票の返送先】  
「平成26年障害福祉サービス等提供実態調査」事務局  
(みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部)  
〒190-8790 東京都立川市曙町1-18-2 一清ビル別館  
TEL:0120-767-400(フリーダイヤル)  
※受付時間 平日 9:00~17:00(土・日・祝日を除く)  
FAX:0120-672-600(フリーダイヤル)  
調査専用ホームページ: <https://www.h26-syogai-service.jp>  
  
【提出期限】平成26年6月30日(月)  
※同封の返信用封筒(切手不要)に回答調査票を入れて  
投函して下さい。

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |                         |      |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------|------|
| 住所・法人名・事業所名の確認              | ※このページの右上に貼り付けられたラベル記載の法人名、法人本部住所、事業所名、事業所住所に誤りがある場合、ラベルの訂正箇所(二重線)を引き、正しい情報を記載して下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |                         |      |
| 調査票に関する問合せ電話                | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |         | 調査票に関する問合せFAX           | フリガナ |
| 調査票に関する問合せ担当者氏名・メールアドレス     | a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | b       | c                       |      |
| 法人設立年月                      | 西暦( )年( )月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 事業所設立年月 | 西暦( )年( )月              |      |
| 経営主体                        | 1 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合 4 医療法人 7 その他の法人(社団・財団、農協、生協等)<br>2 社会福祉協議会 5 営利法人(株式・合名・合資・合同会社)<br>3 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 6 特定非営利活動法人(NPO)                                                                                                                                                                                                                         |         |                         |      |
| 同一所在地で実施しているその他のサービス(複数回答可) | 1 居宅介護 11 自立訓練(生活訓練) 21 医療型児童発達支援<br>2 重度訪問介護 12 宿泊型自立訓練 22 放課後等デイサービス<br>3 同行支援 13 就労移行支援 23 保育所等訪問支援<br>4 行動支援 14 就労継続支援A型 24 福祉型障害児入所施設<br>5 療養介護 15 就労継続支援B型 25 医療型障害児入所施設<br>6 生活介護 16 障害児通所支援 26 介護保険の訪問介護(介護予防含む)<br>7 短期入所 17 地域相談支援 27 介護看護(医療保険、介護保険)<br>8 重度障害者等包括支援 18 計画的相談支援 28 1~27にはない<br>9 施設入所支援 19 障害児相談支援<br>10 自立訓練(機能訓練) 20 児童発達支援 |         |                         |      |
| 主たる対象とする障害の種類(複数回答可)        | 1 身体障害 2 知的障害 3 精神障害 4 難病等 5 主たる対象とする障害の種類は定めていない ※運営規程をもとに記入して下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |                         |      |
| 実利用者数(5月中)                  | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |                         |      |
| うち、医療的ケアを必要とする者             | 吸引(咽頭手前までの口腔内)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 人       | 持続モニターの管理(心拍・血圧・酸素飽和度等) | 人    |
|                             | 吸引(鼻腔)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 人       | じょくそうの処置(I度・II度)        | 人    |
|                             | 吸引(咽頭より奥または気管切開)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 人       | じょくそうの処置(III度・IV度)      | 人    |
|                             | 経鼻経管栄養                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 人       | 創傷処置                    | 人    |
|                             | 胃ろうによる栄養管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人       | 疼痛管理(麻薬の使用あり)           | 人    |
|                             | 点滴                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 人       | 疼痛管理(麻薬の使用なし)           | 人    |
|                             | 膀胱(留置)カテーテルの管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 人       | インスリン注射                 | 人    |
|                             | 人工肛門(ストーマ)のケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 人       | 導尿                      | 人    |
|                             | ネブライザー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 人       | 洗腸                      | 人    |
|                             | 酸素療法(酸素吸入)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人       | 排便                      | 人    |
|                             | 気管切開のケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 人       | 服薬管理(麻薬の管理を除く)          | 人    |
|                             | 人工呼吸器の観察                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 人       | 麻薬の管理                   | 人    |
|                             | 中心静脈栄養(ポート(埋め込みタイプ)を含む)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 人       |                         |      |
| うち、通院等介助の利用者(5月中の実績)        | 病院等への通院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 人       | 官公署                     | 人    |
|                             | その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 人       | 「その他」の利用者がいる場合          |      |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         | 主な行き先(上位3つ)             | 利用者数 |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         | ①                       | 人    |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ②       | 人                       |      |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ③       | 人                       |      |



平成26年  
障害福祉サービス等提供実態調査  
【2 重度訪問介護】

【調査に関するお問合せ先・調査票の返送先】  
「平成26年障害福祉サービス等提供実態調査」事務局  
(みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部)  
〒190-8790 東京都立川市曙町1-18-2 一清ビル別館  
TEL:0120-767-400(フリーダイヤル)  
※受付時間 平日 9:00～17:00(土・日・祝日を除く)  
FAX:0120-672-600(フリーダイヤル)  
調査専用ホームページ: <https://www.h26-syogai-service.jp>  
  
【提出期限】平成26年6月30日(月)  
※同封の返信用封筒(切手不要)に回答調査票を入れて  
投函して下さい。

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                         |             |            |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|-------------|------------|
| 住所・法人名・事業所名の確認              | ※このページの右上に貼り付けられたラベル記載の法人名、法人本部住所、事業所名、事業所住所に誤りがある場合、ラベルの訂正箇所にて二重線を引き、正しい情報を記載して下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                         |             |            |
| 調査票に関する問合せ電話                | —                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                | 調査票に関する問合せFAX           | —           |            |
| 調査票に関する問合せ担当者氏名・メールアドレス     | フリガナ<br>a<br>@                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | フリガナ<br>b<br>@ | フリガナ<br>c<br>@          |             |            |
| 法人設立年月                      | 西暦( )年( )月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                | 事業所設立年月                 | 西暦( )年( )月  |            |
| 経営主体                        | 1 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合 4 医療法人 7 その他の法人(社団・財団、農協、生協等)<br>2 社会福祉協議会 5 営利法人(株式・合名・合資・合同会社)<br>3 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 6 特定非営利活動法人(NPO)                                                                                                                                                                                                                       |                |                         |             |            |
| 同一所在地で実施しているその他のサービス(複数回答可) | 1 居宅介護 11 自立訓練(生活訓練) 21 医療型児童発達支援<br>2 重度訪問介護 12 宿泊型自立訓練 22 放課後等デイサービス<br>3 同行援護 13 就労移行支援 23 保育所等訪問支援<br>4 行動援護 14 就労継続支援A型 24 福祉型障害児入所施設<br>5 療養介護 15 就労継続支援B型 25 医療型障害児入所施設<br>6 生活介護 16 障害児通所支援 26 介護保険の訪問介護(介護予防含む)<br>7 短期入所 17 地域相談支援 27 看護(医療保険、介護保険)<br>8 重度障害者等包括支援 18 計画的相談支援 28 1～27にはない<br>9 施設入所支援 19 障害児相談支援<br>10 自立訓練(機能訓練) 20 児童発達支援 |                |                         |             |            |
| 主たる対象とする障害の種類(複数回答可)        | 1 身体障害 2 知的障害 3 精神障害 4 主たる対象とする障害の種類は定めていない ※運営規程をもとに記入して下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                         |             |            |
| 実利用者数(5月中)                  | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                         |             |            |
| うち、医療的ケアを必要とする者             | 吸引(咽頭手前までの口腔内)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 人              | 持続モニターの管理(心拍・血圧・酸素飽和度等) | 人           |            |
|                             | 吸引(鼻腔)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 人              | じょくそうの処置(I度・II度)        | 人           |            |
|                             | 吸引(咽頭より奥または気管切開)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 人              | じょくそうの処置(III度・IV度)      | 人           |            |
|                             | 経鼻経管栄養                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 人              | 創傷処置                    | 人           |            |
|                             | 胃ろうによる栄養管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 人              | 疼痛管理(麻薬の使用あり)           | 人           |            |
|                             | 点滴                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 人              | 疼痛管理(麻薬の使用なし)           | 人           |            |
|                             | 膀胱(留置)カテーテルの管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 人              | インスリン注射                 | 人           |            |
|                             | 人工肛門(ストーマ)のケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 人              | 導尿                      | 人           |            |
|                             | ネブライザー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 人              | 洗腸                      | 人           |            |
|                             | 酸素療法(酸素吸入)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 人              | 排便                      | 人           |            |
|                             | 気管切開のケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 人              | 服薬管理(麻薬の管理を除く)          | 人           |            |
|                             | 人工呼吸器の観察                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人              | 麻薬の管理                   | 人           |            |
|                             | 中心静脈栄養(ポート(埋め込みタイプ)を含む)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 人              |                         |             |            |
| うち、行動障害を有する者                | 人 ※行動障害を有する者とは、障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等(12項目)の合計点数が10点以上(障害児にあってはこれに相当する心身の状態)である者をいいます。                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                         |             |            |
| サービス提供時間帯別延訪問回数(5月中)        | 6時～8時(早朝)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 8時～12時         | 12時～18時                 | 18時～22時(夜間) | 22時～6時(深夜) |
|                             | 回                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 回              | 回                       | 回           | 回          |

