

# FAX送信票

障 号 外  
平成28年9月23日

指定特定相談支援事業者  
指定障害児相談支援事業者 御中

島根県健康福祉部障がい福祉課長  
【公印省略】

## 居宅介護（家事援助）利用実態等調査について

障がい福祉行政の推進につきましては、日頃よりご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。

さて、このたび厚生労働省より居宅介護（家事援助）の利用実態等を把握するための調査依頼がありました。

つきましては、下記のとおり調査を実施したいと存じますので、ご多忙中のこととは存じますが、ご協力いただきますようお願いいたします。

### 記

#### 1. 調査票

当課ホームページに掲載しておりますので、ダウンロード（エクセルファイル）のうえ回答を入力いただき、担当者あてメールにて提出をお願いします。

トップ > 医療・福祉 > 福祉 > 障がい者福祉 > 事業者向け > その他  
> 居宅介護(家事援助) 利用実態等調査

<http://www.pref.shimane.lg.jp/medical/fukushi/syougai/jigyousya/kajienjyo.html>

#### 2. 調査の対象者

以下の（１）と（２）のいずれにも該当する者のサービス等利用計画について、調査票の各設問に回答してください。

- （１）対象期間中に、サービス等利用計画を【①新規に作成、②モニタリング、③モニタリングを踏まえ更新】のいずれかをした方
- （２）サービス等利用計画に、家事援助について、1回に1時間以上の利用を必要とすることがある方（なお、1日に複数回利用し、合計が1時間を超えるようなケースは除く）。

#### 3. 調査対象期間

平成27年9月 ～ 平成28年8月

#### 4. 留意事項

- ・対象者が10人以上になる場合、事業所で回答対象とする者を任意に10人選出してください。  
※ただし、特定の支援だけ長時間利用されている方については、必ず対象としてください。
- ・調査対象期間中にサービス利用計画の更新を複数回行った場合は、最新の計画の内容について回答してください。
- ・対象者がいない場合であっても、電話又はメール等により、その旨を回答いただきますようお願いいたします。

#### 5. 回答期限

平成28年10月28日(金)

#### 6. 回答先メールアドレス

kuruhara-masato@pref.shimane.lg.jp

#### 7. 問合せ先

島根県健康福祉部障がい福祉課 自立支援給付グループ 担当：来原  
TEL：0852-22-5239 / FAX：0852-22-6687