別紙　　　　 回答締切：平成３１年２月２２日（金）

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課精神保健担当

中野　宛（このままお送りください）　ファクシミリ：０８５７－２６－８１３６

**高次脳機能障がい支援機関の鳥取県ホームページへの掲載に関する意向調査票**

**１　貴事業所の名称と連絡先等をお答えください。**

　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（記入者氏名：　　　　　　　　　）

 （〒　　　　　　　）

　　　事業所住所

　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

　　　ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞｱﾄﾞﾚｽ(URL)

**２　貴事業所のサービス種目はなんですか。あてはまるものを全て選んで番号を○で囲んでください。**

|  |
| --- |
| ＜障がい福祉サービス＞①　相談支援事業所　　　　　　②　居宅介護　　　　　　　　③　行動援護④　短期入所　　　　　　　　　⑤　施設入所支援　　　　　　⑥　グループホーム⑦　生活介護　　　　　　　　　⑧　自立訓練　　　　　　　　⑨　就労移行支援⑩　就労継続支援Ａ型　　　　　⑪　就労継続支援Ｂ型　　　　⑫　地域活動支援センター⑬　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）＜介護保険サービス＞⑭　居宅介護支援事業所　　　　⑮　訪問介護　　　　　　　　⑯　訪問看護⑰　訪問リハビリテーション　　⑱　通所介護　　　　　　　　⑲　地域密着型通所介護⑳　療養通所介護 ㉑　通所リハビリテーション　㉒　短期入所生活介護㉓　短期入所療養介護　　　　　㉔　介護老人福祉施設　　　　㉕　介護老人保健施設㉖　介護療養型医療施設　　　　㉗　夜間対応型訪問介護　　　㉘　認知症対応型通所介護㉙　小規模多機能型居宅介護　　㉚　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護㉛　地域密着型特定施設入居者生活介護　㉜　認知症対応型共同生活介護㉝　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |

**３　貴事業所で実施されているサービスについて、「高次脳機能障がい」のある方が利用することは可能ですか。あてはまる方を選んで番号を○で囲んでください。**

|  |
| --- |
| ①　利用することはできる　　⇒問４へ　　　　　　　　　　　　②　利用することはできない　（差し支えなければ理由をお願いします：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　⇒質問は以上です。ありがとうございました。 |

**４　問３で「①」と回答した方のみご記入ください。**

**貴事業所における「高次脳機能障がい」のある方の利用について、あてはまるものを選んで番号を○で囲み、それに該当するサービス種目の番号（問２で選んだもの）を下記各番号の括弧内に記入してください。**

|  |
| --- |
| ①　現在利用されている　　　　　　　　　　　　　　　　 （　 　　　　　　　　　　）②　現在利用されていない（過去に利用されたことがある） （　　　　 　　　　　　　）③　利用者が高次脳機能障がいのある方かどうか分からない （　　　　　　　　　　　　）④　利用されたことはない　　　　　　　　　　　　　　　 （　　　　　　　　　　　　） |

**５　問３で「①」と回答した方のみご記入ください。**

**貴事業所を「高次脳機能障がい支援機関」として、上記１及び２の情報を鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課のホームページに掲載してもよろしいですか。あてはまるものを選んで番号を○で囲んでください。**（※記入者氏名は掲載しません）

**なお、サービス種目によって選択が分かれる場合は、「①はい」に該当するサービス種目の番号（問２で選んだもの）を括弧内に記入してください。**

|  |
| --- |
| ①　はい　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）②　いいえ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

～御協力ありがとうございました～