|                                |                                                                       |                                                                                                            |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 通常の事業の実施地域以外の地域でのサービス提供実績(5月中) | 1 実績あり →交通費実費を徴収した延訪問回数:( )回、徴収した金額合計:( )円                            |                                                                                                            |
|                                | 2 実績なし                                                                |                                                                                                            |
| 発達障害者の利用(5月中)                  | 1 実績あり<br>↓                                                           | 2 実績なし ※発達障害者とは、手帳の有無にかかわらず、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害として、医師の確定診断を受けている者をいいます。 |
| 発達障害者の実人数                      | 人                                                                     |                                                                                                            |
| 特別な職員の配置(複数回答可)                | 1 心理担当職員    2 理学療法士    3 作業療法士    4 言語聴覚士    5 その他職種    6 特別な配置はしていない |                                                                                                            |
| 高次脳機能障害者の利用(5月中)               | 1 実績あり<br>↓                                                           | 2 実績なし ※高次脳機能障害者とは、手帳の有無にかかわらず、器質性精神障害として医師の確定診断を受けている者をいいます。                                              |
| 高次脳機能障害者の実人数                   | 人 →うち、障害者手帳・障害基礎年金のいずれも受けていない者:( )人                                   |                                                                                                            |

■■■調査は以上で終わります。お忙しいところご協力ありがとうございました■■■

sample

平成26年  
障害福祉サービス等提供実態調査  
【3 行動援護】

【調査に関する問合せ先・調査票の返送先】

「平成26年障害福祉サービス等提供実態調査」事務局  
(みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部)  
〒190-8790 東京都立川市曙町1-18-2 一清ビル別館  
TEL:0120-767-400(フリーダイヤル)  
※受付時間 平日 9:00~17:00(土・日・祝日を除く)  
FAX:0120-672-600(フリーダイヤル)  
調査専用ホームページ: <https://www.h26-syogai-service.jp>

【提出期限】平成26年6月30日(月)

※同封の返信用封筒(切手不要)に回答調査票を入れて  
投函して下さい。

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                         |                  |                 |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|------------------|-----------------|
| 住所・法人名・事業所名の確認                 | ※このページの右上に貼り付けられたラベル記載の法人名、法人本部住所、事業所名、事業所住所に誤りがある場合、ラベルの訂正箇所にて二重線を引き、正しい情報を記載して下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                         |                  |                 |
| 調査票に関する問合せ電話                   | — —                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                | 調査票に関する問合せFAX           | — —              |                 |
| 調査票に関する問合せ担当者氏名・メールアドレス        | フリガナ<br>a<br>@                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | フリガナ<br>b<br>@ | フリガナ<br>c<br>@          |                  |                 |
| 法人設立年月                         | 西暦( )年( )月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                | 事業所設立年月                 | 西暦( )年( )月       |                 |
| 経営主体                           | 1 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合 4 医療法人 7 その他の法人(社団・財団、農協、生協等)<br>2 社会福祉協議会 5 営利法人(株式・合名・合資・合同会社)<br>3 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 6 特定非営利活動法人(NPO)                                                                                                                                                                                                                       |                |                         |                  |                 |
| 同一所在地で実施している その他のサービス(複数回答可)   | 1 居宅介護 11 自立訓練(生活訓練) 21 医療型児童発達支援<br>2 重度訪問介護 12 宿泊型自立訓練 22 放課後等デイサービス<br>3 同行援護 13 就労移行支援 23 保育所等訪問支援<br>4 行動援護 14 就労継続支援A型 24 福祉型障害児入所施設<br>5 療養介護 15 就労継続支援B型 25 医療型障害児入所施設<br>6 生活介護 16 障害児通所支援 26 介護保険の訪問介護(介護予防含む)<br>7 短期入所 17 地域相談支援 27 看護(医療保険、介護保険)<br>8 重度障害者等包括支援 18 計画的相談支援 28 1~27にはない<br>9 施設入所支援 19 障害児相談支援<br>10 自立訓練(機能訓練) 20 児童発達支援 |                |                         |                  |                 |
| 主たる対象とする障害の種類(複数回答可)           | 1 知的障害 2 精神障害 3 主たる対象とする障害の種類は定めていない ※運営規程をもとに記入して下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                         |                  |                 |
| 実利用者数(5月中)                     | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                         |                  |                 |
| うち、医療的ケアを必要とする者                | 吸引(咽頭手前までの口腔内)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 人              | 持続モニターの管理(心拍・血圧・酸素飽和度等) | 人                |                 |
|                                | 吸引(鼻腔)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 人              | じょくそうの処置(I度・II度)        | 人                |                 |
|                                | 吸引(咽頭より奥または気管切開)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 人              | じょくそうの処置(III度・IV度)      | 人                |                 |
|                                | 経鼻経管栄養                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 人              | 創傷処置                    | 人                |                 |
|                                | 胃ろうによる栄養管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 人              | 疼痛管理(麻薬の使用あり)           | 人                |                 |
|                                | 点滴                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 人              | 疼痛管理(麻薬の使用なし)           | 人                |                 |
|                                | 膀胱(留置)カテーテルの管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 人              | インスリン注射                 | 人                |                 |
|                                | 人工肛門(ストーマ)のケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 人              | 導尿                      | 人                |                 |
|                                | ネブライザー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 人              | 洗腸                      | 人                |                 |
|                                | 酸素療法(酸素吸入)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 人              | 排便                      | 人                |                 |
|                                | 気管切開のケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 人              | 服薬管理(麻薬の管理を除く)          | 人                |                 |
|                                | 人工呼吸器の観察                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人              | 麻薬の管理                   | 人                |                 |
|                                | 中心静脈栄養(ポート(埋め込みタイプ)を含む)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 人              |                         |                  |                 |
| サービス提供時間帯別延訪問回数(5月中)           | 6時~8時(早朝)<br>回                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 8時~12時<br>回    | 12時~18時<br>回            | 18時~22時(夜間)<br>回 | 22時~6時(深夜)<br>回 |
| 通常の事業の実施地域以外の地域でのサービス提供実績(5月中) | 1 実績あり → 交通費実費を徴収した延訪問回数:( )回、徴収した金額合計:( )円<br>2 実績なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                         |                  |                 |



平成26年  
障害福祉サービス等提供実態調査  
【4 同行援護】

【調査に関するお問合せ先・調査票の返送先】

「平成26年障害福祉サービス等提供実態調査」事務局  
(みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部)  
〒190-8790 東京都立川市曙町1-18-2 一清ビル別館  
TEL:0120-767-400(フリーダイヤル)  
※受付時間 平日 9:00~17:00(土・日・祝日を除く)  
FAX:0120-672-600(フリーダイヤル)  
調査専用ホームページ: <https://www.h26-syogai-service.jp>

【提出期限】平成26年6月30日(月)

