|  |
| --- |
| **【調査票１－２】児童発達支援センター** |

事業所の利用状況等に関する調査

事業所名　　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　〕

記入者氏名　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　〕

連絡先電話番号〔　　　　　　　　　　　　　　　　〕

**１．契約者数と障害種別**

　**令和2年9月30日時点**において、貴事業所と契約を交わしている人数（実人数）を障害の種別、年齢区分ごとに記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 3歳児未満 | 年少 | 年中 | 年長 | 就学児 | 合計 |
| 報酬上の重症心身障害児に該当 |  |  |  |  |  |  |
| 報酬上の重症心身障害児以外に該当 |  |  |  |  |  |  |
|  | ①身体障害 |  |  |  |  |  |  |
| ②知的障害 |  |  |  |  |  |  |
| ③精神・発達障害 |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |  |  |  |

※①～③について複数の障害区分に該当する場合は、複数計上せず主たるもののみに計上してください。

**２．利用待機者の状況**

　**令和2年9月30日時点**において、貴事業所の利用を希望されているが、受け入れることができない方（＝利用待機者）がいますか。利用待機者の有無と、人数について記入してください。

　〔　　〕利用待機者はいない

〔　　〕利用待機者がいる　→　〔　　　〕名　※うち重症心身障害児〔　　　〕名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※うち強度行動障害児〔　　　〕名

**３．サービスの提供時間**

　**令和2年10月1日時点**の、貴事業所の運営規程上のサービス提供時間を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 記入例 |
| 運営規程のサービス提供時間 |  |  |  |  |  |  |  | 9:00～17:00 |

**４．利用の状況について**

　**令和2年9月**にサービス提供した人数を、1日ずつ記入してください（事業所の開所していなかった日については、「ー」を記入してください）。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | 28 | 29 | 30 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**５．事業所向けの研修等について**

　次の研修内容のうち、児童発達支援に従事する職員として受講したい（または受講したほうが望ましいと考える）順に①～③まで記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 子どもの発達の理解、基本的な発達理論、障害特性の理解 |
|  | 子どものアセスメント |
|  | 具体的な支援の手立て（視覚支援、構造化、SSTなど） |
|  | 医療的な知識（喀痰吸引などの医療的ケア、障害の診断について） |
|  | 家族への支援について（ペアレント･トレーニングなど） |
|  | 保育所、幼稚園、学校等との連携 |
|  | 就労に向けた支援 |
|  | 専門機関などによるコンサルテーション |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**６．各事業所における人材育成について**

　指導員など現場のスタッフに対して、事業所において実施している人材育成の取組みがありましたら記入してください（枠が足りない場合は別紙（任意様式）にてご回答ください）。

|  |
| --- |
|  |

**７．地域支援等の状況について**

|  |
| --- |
| 　児童発達支援センターは、従来の通所機能に加えて、圏域における中核的な療育拠点として、地域で暮らす障害児やその家族、近隣施設や事業所に対する支援（地域支援等）に努めることとされております。　この設問では、その地域支援の状況についておたずねするものです。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地域支援の内容 | 該当する項目に「○」を記入してください | （②、③に「○」を記入した場合に記入）現在、実施していない理由を記入してください |
| ①実施している | ②実施していないが、今後は実施していきたい | ③実施しておらず、今後も実施予定はない |
| (1)市町村が実施する「乳幼児健康診査」へ参加し、健診従事者等への助言や子どもの行動観察など |  |  |  |  |
| (2)市町村や県が実施する早期教室など（診断前の発達が気になる児童に対する発達支援やその保護者のカウンセリング等を行う場）へ参加、指導、助言等 |  |  |  |  |
| (3)保育所等からの依頼による保育士等に対する助言、技術指導（市町村または教育委員会が実施する巡回支援専門員事業や保育所等訪問支援事業によるものを除く） |  |  |  |  |
| (4)保護者や保育士等に対する啓発活動、講演会の実施、または依頼による講演の実施 |  |  |  |  |
| (5)管内の児童発達支援、放課後等デイサービス事業所に対する助言等 |  |  |  |  |
| (6)障害のある子どもの保護者を対象としたペアレント・トレーニングの実施 |  |  |  |  |

質問は以上です。ありがとうございました。

お忙しい中恐縮ですが、**令和2年11月20日（金）まで**にご回答願います。