

# 松戸市障害者計画策定のための 事業所アンケート調査 ご協力をお願い

日頃より本市行政運営に関し、市政へのご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、松戸市では、今後の障害者施策の推進を図るため、今期（令和3年度～5年度）障害者計画を見直し、令和6年度からの次期計画策定に向けて準備をしております。

そこで、次期計画策定にあたり、各事業所の運営状況・サービスの提供状況等に係るご意見やご要望を把握し、松戸市として、今後の障害者施策の推進に役立てるためのアンケート調査を実施することにしました。

この調査は市内の障害福祉サービス等事業所を対象としています。

なお、調査は無記名で行い、結果は統計的に処理し、計画策定や今後の事業検討の基礎資料として活用しますので、その他の目的で使用されることはございません。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご回答賜りますようお願い申し上げます。

令和4年●月

松戸市長 本郷谷 健次

## 【ご記入に当たってのお願い】

### ◇調査票の記入について

- ・ご回答はあくまでも、経営・管理されている事業所としての実情又はお考えに基づいてお答えください。
- ・郵送された事業所に関して、お答えください。
- ・設問に選択肢のあるものは、あてはまる番号に○をつけてください。お答えが「その他」にあてはまる場合は、（ ）内に具体的にご記入ください。
- ・設問によって、○をつけていただく数を（ ）内に指定していますので、ご注意ください。

### ◇調査票の回収について

ご記入いただきました調査票は、同封の返信用封筒に入れ、●月●日（●）までに郵送していただきますようお願いいたします。（切手は不要です）

松戸市障害者計画策定のための本アンケート調査は、業務を松戸市から受託し、株式会社 名豊が実施しており、調査票送付先も株式会社 名豊となります。なお、調査の実施については松戸市公式ホームページにも掲載がございますので、併せてご参照ください。

URL : [https:// ●●●●/●●●●](https://●●●●/●●●●)

◇インターネット回答について

- ・インターネットを利用してパソコンやスマートフォン等からも回答できます。
- ・下記のURLにアクセスするか、右のQRコードを読み込んでください。

URL : [https:// ●●●●/●●●●](https://●●●●/●●●●)

- ・入力する際は、IDを入力してください。

ID : ●●●●●●

- ・インターネットを利用して回答していただく場合は調査票の返送は不要です。



◇調査についてのご質問などは、下記までお問い合わせください。

松戸市 福祉長寿部 障害福祉課

TEL:047-366-7348 (直通) FAX:047-366-7613

E-mail: [mcshougaihukushi@city.matsudo.chiba.jp](mailto:mcshougaihukushi@city.matsudo.chiba.jp)

## A. 貴事業所の概要についておたずねします

※令和4年●月●日時点における状況についてご記入ください。

問1. 貴事業所の運営主体の種別はどれにあたりますか。(あてはまるもの1つに○)

- |                  |                                |
|------------------|--------------------------------|
| 1. 社会福祉法人        | 5. 営利企業（株式会社・有限会社）             |
| 2. 医療法人          | 6. 特定非営利活動法人（NPO法人）            |
| 3. 一般社団法人・一般財団法人 | 7. その他（                      ） |
| 4. 公益社団法人・公益財団法人 |                                |

問2. 貴事業所の開業年はいつですか。(あてはまるもの1つに○)

- |                |                |
|----------------|----------------|
| 1. 2000年以前     | 4. 2011年～2015年 |
| 2. 2001年～2005年 | 5. 2016年～2020年 |
| 3. 2006年～2010年 | 6. 2021年以降     |

問3. 貴事業所で提供している障害福祉サービス、児童福祉法に基づく障害児サービスはどれにあたりますか(あてはまるもの全てに○)

- |                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| 1. 居宅介護             | 17. 自立生活援助                      |
| 2. 重度訪問介護           | 18. 計画相談支援                      |
| 3. 同行援護             | 19. 地域移行・地域定着支援                 |
| 4. 行動援護             | 20. 訪問入浴サービス                    |
| 5. 重度障害者等包括支援       | 21. 日中一時支援                      |
| 6. 療養介護             | 22. 移動支援                        |
| 7. 生活介護             | 23. 児童発達支援                      |
| 8. 自立訓練（機能訓練）       | 24. 医療型児童発達支援                   |
| 9. 自立訓練（生活訓練）       | 25. 放課後等デイサービス                  |
| 10. 就労移行支援          | 26. 居宅訪問型児童発達支援                 |
| 11. 就労継続支援（A型）      | 27. 保育所等訪問支援                    |
| 12. 就労継続支援（B型）      | 28. 障害児相談支援                     |
| 13. 就労定着支援          | 29. 障害児入所支援                     |
| 14. 短期入所（ショートステイ）   | 30. 訪問看護                        |
| 15. 施設入所支援          | 31. その他（                      ） |
| 16. 共同生活援助（グループホーム） |                                 |

