重度障害者の入院中のコミュニケーション支援についての実施状況について

（アンケート調査）

◆　Ｑ１～Ｑ９の設問にお答えください。

|  |  |
| --- | --- |
| 自治体名 |  |
| 担当部署名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

◆　本アンケートは、重度訪問介護の対象（※）となるような重度障害

者が入院したときのコミュニケーション支援事業についてお伺い

するものです。（障害支援区分が軽度の方も対象となる手話通訳者

派遣事業等についてのアンケートではありません。）

※　障害支援区分４以上で、二肢以上の麻痺等又は知的障害若しくは精神障害により行動上著し

い困難を有する者。

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Ｑ１　コミュニケーション支援を要する重度障害者（重度訪問介護の対象者（※）等）が入院したときに、入院中の医療機関に支援員を派遣して、コミュニケーション支援を提供する事業を実施していますか（国庫補助事業のほか、道府県補助、市単独事業も含む） |

（※）障害支援区分４以上で、二肢以上の麻痺等又は知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する者。

|  |
| --- |
| 【回答欄】（選択肢の中から該当する項目に○を付けてください。）  〔　　①実施している　　　　　②実施していない　　〕 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※　「②実施していない」を回答された場合、本調査は以上になります。

|  |
| --- |
| ＳＱ　「①実施している」の場合、事業創設年度を記入してください。　　　　〔　平成　　　年度　〕 |

|  |
| --- |
| Ｑ２　実施事業の対象者の要件について記入してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 【回答欄】（自由記述）  ※　設問への回答が事業実施要綱に記載されている場合、記載箇所を記入してください。   |  | | --- | | （記入例①）  　①かつ②の要件を満たすこと。障害児の場合はこれらと同等と認められる児童。  　　①：身体障害者手帳１級  　　②：障害支援区分認定調査項目３－３及び３－４が３又は４  （記入例②）  　事業実施要綱の●のとおり。 | |

|  |
| --- |
| Ｑ３　実施事業の対象となる入院先医療機関の要件について記入してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 【回答欄】（自由記述）  ※　設問への回答が事業実施要綱に記載されている場合、記載箇所を記入してください。   |  | | --- | | （記入例①）  　保険診療の対象となる医療機関全て。ただし、精神科病院及び一般病院の精神科病床については、必要性を入院先医療機関にヒアリングした上で利用の可否を決定する。  （記入例②）  　事業実施要綱の●のとおり。 | |

|  |
| --- |
| Ｑ４　実施事業の利用時間及び利用期間の上限について記入してください。いわゆる「非定型」の利用も認めている場合、その判断基準も記入してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 【回答欄】（自由記述）  ※　設問への回答が事業実施要綱に記載されている場合、記載箇所を記入してください。   |  | | --- | | （記入例①）  　①及び②の範囲内で利用できる。【①：200時間かつ30日以内／１回の入院、②：8時間以内／１日】  　なお、四肢の麻痺があり、かつ、人工呼吸器を装着しており、親族等が県外に居住している場合においては、上記の上限は適用せず、必要と認める時間利用できる。  （記入例②）  　事業実施要綱の●のとおり。 | |

|  |
| --- |
| Ｑ５　支援の提供主体の要件として、特定のサービスを提供している必要がありますか。 |

|  |
| --- |
| 【回答欄】（選択肢の中から該当する項目に○を付けてください。）  〔 ①特定のサービスを提供している必要はない　 　②特定のサービスを提供している必要がある 〕 |

|  |  |
| --- | --- |
| ＳＱ　「②特定のサービスを提供している必要がある」の場合、具体的なサービス名を記入してください。  ※　設問への回答が事業実施要綱に記載されている場合、記載箇所を記入してください。   |  | | --- | | （記入例①）  　障害者総合支援法及び介護保険法に定められる各サービス。  （記入例②）  居宅介護、重度訪問介護のみ。  （記入例③）  事業実施要綱の●のとおり。 | |

|  |
| --- |
| Ｑ６　支援員の要件として、特定の資格等を有している必要がありますか。 |

|  |
| --- |
| 【回答欄】（選択肢の中から該当する項目に○を付けてください。）  〔 ①特定の資格等を有している必要はない　 　②特定の資格等を有している必要がある 〕 |

|  |  |
| --- | --- |
| ＳＱ　「②特定の資格等を有している必要がある」の場合、具体的な資格等の名称を記入してください。  ※　設問への回答が事業実施要綱に記載されている場合、記載箇所を記入してください。   |  | | --- | | （記入例①）  　重度訪問介護従業者養成研修基礎課程以上の研修修了者  （記入例）  事業実施要綱の●のとおり。 | |

|  |
| --- |
| Ｑ７　平成２７年度の実施事業の実績を以下の表に記入してください。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【回答欄】   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 総費用額 | 利用者数（実） | | | | | | | 利用日数  （延べ） | 利用時間  （延べ） | | 円 | 主な障害種別 | 障害支援区分 | | | | | | | 身体 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 日 | 時間 | | 主な障害種別 | 障害支援区分 | | | | | | 利用日数 | 利用時間 | | 知的 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 日 | 時間 | | 主な障害種別 | 障害支援区分 | | | | | | 利用日数 | 利用時間 | | 精神 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 日 | 時間 |   ※　「総費用額」は、事業全体の実績額を記入してください。  ※　「主な障害種別」以降の項目は、「主な障害種別」毎に記入してください。  ※　「利用日数」及び「利用時間」は、事業の対象となる日数等を記入してください。  ※　「利用時間」は、分単位で把握されている場合は次のとおり計上してください。（100時間30分⇒100.5時間）  （記入イメージ）   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 総費用額 | 利用者数（実） | | | | | | | 利用日数  （延べ） | 利用時間  （延べ） | | 10,000,000円 | 主な障害種別 | 障害支援区分 | | | | | | | 身体 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 2人 | 5人 | 180日 | 3,000時間 | | 主な障害種別 | 障害支援区分 | | | | | | 利用日数 | 利用時間 | | 知的 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 2人 | 0人 | 0人 | 0人 | 2人 | 0人 | 0人 | 45日 | 200時間 | | 主な障害種別 | 障害支援区分 | | | | | | 利用日数 | 利用時間 | | 精神 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1人 | 0人 | 0人 | 1人 | 0人 | 0人 | 0人 | 30日 | 100時間 | |

|  |
| --- |
| Ｑ８　平成30年4月以降の実施事業の運用予定を教えてください。 |

|  |
| --- |
| 【回答欄】（選択肢の中から該当する項目に○を付けてください。）  〔　　①継続する（重度訪問介護の利用とは、利用者が自由に選択する）  　　　②継続する（重度訪問介護が利用できる者は対象者から除く）  　　　③廃止する  　　　④その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　〕 |

|  |
| --- |
| Ｑ９　実施事業において、医療機関等との調整や利用者とのトラブル等どのような点で苦慮されたことがあるか記入してください。 |

|  |
| --- |
| 【回答欄】（自由記述） |

調査は以上になります。御協力ありがとうございました。なお、アンケートについて詳細をお尋ねするため御連絡することもありますので、あらかじめ御了承くださいますようお願い申し上げます。