※同封の返信用封筒(切手不要)に回答調査票を入れて、投函して下さい。

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |                         |             |            |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------|-------------|------------|
| 住所・法人名・事業所名の確認                 | ※このページの右上に貼り付けられたラベル記載の法人名、法人本部住所、事業所名、事業所住所に誤りがある場合、ラベルの訂正箇所にて二重線を引き、正しい情報を記載して下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |                         |             |            |
| 調査票に関する問合せ電話                   | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           | 調査票に関する問合せFAX           | -           |            |
| 調査票に関する問合せ担当者氏名・メールアドレス        | フリガナ<br>a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | フリガナ<br>b | フリガナ<br>c               | フリガナ        |            |
| 法人設立年月                         | 西暦( )年( )月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           | 事業所設立年月                 | 西暦( )年( )月  |            |
| 経営主体                           | 1 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合 4 医療法人 7 その他の法人(社団・財団、農協、生協等)<br>2 社会福祉協議会 5 営利法人(株式・合名・合資・合同会社)<br>3 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 6 特定非営利活動法人(NPO)                                                                                                                                                                                                                       |           |                         |             |            |
| 同一所在地で実施しているその他のサービス(複数回答可)    | 1 居宅介護 11 自立訓練(生活訓練) 21 医療型児童発達支援<br>2 重度訪問介護 12 宿泊型自立訓練 22 放課後等デイサービス<br>3 同行援護 13 就労移行支援 23 保育所等訪問支援<br>4 行動援護 14 就労継続支援A型 24 福祉型障害児入所施設<br>5 療養介護 15 就労継続支援B型 25 医療型障害児入所施設<br>6 生活介護 16 障害児通所支援 26 介護保険の訪問介護(介護予防含む)<br>7 短期入所 17 地域相談支援 27 看護(医療保険、介護保険)<br>8 重度障害者等包括支援 18 計画的相談支援 28 1~27にはない<br>9 施設入所支援 19 障害児相談支援<br>10 自立訓練(機能訓練) 20 児童発達支援 |           |                         |             |            |
| 実利用者数(5月中)                     | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                         |             |            |
| うち、医療的ケアを必要とする者                | 吸引(咽頭手前までの口腔内)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 人         | 持続モニターの管理(心拍・血圧・酸素飽和度等) | 人           |            |
|                                | 吸引(鼻腔)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 人         | じょくそうの処置(I度・II度)        | 人           |            |
|                                | 吸引(咽頭より奥または気管切開)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 人         | じょくそうの処置(III度・IV度)      | 人           |            |
|                                | 経鼻経管栄養                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 人         | 創傷処置                    | 人           |            |
|                                | 胃ろうによる栄養管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 人         | 疼痛管理(麻薬の使用あり)           | 人           |            |
|                                | 点滴                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 人         | 疼痛管理(麻薬の使用なし)           | 人           |            |
|                                | 膀胱(留置)カテーテルの管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 人         | インスリン注射                 | 人           |            |
|                                | 人工肛門(ストーマ)のケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 人         | 導尿                      | 人           |            |
|                                | ネブライザー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 人         | 洗腸                      | 人           |            |
|                                | 酸素療法(酸素吸入)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 人         | 排便                      | 人           |            |
|                                | 気管切開のケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 人         | 服薬管理(麻薬の管理を除く)          | 人           |            |
|                                | 人工呼吸器の観察                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人         | 麻薬の管理                   | 人           |            |
| 中心静脈栄養(ポート(埋め込みタイプ)を含む)        | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                         |             |            |
| うち、身体介護ありで支給決定されている者の人数        | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           | うち、身体介護なしで支給決定されている者の人数 | 人           |            |
| サービス提供時間帯別延訪問回数(5月中)           | 6時~8時(早朝)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 8時~12時    | 12時~18時                 | 18時~22時(夜間) | 22時~6時(深夜) |
|                                | 回                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 回         | 回                       | 回           | 回          |
| 通常の事業の実施地域以外の地域でのサービス提供実績(5月中) | 1 実績あり → 交通費実費を徴収した延訪問回数:( )回、徴収した金額合計:( )円<br>2 実績なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                         |             |            |

| 要件が経過措置対象<br>の従事者の実人数<br>(5月末日現在)                      |                                                                       | サービス提供責任者<br>(研修)                                                                                   | サービス提供責任者<br>(移動支援事業に3年以上従事) | 一般ヘルパー<br>(実務経験1年) |  |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|--|
|                                                        | 常勤                                                                    |                                                                                                     | 人                            | 人                  |  |
| 非常勤                                                    |                                                                       | 人                                                                                                   | 人                            | 人                  |  |
| 発達障害者の利用<br>(5月中)                                      | 1 実績あり<br>↓<br>2 実績なし                                                 | ※発達障害者とは、手帳の有無にかかわらず、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害として、医師の確定診断を受けている者をいいます。 |                              |                    |  |
| 発達障害者の実人数                                              | 人                                                                     |                                                                                                     |                              |                    |  |
| 特別な職員の配置<br>(複数回答可)                                    | 1 心理担当職員    2 理学療法士    3 作業療法士    4 言語聴覚士    5 その他職種    6 特別な配置はしていない |                                                                                                     |                              |                    |  |
| 高次脳機能障害者の利用<br>(5月中)                                   | 1 実績あり<br>↓<br>2 実績なし                                                 | ※高次脳機能障害者とは、手帳の有無にかかわらず、器質性精神障害として医師の確定診断を受けている者をいいます。                                              |                              |                    |  |
| 高次脳機能障害者の実人数                                           | 人 →うち、障害者手帳・障害基礎年金のいずれも受けていない者:( )人                                   |                                                                                                     |                              |                    |  |
| 継続して利用する者が連続して5日間利用しなかった時に、職員が居宅を訪問して相談援助を行った延べ回数(5月中) |                                                                       | 回 →うち、訪問支援特別加算を算定した延べ回数:( )回                                                                        |                              |                    |  |

■■■調査は以上で終わります。お忙しいところご協力ありがとうございました■■■

sample



平成26年  
障害福祉サービス等提供実態調査  
【5 療養介護】

【調査に関するお問合せ先・調査票の返送先】  
「平成26年障害福祉サービス等提供実態調査」事務局  
(みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部)  
〒190-8790 東京都立川市曙町1-18-2 一清ビル別館  
TEL:0120-767-400(フリーダイヤル)  
※受付時間 平日 9:00～17:00(土・日・祝日を除く)  
FAX:0120-672-600(フリーダイヤル)  
調査専用ホームページ: <https://www.h26-syogai-service.jp>

【提出期限】平成26年6月30日(月)  
※同封の返信用封筒(切手不要)に回答調査票を入れて  
投函して下さい。

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                         |   |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------|---|
| 住所・法人名・事業所名の確認                                           | ※このページの右上に貼り付けられたラベル記載の法人名、法人本部住所、事業所名、事業所住所に誤りがある場合、ラベルの訂正箇所にて二重線を引き、正しい情報を記載して下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |                         |   |
| 調査票に関する問合せ電話                                             | 調査票に関する問合せFAX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                         |   |
| 調査票に関する問合せ担当者氏名・メールアドレス                                  | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | フリガナ          | フリガナ                    |   |
|                                                          | a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | b             | c                       |   |
|                                                          | @                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | @             | @                       |   |
| 法人設立年月                                                   | 西暦( )年( )月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 事業所設立年月       | 西暦( )年( )月              |   |
| 経営主体                                                     | 1 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合<br>2 社会福祉協議会<br>3 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)<br>4 医療法人<br>5 営利法人(株式・合名・合資・合同会社)<br>6 特定非営利活動法人(NPO)<br>7 その他の法人(社団・財団、農協、生協等)                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                         |   |
| 同一所在地で実施しているその他のサービス(複数回答可)                              | 1 居宅介護<br>2 重度訪問介護<br>3 同行援護<br>4 行動援護<br>5 療養介護<br>6 生活介護<br>7 短期入所<br>8 重度障害者等包括支援<br>9 施設入所支援<br>10 自立訓練(機能訓練)<br>11 自立訓練(生活訓練)<br>12 宿泊型自立訓練<br>13 就労移行支援<br>14 就労継続支援A型<br>15 就労継続支援B型<br>16 就労継続支援C型<br>17 地域相談支援<br>18 計画相談支援<br>19 障害児相談支援<br>20 児童発達支援<br>21 医療型児童発達支援<br>22 放課後等デイサービス<br>23 保育所等訪問支援<br>24 福祉型障害児入所施設<br>25 医療型障害児入所施設<br>26 介護保険の訪問介護(介護予防含む)<br>27 看護(医療保険、介護保険)<br>28 1～27にはない |               |                         |   |
| 併設の状況<br>※同一法人(実質的同一経営を含む)が同一又は隣接の敷地内で運営している施設           | 1 指定障害者支援施設<br>2 児童福祉施設<br>3 介護保険施設・事業所<br>4 1～3との併設はない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                         |   |
| 定員(5月末日現在)                                               | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |                         |   |
| 実利用者数(5月中)                                               | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |                         |   |
| うち、医療的ケアを必要とする者                                          | 吸引(咽頭手前までの口腔内)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人             | 持続モニターの管理(心拍・血圧・酸素飽和度等) | 人 |
|                                                          | 吸引(鼻腔)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 人             | じょくそうの処置(Ⅰ度・Ⅱ度)         | 人 |
|                                                          | 吸引(咽頭より奥または気管切開)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 人             | じょくそうの処置(Ⅲ度・Ⅳ度)         | 人 |
|                                                          | 経鼻経管栄養                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 人             | 創傷処置                    | 人 |
|                                                          | 胃ろうによる栄養管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 人             | 疼痛管理(麻薬の使用あり)           | 人 |
|                                                          | 点滴                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 人             | 疼痛管理(麻薬の使用なし)           | 人 |
|                                                          | 膀胱(留置)カテーテルの管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人             | インスリン注射                 | 人 |
|                                                          | 人工肛門(ストーマ)のケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 人             | 導尿                      | 人 |
|                                                          | ネブライザー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 人             | 洗腸                      | 人 |
|                                                          | 酸素療法(酸素吸入)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 人             | 排便                      | 人 |
|                                                          | 気管切開のケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 人             | 服薬管理(麻薬の管理を除く)          | 人 |
|                                                          | 人工呼吸器の観察                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 人             | 麻薬の管理                   | 人 |
|                                                          | 中心静脈栄養(ポート(埋め込みタイプ)を含む)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 人             |                         |   |
| うち、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者                            | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | うち、筋ジストロフィー患者 | 人                       |   |
| うち、旧重症心身障害児施設に入所又は指定医療機関に入院した者であって、平成24年4月1日以降療養介護を利用する者 | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | うち、重症心身障害者    | 人                       |   |

