

調査票

事業所番号：

事業所名：

担当者名：

連絡先：

○令和4年3月サービス提供時についてご回答ください。

① 生活介護を利用された利用者の方は何名でしたか。

名

② ①でお答えいただいた利用者のうち車椅子利用者及び医療的ケアが必要な利用者数をお答えください。

※この質問における「医療的ケア」とは、別紙における別表2の①～⑭に一つでも該当する場合を指します。

医療的ケアが必要な方	車椅子の方
名	名

※車椅子かつ医療的ケアが必要な方は、それぞれの項目に1名としてください。

③ ②でお答えいただいた医療的ケアが必要な方について、お聞きます。

受給者証番号と契約日数について、ご記載ください。

[illegible]

④ ②でお答えいただいた車椅子利用者について、お聞きします。

受給者証番号と契約日数について、ご記載ください。

受給者証番号	契約日数
	日
	日
	日
	日
	日
	日
	日

⑤ 貴事業所について伺います。

貴事業所は「福祉のまちづくり条例」の各種要件（廊下の幅 1.4m以上等）に適合する施設ですか？

YES      ・      NO

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

			部介助を要する。	
		・ 介助なし		
⑤	行動障害および精神症状	(1) 強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動や、危険の認識に欠ける行動。	・ ほぼ毎日（週5日以上）支援や配慮等が必要	調査日前の1週間に週5日以上現れている場合又は調査日前の1か月間に5日以上現れている週が2週以上ある場合。
		(2) 睡眠障害や食事・排泄つに係る不適応行動（多飲水や過飲水を含む。）。		
		(3) 自分を叩いたり傷つけたり他人を叩いたり蹴ったり、器物を壊したりする行為。	・ 週に1回以上の支援や配慮等が必要	調査日前の1か月間に毎週1回以上現れている場合又は調査日前の1か月間に2回以上現れている週が2週以上ある場合。
		(4) 気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力が低下する。		
		(5) 再三の手洗いや繰り返しの確認のため日常動作に時間がかかる。		
		(6) 他者と交流することの不安や緊張、感覚の過敏さ等のため外出や集団参加ができない。また、自室に閉じこもって何もしないでいる。		
		(7) 学習障害のため、読み書きが困難。		

※通常の発達において必要とされる介助等は除く。

別表2 医療的ケアの判定スコアの調査

項目	細項目	基本スコア	見守りスコア		
			高	中	低
① 人工呼吸器（鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置及		10	2	1	0

び高頻度胸壁振動装置を含む。)の管理				
② 気管切開の管理		8	2	0
③ 鼻咽頭エアウェイの管理		5	1	0
④ 酸素療法		8	1	0
⑤ 吸引（口鼻腔又は気管内吸引に限る。）		8	1	0
⑥ ネブライザーの管理		3	0	
⑦ 経管栄養	（１）経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻又は食道瘻	8	2	0
	（２）持続経管注入ポンプ使用	3	1	0
⑧ 中心静脈カテーテルの管理（中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬等）		8	2	0
⑨ 皮下注射	（１）皮下注射（インスリン、麻薬等の注射を含む。）	5	1	0
	（２）持続皮下注射ポンプの使用	3	1	0
⑩ 血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む。）		3	1	0
⑪ 継続的な透析（血液透析、腹膜透析等）		8	2	0
⑫ 導尿	（１）間欠的導尿	5	0	
	（２）持続的導尿（尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻又は尿路ストーマ）	3	1	0
⑬ 排便管理	（１）消化管ストーマの使用	5	1	0
	（２）排便又は洗腸	5	0	
	（３）浣腸	3	0	
⑭ 痙攣時における座薬挿入、吸引、酸素投与又は迷走神経刺激装置の作動等の処置		3	2	0

(注)