|                                                                                           |                                                                                                                     |                                                                                               |                      |                        |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|---------------------|
| 延利用者数(5月中)                                                                                | 人                                                                                                                   |                                                                                               |                      |                        |                     |
| 入院・外泊の状況(5月中に病院に戻った利用者の実績)<br>※入院・外泊1回につき1とカウント(1泊2日は除く)<br>※同一者が複数回入院・外泊している場合、それぞれとカウント | 入院・外泊の期間                                                                                                            |                                                                                               |                      |                        |                     |
|                                                                                           | 2泊3日                                                                                                                | 3泊4日以上<br>11泊12日以下                                                                            | 12泊13日以上<br>21泊22日以下 | 22泊23日以上<br>31泊32日以下   | 32泊33日以上            |
|                                                                                           | 入院                                                                                                                  | 回                                                                                             | 回                    | 回                      | 回                   |
| 外泊                                                                                        | 回                                                                                                                   | 回                                                                                             | 回                    | 回                      | 回                   |
| 夜間の勤務体制(5月30日夜～31日朝にかけて)                                                                  | 夜勤                                                                                                                  | 人 →うち、看護職員:( )人<br>※夜勤とは、夜間に本来業務に従事するものをいいます。24時時点で勤務している者の人数を記入して下さい。                        |                      |                        |                     |
|                                                                                           | 宿直                                                                                                                  | 人 →うち、看護職員:( )人<br>※宿直とは、事業所に宿泊して行う定時的巡視、非常事態に備えての待機等を目的とする勤務をいいます。夜間警備を外部委託している場合は、含めないで下さい。 |                      |                        |                     |
|                                                                                           | 夜勤・宿直者のうち併設施設の職務に従事している者(再掲)                                                                                        | 人                                                                                             |                      |                        |                     |
| 要件が経過措置対象となっているサービス管理責任者の実人数(5月末日現在)                                                      |                                                                                                                     | 多機能型事業所等による経過措置(研修未受講者)                                                                       | うち、研修の定員超過を理由に未受講の者  | 新規指定事業所による経過措置(研修未受講者) | うち、研修の定員超過を理由に未受講の者 |
|                                                                                           | 常勤                                                                                                                  | 人                                                                                             | 人                    | 人                      | 人                   |
|                                                                                           | 非常勤                                                                                                                 | 人                                                                                             | 人                    | 人                      | 人                   |
| 発達障害者の利用(5月中)                                                                             | 1 実績あり ↓ 2 実績なし ※発達障害者とは、手帳の有無にかかわらず、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害として、医師の確定診断を受けている者をいいます。 |                                                                                               |                      |                        |                     |
| 発達障害者の実人数                                                                                 | 人                                                                                                                   |                                                                                               |                      |                        |                     |
| 特別な職員の配置(複数回答可)                                                                           | 1 心理担当職員 2 理学療法士 3 作業療法士 4 言語聴覚士 5 その他職種 6 特別な配置はしていない                                                              |                                                                                               |                      |                        |                     |
| 高次脳機能障害者の利用(5月中)                                                                          | 1 実績あり ↓ 2 実績なし ※高次脳機能障害者とは、手帳の有無にかかわらず、器質性精神障害として医師の確定診断を受けている者をいいます。                                              |                                                                                               |                      |                        |                     |
| 高次脳機能障害者の実人数                                                                              | 人 →うち、障害者手帳・障害基礎年金のいずれも受けていない者:( )人                                                                                 |                                                                                               |                      |                        |                     |

■■■調査は以上で終わりです。お忙しいところご協力ありがとうございました■■■

sample

平成26年  
障害福祉サービス等提供実態調査  
【6 生活介護】

【調査に関するお問合せ先・調査票の返送先】  
「平成26年障害福祉サービス等提供実態調査」事務局  
(みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部)  
〒190-8790 東京都立川市曙町1-18-2 一清ビル別館  
TEL:0120-767-400(フリーダイヤル)  
※受付時間 平日 9:00～17:00(土・日・祝日を除く)  
FAX:0120-672-600(フリーダイヤル)  
調査専用ホームページ: <https://www.h26-syogai-service.jp>  
  
【提出期限】平成26年6月30日(月)  
※同封の返信用封筒(切手不要)に回答調査票を入れて  
投函して下さい。

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |                         |   |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|---|
| 住所・法人名・事業所名の確認                                 | ※このページの右上に貼り付けられたラベル記載の法人名、法人本部住所、事業所名、事業所住所に誤りがある場合、ラベルの訂正箇所にて二重線を引き、正しい情報を記載して下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                         |   |
| 調査票に関する問合せ電話                                   | 調査票に関する問合せFAX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                         |   |
| 調査票に関する問合せ担当者氏名・メールアドレス                        | フリガナ<br>a<br>@                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | フリガナ<br>b<br>@ | フリガナ<br>c<br>@          |   |
| 法人設立年月                                         | 西暦( )年( )月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 事業所設立年月        | 西暦( )年( )月              |   |
| 経営主体                                           | 1 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合<br>2 社会福祉協議会<br>3 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)<br>4 医療法人<br>5 営利法人(株式・合名・合資・合同会社)<br>6 特定非営利活動法人(NPO)<br>7 その他の法人(社団・財団、農協、生協等)                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                         |   |
| 同一所在地で実施しているその他のサービス(複数回答可)                    | 1 居宅介護<br>2 重度訪問介護<br>3 同行支援<br>4 行動支援<br>5 療養介護<br>6 生活介護<br>7 短期入所<br>8 重度障害者等包括支援<br>9 施設入所支援<br>10 自立訓練(機能訓練)<br>11 自立訓練(生活訓練)<br>12 宿泊型自立訓練<br>13 就労移行支援<br>14 就労継続支援A型<br>15 就労継続支援B型<br>16 就労継続支援C型<br>17 地域相談支援<br>18 計画的相談支援<br>19 障害児相談支援<br>20 児童発達支援<br>21 医療型児童発達支援<br>22 放課後等デイサービス<br>23 保育所等訪問支援<br>24 福祉型障害児入所施設<br>25 医療型障害児入所施設<br>26 介護保険の訪問介護(介護予防含む)<br>27 介護保険の看護(医療保険、介護保険)<br>28 1～27にはない |                |                         |   |
| 併設の状況<br>※同一法人(実質的同一経営を含む)が同一又は隣接の敷地内で運営している施設 | 1 指定障害者支援施設(※)<br>2 児童福祉施設<br>3 介護保険施設・事業所<br>4 1～3との併設はない<br>(※)当該サービスが障害者支援施設として指定されている居間実施サービスの場合を除く                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                         |   |
| 定員(5月末日現在)                                     | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                         |   |
| 開所日数(5月中)                                      | 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                         |   |
| 実利用者数(5月中)                                     | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                         |   |
| うち、医療的ケアを必要とする者                                | 吸引(咽頭手前までの口腔内)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 人              | 持続モニターの管理(心拍・血圧・酸素飽和度等) | 人 |
|                                                | 吸引(鼻腔)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 人              | じょくそうの処置(I度・II度)        | 人 |
|                                                | 吸引(咽頭より奥または気管切開)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 人              | じょくそうの処置(III度・IV度)      | 人 |
|                                                | 経鼻経管栄養                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 人              | 創傷処置                    | 人 |
|                                                | 胃ろうによる栄養管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 人              | 疼痛管理(麻薬の使用あり)           | 人 |
|                                                | 点滴                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 人              | 疼痛管理(麻薬の使用なし)           | 人 |
|                                                | 膀胱(留置)カテーテルの管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 人              | インスリン注射                 | 人 |
|                                                | 人工肛門(ストーマ)のケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 人              | 導尿                      | 人 |
|                                                | ネブライザー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 人              | 洗腸                      | 人 |
|                                                | 酸素療法(酸素吸入)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 人              | 排便                      | 人 |
|                                                | 気管切開のケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 人              | 服薬管理(麻薬の管理を除く)          | 人 |
|                                                | 人工呼吸器の観察                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 人              | 麻薬の管理                   | 人 |
|                                                | 中心静脈栄養(ポート(埋め込みタイプ)を含む)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 人              |                         |   |

|                                                                                                                                                   |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|-------|--|----------|--|---|--|
| うち、施設・事業所が送迎した者の延べ人数(5月中の実績)                                                                                                                      |               | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     | 1回あたりの平均送迎者数           |                     | 人     |  | 送迎を行った日数 |  | 日 |  |
|                                                                                                                                                   |               | 18歳未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 18歳以上<br>40歳未満      | 40歳以上<br>50歳未満         | 50歳以上<br>65歳未満      | 65歳以上 |  |          |  |   |  |
| 障害支援区分、<br>年齢階級の状況                                                                                                                                | 区分1           | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人                   | 人                      | 人                   | 人     |  |          |  |   |  |
|                                                                                                                                                   | 区分2           | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人                   | 人                      | 人                   | 人     |  |          |  |   |  |
|                                                                                                                                                   | 区分3           | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人                   | 人                      | 人                   | 人     |  |          |  |   |  |
|                                                                                                                                                   | 区分4           | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人                   | 人                      | 人                   | 人     |  |          |  |   |  |
|                                                                                                                                                   | 区分5           | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人                   | 人                      | 人                   | 人     |  |          |  |   |  |
|                                                                                                                                                   | 区分6           | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人                   | 人                      | 人                   | 人     |  |          |  |   |  |
|                                                                                                                                                   | 非該当・その他(認定中等) | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人                   | 人                      | 人                   | 人     |  |          |  |   |  |
| 延利用者数(5月中)                                                                                                                                        |               | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
| 1人あたりの1日平均利用時間数(5月中)                                                                                                                              |               | 時間 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
| 利用者の入院の状況(5月中)                                                                                                                                    |               | 1 入院あり 2 入院なし 3 把握していない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
| 従業者が病院または診療所を訪問し、入院期間中の被服等の準備や利用者の相談支援など、日常生活上の支援を行うとともに、退院後の円滑な生活移行が可能となるよう、病院または診療所との連絡調整を行ったケースの有無<br>入院日数の合計別ケース数<br>※入院の初日・最終日を除いてカウントして下さい。 |               | 1 あり 2 なし<br>3日以下 4日以上<br>ケース ケース                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
| 入浴支援の有無(5月中)                                                                                                                                      |               | 1 有 → 1人あたり週( )回 2 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
| 創作活動の実施状況(5月中)(複数回答可)                                                                                                                             |               | 1 造形 2 絵画 3 園芸 4 レクリエーション 5 その他( ) 6 実績なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
| 生産活動の実施状況(5月中)(複数回答可)                                                                                                                             |               | 1 事業所内での下請・内職作業<br>→具体的に(複数回答可)<br>[ ア. 梱包・袋入れ等の軽作業 イ. 加工・組立作業 ウ. 名刺・チラシ等の印刷 エ. リサイクル作業 オ. クリーニング作業 カ. その他 ]<br>2 自主製品の製造販売<br>→具体的に(複数回答可)<br>[ ア. 食品加工 イ. 手芸、縫製品 ウ. 紙製品、印刷 エ. 木工、工芸品 オ. 環境 リサイクル カ. 農産品、草花 キ. その他 ]<br>3 事業所外での労務提供<br>→具体的に(複数回答可)<br>[ ア. 清掃 イ. 企業内作業 ウ. ティーグ・配達 エ. 植栽管理 オ. 接客 カ. その他 ]<br>4 飲食店、喫茶店等<br>5 その他( )<br>6 実績なし |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
| 利用契約上の利用料(5月分)<br>※うち数は記入できる場合のみ記入                                                                                                                |               | 合計                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 徴収人数                | 徴収金額                   |                     |       |  |          |  |   |  |
|                                                                                                                                                   |               | うち、食事の提供に要する費用                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 人                   | 円                      |                     |       |  |          |  |   |  |
|                                                                                                                                                   |               | うち、食材料費                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 人                   | 円                      |                     |       |  |          |  |   |  |
| 食事提供体制加算の算定(5月中)                                                                                                                                  |               | 1 算定あり 2 算定なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
| 送迎加算の算定(5月中)                                                                                                                                      |               | 1 算定あり 2 算定なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
| 要件が経過措置対象となっているサービス管理責任者の実人数(5月末日現在)                                                                                                              |               | 多機能型事業所等による経過措置(研修未受講者)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | うち、研修の定員超過を理由に未受講の者 | 新規指定事業所による経過措置(研修未受講者) | うち、研修の定員超過を理由に未受講の者 |       |  |          |  |   |  |
|                                                                                                                                                   |               | 常勤                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 人                   | 人                      | 人                   | 人     |  |          |  |   |  |
|                                                                                                                                                   |               | 非常勤                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 人                   | 人                      | 人                   | 人     |  |          |  |   |  |
| 発達障害者の利用(5月中)                                                                                                                                     |               | 1 実績あり 2 実績なし<br>※発達障害者とは、手帳の有無にかかわらず、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害として、医師の確定診断を受けている者をいいます。                                                                                                                                                                                                                            |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
| 発達障害者の実人数                                                                                                                                         |               | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
| 特別な職員の配置(複数回答可)                                                                                                                                   |               | 1 心理担当職員 2 理学療法士 3 作業療法士 4 言語聴覚士 5 その他職種 6 特別な配置はしていない                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
| 高次脳機能障害者の利用(5月中)                                                                                                                                  |               | 1 実績あり 2 実績なし<br>※高次脳機能障害者とは、手帳の有無にかかわらず、器質性精神障害として医師の確定診断を受けている者をいいます。                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
| 高次脳機能障害者の実人数                                                                                                                                      |               | 人 →うち、障害者手帳・障害基礎年金のいずれも受けていない者:( )人                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
| 強度行動障害者の利用(5月中)                                                                                                                                   |               | 1 実績あり 2 実績なし<br>※強度行動障害とは、障害支援区分の認定調査項目のうち、行動関連項目等の合計点数が10点(従前の点数が有効の者については8点)以上の者をいいます。                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
| 強度行動障害者の実人数                                                                                                                                       |               | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
| 医師の配置がない場合の減算の算定                                                                                                                                  |               | 1 算定あり 2 算定なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |
| 医師の勤務時間数(5月中)                                                                                                                                     |               | 時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                        |                     |       |  |          |  |   |  |

|                                                        |                                                                              |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 運営規則上の営業時間                                             | (            ) 時間 (            ) 分                                           |
| 時間外支援の状況(5月中)                                          | 時間外支援人数 (            ) 人    時間外利用者の平均延長時間 (            ) 時間 (            ) 分 |
| 急病等により利用予定日の前々日、前日、当日に利用中止の連絡があった者の延べ人数(5月中)           | 人    うち、欠席時対応加算を算定した延べ回数: (            ) 回                                   |
| 継続して利用する者が連続して5日間利用しなかった時に、職員が居宅を訪問して相談援助を行った延べ回数(5月中) | 回    うち、訪問支援特別加算を算定した延べ回数:(            ) 回                                   |

■■■調査は以上で終わります。お忙しいところご協力ありがとうございました■■■

sample

**平成26年  
障害福祉サービス等提供実態調査  
【7 短期入所】**

【調査に関するお問合せ先・調査票の返送先】  
「平成26年障害福祉サービス等提供実態調査」事務局  
(みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部)  
〒190-8790 東京都立川市曙町1-18-2 一清ビル別館  
TEL: 0120-767-400(フリーダイヤル)  
※受付時間 平日 9:00～17:00(土・日・祝日を除く)  
FAX: 0120-672-600(フリーダイヤル)  
調査専用ホームページ: <https://www.h26-syogai-service.jp>

【提出期限】平成26年6月30日(月)  
※同封の返信用封筒(切手不要)に回答調査票を入れて  
投函して下さい。

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |                |            |    |     |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|------------|----|-----|
| 住所・法人名・事業所名の確認                                 | ※このページの右上に貼り付けられたラベル記載の法人名、法人本部住所、事業所名、事業所住所に誤りがある場合、ラベルの訂正箇所にて二重線を引き、正しい情報を記載して下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                |            |    |     |
| 調査票に関する問合せ電話                                   | —                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                | 調査票に関する問合せFAX  |            | —  |     |
| 調査票に関する問合せ担当者氏名・メールアドレス                        | フリガナ<br>a<br>@                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | フリガナ<br>b<br>@ | フリガナ<br>c<br>@ |            |    |     |
| 法人設立年月                                         | 西暦( )年( )月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                | 事業所設立年月        | 西暦( )年( )月 |    |     |
| 経営主体                                           | 1 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合    4 医療法人    7 その他の法人(社団・財団・農協・生協等)<br>2 社会福祉協議会    5 営利法人(株式・合名・合資・合同会社)<br>3 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)    6 特定非営利活動法人(NPO)                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                |            |    |     |
| 同一所在地で実施しているその他のサービス(複数回答可)                    | 1 居宅介護    11 自立訓練(生活訓練)    21 医療型児童発達支援<br>2 重度訪問介護    12 宿泊型自立訓練    22 放課後等デイサービス<br>3 同行援護    13 就労移行支援    23 保育所等訪問支援<br>4 行動援護    14 就労継続支援A型    24 福祉型障害児入所施設<br>5 療養介護    15 就労継続支援B型    25 医療型障害児入所施設<br>6 生活介護    16 障害児通所支援(発達支援)    26 介護保険の訪問介護(介護予防含む)<br>7 短期入所    17 地域相談支援    27 看護(医療保険、介護保険)<br>8 重度障害者等包括支援    18 計画的相談支援    28 1～27にはない<br>9 施設入所支援    19 障害児相談支援<br>10 自立訓練(機能訓練)    20 児童発達支援 |                |                |            |    |     |
| 併設の状況<br>※同一法人(実質的同一経営を含む)が同一又は隣接の敷地内で運営している施設 | 1 指定障害者支援施設    4 病院    7 1～6との併設はない<br>2 児童福祉施設    5 診療所(有床)<br>3 介護保険施設・事業所    6 診療所(無床)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                |            |    |     |
| 事業所類型(複数回答可)                                   | 1 空床利用型    2 併設型    3 単独型                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                |            |    |     |
| 報酬区分                                           | 1 福祉型    2 医療型                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                |            |    |     |
| 定員(5月末日現在)                                     | 人 ※空床利用型の場合は記入不要。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                |            |    |     |
| 居室面積合計                                         | ㎡ ※指定時に都道府県に届け出た居室面積(収納設備等除く)の合計値について、小数点以下第2位を四捨五入し第1位までを記入して下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                |            |    |     |
| 居室面積の経過措置                                      | 1 適用なし    2 適用あり(6.6㎡)    3 適用あり(4.4㎡)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                |            |    |     |
| 定員1人の居室(㎡)数                                    | 室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                |            |    |     |
| 実利用者数(5月中)                                     | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                |            |    |     |
| 日中の主な過ごし方別<br>※複数の場合、主なものいづれか1つでカウント           | 短期入所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | その他の障害福祉サービス   | 地域生活支援事業       | 一般就労       | 学校 | その他 |
|                                                | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 人              | 人              | 人          | 人  | 人   |

|                                        |                                  |                      |                                                                              |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|----------------------------------------|----------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------|---|------|---|-------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|---------|---|
| うち、医療的ケアを必要とする者                        | 吸引(咽頭手前までの口腔内)                   | 人                    | 持続モニターの管理(心拍・血圧・酸素飽和度等)                                                      | 人 |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 吸引(鼻腔)                           | 人                    | じょくそうの処置(Ⅰ度・Ⅱ度)                                                              | 人 |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 吸引(咽頭より奥または気管切開)                 | 人                    | じょくそうの処置(Ⅲ度・Ⅳ度)                                                              | 人 |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 経鼻経管栄養                           | 人                    | 創傷処置                                                                         | 人 |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 胃ろうによる栄養管理                       | 人                    | 疼痛管理(麻薬の使用あり)                                                                | 人 |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 点滴                               | 人                    | 疼痛管理(麻薬の使用なし)                                                                | 人 |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 膀胱(留置)カテーテルの管理                   | 人                    | インスリン注射                                                                      | 人 |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 人工肛門(ストーマ)のケア                    | 人                    | 導尿                                                                           | 人 |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | ネブライザー                           | 人                    | 洗腸                                                                           | 人 |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 酸素療法(酸素吸入)                       | 人                    | 排便                                                                           | 人 |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 気管切開のケア                          | 人                    | 服薬管理(麻薬の管理を除く)                                                               | 人 |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 人工呼吸器の観察                         | 人                    | 麻薬の管理                                                                        | 人 |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 中心静脈栄養(ポート(埋め込みタイプ)を含む)          | 人                    |                                                                              |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | うち、1日1人当たりの たんの吸引の平均回数           |                      | 回                                                                            |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
| うち、医療的ケアを必要とする者(利用者の状態別)               | 常時頻回の喀痰吸引を実施している                 | 人                    | 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している                                                         | 人 |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 中心静脈注射を実施している                    | 人                    | 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する                                                    | 人 |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している | 人                    | 褥瘡に対する治療を実施している                                                              | 人 |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 経鼻胃管や胃瘻等の経管栄養が行われている             | 人                    | 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則 別表第五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、かつ、ストーマ処置を実施している | 人 |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 気管切開が行われている                      | 人                    |                                                                              |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
| うち、施設・事業所が送迎した者の延べ人数(5月中の実績)           |                                  | 人                    | 1回あたりの平均送迎者数                                                                 | 人 | 送迎を行った日数                                                                   | 日 |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
| 延利用者数(5月中)                             |                                  | 人                    |                                                                              |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
| 受入・滞在・退所時間<br>(5月25日～31日の1週間の実績)       | 入所者の平均受入時刻                       | ( )時( )分             |                                                                              |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 中日の平均滞在時間<br>(日中外出している者のみ)       | 平均 時間                |                                                                              |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 退所日の平均退所時刻                       | ( )時( )分             |                                                                              |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
| 利用期間別(5月中に退所した者の実績)                    | 1泊2日                             | 人                    | 3泊4日                                                                         | 人 | 5泊6日                                                                       | 人 | 7泊8日 | 人 | 9泊10日 | 人 | 11泊12日 | 人 | 13泊14日 | 人 | 15泊16日 | 人 | 17泊18日 | 人 | 19泊20日 | 人 | 21泊22日 | 人 | 23泊24日 | 人 | 25泊26日 | 人 | 27泊28日 | 人 | 29泊30日 | 人 | 31泊32日 | 人 | 33泊34日 | 人 | 35泊36日 | 人 | 37泊38日 | 人 | 39泊40日 | 人 | 41泊42日 | 人 | 43泊44日 | 人 | 45泊46日 | 人 | 47泊48日 | 人 | 49泊50日 | 人 | 51泊52日 | 人 | 53泊54日 | 人 | 55泊56日 | 人 | 57泊58日 | 人 | 59泊60日 | 人 | 61泊62日 | 人 | 63泊64日 | 人 | 65泊66日 | 人 | 67泊68日 | 人 | 69泊70日 | 人 | 71泊72日 | 人 | 73泊74日 | 人 | 75泊76日 | 人 | 77泊78日 | 人 | 79泊80日 | 人 | 81泊82日 | 人 | 83泊84日 | 人 | 85泊86日 | 人 | 87泊88日 | 人 | 89泊90日 | 人 | 91泊92日 | 人 | 93泊94日 | 人 | 95泊96日 | 人 | 97泊98日 | 人 | 99泊100日 | 人 |
|                                        | うち、緊急利用の者(加算の有無に関わらず)            | 人 →うち、加算対象者:( )人     |                                                                              |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
| 利用拒否件数(5月中)                            | 件                                |                      |                                                                              |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
| うち、緊急利用の者                              | 人                                |                      |                                                                              |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
| 入浴支援の有無(5月中)                           |                                  | 1 有 → 1人あたり週( )回 2 無 |                                                                              |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
| 利用契約上の利用料<br>(5月分)<br>※うち数は記入できる場合のみ記入 | 合計                               | 徴収人数                 | 徴収金額                                                                         |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | うち、食事の提供に要する費用                   | 人                    | 円                                                                            |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | うち、光熱水費                          | 人                    | 円                                                                            |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
| 夜間の勤務体制(5月30日夜～31日朝にかけて)               | 夜勤                               | 人                    | →うち、看護職員:( )人                                                                |   | ※夜勤とは、夜間に本来業務に従事するものをいいます。24時時点で勤務している者の人数を記入して下さい。                        |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 宿直                               | 人                    | →うち、看護職員:( )人                                                                |   | ※宿直とは、事業所に宿泊して行う定時的巡視、非常事態に備えての待機等を目的とする勤務をいいます。夜間警備を外部委託している場合は、含めないで下さい。 |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
|                                        | 夜勤・宿直者のうち併設施設の職務に従事している者(再掲)     | 人                    |                                                                              |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
| 食事提供体制加算の算定(5月中)                       | 1 算定あり 2 算定なし                    |                      |                                                                              |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |
| 送迎加算の算定(5月中)                           | 1 算定あり 2 算定なし                    |                      |                                                                              |   |                                                                            |   |      |   |       |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |         |   |

|                      |                                                                       |        |                                                                                                         |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 発達障害者の利用<br>(5月中)    | 1 実績あり<br>↓                                                           | 2 実績なし | ※発達障害者とは、手帳の有無にかかわらず、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、<br>注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害として、医師の確定診断を受けている者をいいます。 |
| 発達障害者の実人数            | 人                                                                     |        |                                                                                                         |
| 特別な職員の配置<br>(複数回答可)  | 1 心理担当職員    2 理学療法士    3 作業療法士    4 言語聴覚士    5 その他職種    6 特別な配置はしていない |        |                                                                                                         |
| 高次脳機能障害者の利用<br>(5月中) | 1 実績あり<br>↓                                                           | 2 実績なし | ※高次脳機能障害者とは、手帳の有無にかかわらず、器質性精神障害として医師の確定診断を受けている者をいいます。                                                  |
| 高次脳機能障害者の実人数         | 人 →うち、障害者手帳・障害基礎年金のいずれも受けていない者:( )人                                   |        |                                                                                                         |
| 強度行動障害者の利用<br>(5月中)  | 1 実績あり<br>↓                                                           | 2 実績なし | ※強度行動障害とは、障害支援区分の認定調査項目のうち、行動関連項目等の合計点数が10点(従前の点数が有効の者については8点)以上の者をいいます。                                |
| 強度行動障害者の実人数          | 人                                                                     |        |                                                                                                         |

■■■調査は以上で終わります。お忙しいところご協力ありがとうございました■■■

sample



平成26年  
障害福祉サービス等提供実態調査  
【8 重度障害者等包括支援】

【調査に関するお問合せ先・調査票の返送先】  
「平成26年障害福祉サービス等提供実態調査」事務局  
(みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部)  
〒190-8790 東京都立川市曙町1-18-2 一清ビル別館  
TEL:0120-767-400(フリーダイヤル)  
※受付時間 平日 9:00～17:00(土・日・祝日を除く)  
FAX:0120-672-600(フリーダイヤル)  
調査専用ホームページ: <https://www.h26-syogai-service.jp>

【提出期限】平成26年6月30日(月)  
※同封の返信用封筒(切手不要)に回答調査票を入れて  
投函して下さい。

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| 住所・法人名・事業所名の確認              | ※このページの右上に貼り付けられたラベル記載の法人名、法人本部住所、事業所名、事業所住所に誤りがある場合、ラベルの訂正箇所(二重線)を引き、正しい情報を記載して下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                |
| 調査票に関する問合せ電話                | 調査票に関する問合せFAX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |                |
| 調査票に関する問合せ担当者氏名・メールアドレス     | フリガナ<br>a<br>@                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | フリガナ<br>b<br>@ | フリガナ<br>c<br>@ |
| 法人設立年月                      | 西暦( )年( )月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 事業所設立年月        | 西暦( )年( )月     |
| 経営主体                        | 1 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合<br>2 社会福祉協議会<br>3 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)<br>4 医療法人<br>5 営利法人(株式・合名・合資・合同会社)<br>6 特定非営利活動法人(NPO)<br>7 その他の法人(社団・財団、農協、生協等)                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                |
| 同一所在地で実施しているその他のサービス(複数回答可) | 1 居宅介護<br>2 重度訪問介護<br>3 同行援護<br>4 行動援護<br>5 療養介護<br>6 生活介護<br>7 短期入所<br>8 重度障害者等包括支援<br>9 施設入所支援<br>10 自立訓練(機能訓練)<br>11 自立訓練(生活訓練)<br>12 宿泊型自立訓練<br>13 就労移行支援<br>14 就労継続支援A型<br>15 就労継続支援B型<br>16 就労継続支援C型<br>17 地域相談支援<br>18 計画的相談支援<br>19 障がい児相談支援<br>20 児童発達支援<br>21 医療型児童発達支援<br>22 放課後等デイサービス<br>23 保育所等訪問支援<br>24 福祉型障害児入所施設<br>25 医療型障害児入所施設<br>26 介護保険の訪問介護(介護予防含む)<br>27 介護看護(医療保険、介護保険)<br>28 1～27にはない |                |                |
| 自らの事業所で提供しているサービス(複数回答可)    | 1 居宅介護<br>2 重度訪問介護<br>3 同行援護<br>4 行動援護<br>5 生活介護<br>6 短期入所<br>7 共同生活介護(援助)<br>8 宿泊型自立訓練<br>9 自立訓練(機能訓練)<br>10 自立訓練(生活訓練)<br>11 就労移行支援<br>12 就労継続支援A型<br>13 就労継続支援B型                                                                                                                                                                                                                                              |                |                |
| 第三者に委託して提供しているサービス(複数回答可)   | 1 居宅介護<br>2 重度訪問介護<br>3 同行援護<br>4 行動援護<br>5 生活介護<br>6 短期入所<br>7 共同生活介護(援助)<br>8 宿泊型自立訓練<br>9 自立訓練(機能訓練)<br>10 自立訓練(生活訓練)<br>11 就労移行支援<br>12 就労継続支援A型<br>13 就労継続支援B型                                                                                                                                                                                                                                              |                |                |

|                  |                                                                                                                                  |   |                         |   |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------|---|
| 実利用者数(5月中)       | 人                                                                                                                                |   |                         |   |
| うち、医療的ケアを必要とする者  | 吸引(咽頭手前までの口腔内)                                                                                                                   | 人 | 持続モニターの管理(心拍・血圧・酸素飽和度等) | 人 |
|                  | 吸引(鼻腔)                                                                                                                           | 人 | じょくそうの処置(I度・II度)        | 人 |
|                  | 吸引(咽頭より奥または気管切開)                                                                                                                 | 人 | じょくそうの処置(III度・IV度)      | 人 |
|                  | 経鼻経管栄養                                                                                                                           | 人 | 創傷処置                    | 人 |
|                  | 胃ろうによる栄養管理                                                                                                                       | 人 | 疼痛管理(麻薬の使用あり)           | 人 |
|                  | 点滴                                                                                                                               | 人 | 疼痛管理(麻薬の使用なし)           | 人 |
|                  | 膀胱(留置)カテーテルの管理                                                                                                                   | 人 | インスリン注射                 | 人 |
|                  | 人工肛門(ストーマ)のケア                                                                                                                    | 人 | 導尿                      | 人 |
|                  | ネブライザー                                                                                                                           | 人 | 洗腸                      | 人 |
|                  | 酸素療法(酸素吸入)                                                                                                                       | 人 | 排便                      | 人 |
|                  | 気管切開のケア                                                                                                                          | 人 | 服薬管理(麻薬の管理を除く)          | 人 |
|                  | 人工呼吸器の観察                                                                                                                         | 人 | 麻薬の管理                   | 人 |
|                  | 中心静脈栄養(ポート(埋め込みタイプ)を含む)                                                                                                          | 人 |                         |   |
| 発達障害者の利用(5月中)    | 1 実績あり      2 実績なし      ※発達障害者とは、手帳の有無にかかわらず、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害として、医師の確定診断を受けている者をいいます。<br>↓ |   |                         |   |
| 発達障害者の実人数        | 人                                                                                                                                |   |                         |   |
| 特別な職員の配置(複数回答可)  | 1 心理担当職員      2 理学療法士      3 作業療法士      4 言語聴覚士      5 その他職種      6 特別な配置はしていない                                                  |   |                         |   |
| 高次脳機能障害者の利用(5月中) | 1 実績あり      2 実績なし      ※高次脳機能障害者とは、手帳の有無にかかわらず、器質性精神障害として医師の確定診断を受けている者をいいます。<br>↓                                              |   |                         |   |
| 高次脳機能障害者の実人数     | 人    うち、障害者手帳・障害基礎年金のいずれも受けていない者:(      )人                                                                                       |   |                         |   |
| 強度行動障害者の利用(5月中)  | 1 実績あり      2 実績なし      ※強度行動障害とは、障害支援区分の認定調査項目のうち、行動関連項目等の合計点数が10点(従前の点数が有効の者については8点)以上の者をいいます。<br>↓                            |   |                         |   |
| 強度行動障害者の実人数      | 人                                                                                                                                |   |                         |   |

■■■調査は以上で終わりです。お忙しいところご協力ありがとうございました■■■

sample

平成26年  
障害福祉サービス等提供実態調査  
【9 施設入所支援】

【調査に関するお問合せ先・調査票の返送先】  
「平成26年障害福祉サービス等提供実態調査」事務局  
(みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部)  
〒190-8790 東京都立川市曙町1-18-2 一清ビル別館  
TEL:0120-767-400(フリーダイヤル)  
※受付時間 平日 9:00～17:00(土・日・祝日を除く)  
FAX:0120-672-600(フリーダイヤル)  
調査専用ホームページ: <https://www.h26-syogai-service.jp>  
  
【提出期限】平成26年6月30日(月)  
※同封の返信用封筒(切手不要)に回答調査票を入れて  
投函して下さい。

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                |                       |     |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|-----|
| 住所・法人名・事業所名の確認                                 | ※このページの右上に貼り付けられたラベル記載の法人名、法人本部住所、事業所名、事業所住所に誤りがある場合、ラベルの訂正箇所にて二重線を引き、正しい情報を記載して下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                |                       |     |
| 調査票に関する問合せ電話                                   | — —                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 | 調査票に関する問合せFAX  | — —                   |     |
| 調査票に関する問合せ担当者氏名・メールアドレス                        | フリガナ<br>a<br>@                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | フリガナ<br>b<br>@  | フリガナ<br>c<br>@ |                       |     |
| 法人設立年月                                         | 西暦( )年( )月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 | 事業所設立年月        | 西暦( )年( )月            |     |
| 経営主体                                           | 1 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合<br>2 社会福祉協議会<br>3 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)<br>4 医療法人<br>5 営利法人(株式・合名・合資・合同会社)<br>6 特定非営利活動法人(NPO)<br>7 その他の法人(社団・財団、農協、生協等)                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                |                       |     |
| 同一所在地で実施しているその他のサービス(複数回答可)                    | 1 居宅介護<br>2 重度訪問介護<br>3 同行援護<br>4 行動援護<br>5 療養介護<br>6 生活介護<br>7 短期入所<br>8 重度障害者等包括支援<br>9 施設入所支援<br>10 自立訓練(機能訓練)<br>11 自立訓練(生活訓練)<br>12 宿泊型自立訓練<br>13 就労移行支援<br>14 就労継続支援A型<br>15 就労継続支援B型<br>16 就労継続支援C型<br>17 地域相談支援<br>18 計画的相談支援<br>19 障害児相談支援<br>20 児童発達支援<br>21 医療型児童発達支援<br>22 放課後等デイサービス<br>23 保育所等訪問支援<br>24 福祉型障害児入所施設<br>25 医療型障害児入所施設<br>26 介護保険の訪問介護(介護予防含む)<br>27 介護看護(医療保険、介護保険)<br>28 1～27にはない |                 |                |                       |     |
| 障害者支援施設として指定されている居間実施サービス(複数回答可)               | 1 生活介護<br>2 自立訓練(機能訓練)<br>3 自立訓練(生活訓練)<br>4 就労移行支援<br>5 就労継続支援B型                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |                |                       |     |
| 定員(5月末日現在)                                     | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                |                       |     |
| 居室面積合計                                         | ㎡ ※指定時に都道府県に届け出た居室面積(収納設備等除く)の合計値について、小数点以下第2位を四捨五入し第1位までを記入して下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                |                       |     |
| 居室面積の経過措置                                      | 1 適用なし      2 適用あり(6.6㎡)      3 適用あり(4.4㎡)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |                |                       |     |
| 定員1人の居室(居室)数                                   | 室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                |                       |     |
| ユニットケア(5月末日現在)                                 | 1 実施あり      2 実施なし      ※ユニットケアとは、施設の全部において少数の居室及び当該居室に近接して設けられる共同生活室(当該居室の入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所)により一体的に構成される場所(ユニット)ごとに入居者の日常生活が営まれ、これに対する支援が行われることをいいます。                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                |                       |     |
| 実利用者数(5月中)                                     | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                |                       |     |
| 日中活動を利用しない日の主な活動状況別<br>※複数数の場合、主なものいづれか1つでカウント | 一時帰宅                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 施設外での余暇活動(買い物等) | 通院             | 施設内での余暇活動(地域住民との交流会等) | その他 |
|                                                | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 人               | 人              | 人                     | 人   |

|                                                                |                                                                                                                   |                 |                           |                                                                            |     |     |               |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---------------|
| うち、医療的ケアを必要とする者                                                | 吸引(咽頭手前までの口腔内)                                                                                                    | 人               | 持続モニターの管理(心拍・血圧・酸素飽和度等)   | 人                                                                          |     |     |               |
|                                                                | 吸引(鼻腔)                                                                                                            | 人               | じょくそうの処置(Ⅰ度・Ⅱ度)           | 人                                                                          |     |     |               |
|                                                                | 吸引(咽頭より奥または気管切開)                                                                                                  | 人               | じょくそうの処置(Ⅲ度・Ⅳ度)           | 人                                                                          |     |     |               |
|                                                                | 経鼻経管栄養                                                                                                            | 人               | 創傷処置                      | 人                                                                          |     |     |               |
|                                                                | 胃ろうによる栄養管理                                                                                                        | 人               | 疼痛管理(麻薬の使用あり)             | 人                                                                          |     |     |               |
|                                                                | 点滴                                                                                                                | 人               | 疼痛管理(麻薬の使用なし)             | 人                                                                          |     |     |               |
|                                                                | 膀胱(留置)カテーテルの管理                                                                                                    | 人               | インスリン注射                   | 人                                                                          |     |     |               |
|                                                                | 人工肛門(ストーマ)のケア                                                                                                     | 人               | 導尿                        | 人                                                                          |     |     |               |
|                                                                | ネブライザー                                                                                                            | 人               | 洗腸                        | 人                                                                          |     |     |               |
|                                                                | 酸素療法(酸素吸入)                                                                                                        | 人               | 排便                        | 人                                                                          |     |     |               |
|                                                                | 気管切開のケア                                                                                                           | 人               | 服薬管理(麻薬の管理を除く)            | 人                                                                          |     |     |               |
|                                                                | 人工呼吸器の観察                                                                                                          | 人               | 麻薬の管理                     | 人                                                                          |     |     |               |
| 中心静脈栄養(ポート(埋め込みタイプ)を含む)                                        |                                                                                                                   | 人               |                           |                                                                            |     |     |               |
| 延利用者数(5月中)                                                     | 人                                                                                                                 |                 |                           |                                                                            |     |     |               |
| 入院・外泊の状況(5月中)<br>※入院・外泊1回につき1とカウント(泊数は問わない)<br>※1泊2日も含む        | 区分1                                                                                                               | 区分2             | 区分3                       | 区分4                                                                        | 区分5 | 区分6 | 非該当・その他(認定中等) |
|                                                                | 回                                                                                                                 | 回               | 回                         | 回                                                                          | 回   | 回   | 回             |
| 入浴支援の有無(5月中)<br>※日中活動サービスの営業時間を除く                              | 1 有 → 1人あたり週( )回 2 無                                                                                              |                 |                           |                                                                            |     |     |               |
| 利用契約上の利用料(5月分)<br>※うち数は記入できる場合のみ記入                             | 合計                                                                                                                | 徴収人数            | 徴収金額                      |                                                                            |     |     |               |
|                                                                | うち、食事の提供に要する費用                                                                                                    | 人               | 円                         |                                                                            |     |     |               |
|                                                                | うち、光熱水費                                                                                                           | 人               | 円                         |                                                                            |     |     |               |
|                                                                | うち、特別な居室料                                                                                                         | 人               | 円                         |                                                                            |     |     |               |
| 居間実施サービスの状況(5月中)                                               | 1 居間実施サービスの定員合計＝施設入所支援(夜間)の定員であり、昼間に入所以外の利用実績はない 2 1以外                                                            |                 |                           |                                                                            |     |     |               |
| 5月中で日中支援加算を最も多く算定した日の9～17時の職員体制                                | 勤務した職員の人数 人                                                                                                       |                 |                           |                                                                            |     |     |               |
|                                                                | 勤務した職員(勤務時間合計) 時間 ※小数点以下第2位を四捨五入し第1位までを記入。                                                                        |                 |                           |                                                                            |     |     |               |
| 夜間の勤務体制(5月30日夜～31日朝にかけて)                                       | 夜勤                                                                                                                | 人 →うち、看護職員( )人  |                           | ※夜勤とは、夜間に本来業務に従事するものをいいます。24時時点で勤務している者の人数を記入して下さい。                        |     |     |               |
|                                                                | 宿直                                                                                                                | 人 →うち、看護職員:( )人 |                           | ※宿直とは、事業所に宿泊して行う定時的巡視、非常事態に備えての待機等を目的とする勤務をいいます。夜間警備を外部委託している場合は、含めないで下さい。 |     |     |               |
|                                                                | 夜勤・宿直者のうち併設施設の職務に従事している者(再掲)                                                                                      |                 | 人                         |                                                                            |     |     |               |
| 夜勤・宿直者の勤務時間合計(5月30日21時から31日6時にかけて)<br>※小数点以下第2位を四捨五入し第1位までを記入。 |                                                                                                                   | 利用者に対する直接支援     | その他業務(事務、記録等)             | 休憩・仮眠                                                                      |     |     |               |
|                                                                | 夜勤                                                                                                                | 時間              | 時間                        | 時間                                                                         |     |     |               |
|                                                                | 宿直                                                                                                                | 時間              | 時間                        | 時間                                                                         |     |     |               |
| 栄養マネジメント加算の算定(5月中)                                             | 1 算定あり 2 算定なし                                                                                                     |                 |                           |                                                                            |     |     |               |
| 人員配置(実人数)                                                      | 常勤・管理栄養士                                                                                                          | 非常勤・管理栄養士       | 栄養管理業務に関し5年以上の実務経験を有する栄養士 |                                                                            |     |     |               |
|                                                                | 人                                                                                                                 | 人               | 人                         |                                                                            |     |     |               |
| 発達障害者の利用(5月中)                                                  | 1 実績あり 2 実績なし ※発達障害者とは、手帳の有無にかかわらず、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害として、医師の確定診断を受けている者をいいます。 |                 |                           |                                                                            |     |     |               |
| 発達障害者の実人数                                                      | 人                                                                                                                 |                 |                           |                                                                            |     |     |               |
| 特別な職員の配置(複数回答可)                                                | 1 心理担当職員 2 理学療法士 3 作業療法士 4 言語聴覚士 5 その他職種 6 特別な配置はしていない                                                            |                 |                           |                                                                            |     |     |               |
| 高次脳機能障害者の利用(5月中)                                               | 1 実績あり 2 実績なし ※高次脳機能障害者とは、手帳の有無にかかわらず、器質性精神障害として医師の確定診断を受けている者をいいます。                                              |                 |                           |                                                                            |     |     |               |
| 高次脳機能障害者の実人数                                                   | 人 →うち、障害者手帳・障害基礎年金のいずれも受けていない者:( )人                                                                               |                 |                           |                                                                            |     |     |               |
| 強度行動障害者の利用(5月中)                                                | 1 実績あり 2 実績なし ※強度行動障害者とは、障害支援区分の認定調査項目のうち、行動関連項目等の合計点数が10点(従前の点数が有効の者については8点)以上の者をいいます。                           |                 |                           |                                                                            |     |     |               |
| 強度行動障害者の実人数                                                    | 人                                                                                                                 |                 |                           |                                                                            |     |     |               |

■■■調査は以上で終わりです。お忙しいところご協力ありがとうございました■■■