問4. 令和4年●月●日時点の貴事業所の従業員数をサービス種類ごとにご記入ください。

サービス種類番号 (問3のサービスから番号を記入してください)	例 生活介護 7							
1. 正規職員	5人	人	人	人	人	人	人	人
2. 非正規職員	(嘱託、契約、臨時、パート等)	6人	人	人	人	人	人	人
	(派遣職員)	3人	人	人	人	人	人	人

問5. 貴事業所が提供している障害のある人（障害児）に対するサービス種類名、サービス種類ごとの令和4年●月●日～令和4年●月●日における利用者（うち松戸市民人数）を実人数でご記入ください。なお、重複障害は主たる障害で計上してください。

サービス種類番号 (問4からお選びください)	定員	利用者数 ( ) 内は松戸市民の人数
例 生活介護 7	30	20( 18 )
サービスの種類番号(問3)		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )

問3の選択肢

- |               |                     |                 |
|---------------|---------------------|-----------------|
| 1. 居宅介護       | 11. 就労継続支援（A型）      | 21. 日中一時支援      |
| 2. 重度訪問介護     | 12. 就労継続支援（B型）      | 22. 移動支援        |
| 3. 同行援護       | 13. 就労定着支援          | 23. 児童発達支援      |
| 4. 行動援護       | 14. 短期入所（ショートステイ）   | 24. 医療型児童発達支援   |
| 5. 重度障害者等包括支援 | 15. 施設入所支援          | 25. 放課後等デイサービス  |
| 6. 療養介護       | 16. 共同生活援助（グループホーム） | 26. 居宅訪問型児童発達支援 |
| 7. 生活介護       | 17. 自立生活援助          | 27. 保育所等訪問支援    |
| 8. 自立訓練（機能訓練） | 18. 計画相談支援          | 28. 障害児相談支援     |
| 9. 自立訓練（生活訓練） | 19. 地域移行・地域定着支援     | 29. 障害児入所支援     |
| 10. 就労移行支援    | 20. 訪問入浴サービス        | 30. 訪問看護        |
|               |                     | 31. その他 ( )     |

## B. 事業所の運営状況等についておたずねします

問6. 貴事業所の令和3年度の事業の収支はどのような状況ですか。

(サービス種類ごとにあてはまるもの1つに○)

サービス種類番号 (問3のサービスから番号を記入してください)		黒字	損益はない	やや赤字	大幅な赤字	その他
事業者全体		1	2	3	4	5
サービスの種類番号 (問3)	例 生活介護 7	1	②	3	4	5
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5

問7. 貴事業所において、運営上の課題はどのようなことですか。(あてはまるもの4つまでに○)

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 職員の確保</li> <li>2. 職員の定着率が低い</li> <li>3. 専門職の確保</li> <li>4. 利用者の確保</li> <li>5. 利用者や家族がサービスをよく理解していない</li> <li>6. 経営経費・活動資金が不足している</li> <li>7. 利用者からの苦情や事故への対応</li> <li>8. 訪問や送迎が非効率(エリアが広い等)</li> <li>9. 設備等の職場環境</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>10. 情報の入手や活用のしかたが十分ではない</li> <li>11. 他サービス事業所との競合が激しい</li> <li>12. 他サービス事業所との連携</li> <li>13. 医療ニーズへの対応</li> <li>14. 報酬単価が低い</li> <li>15. 市民・近隣住民の理解</li> <li>16. その他 ( )</li> <li>17. 特にない</li> </ul> |
|---|--|

問8 貴運営法人及び貴事業所では業務量に対する職員（人手）の充足具合はいかがですか。

（あてはまるもの1つに○）

1. 十分である → 問11へ
2. やや不足している
3. 不足している
4. 非常に不足している
5. わからない → 問11へ

**問8で2、3、4と回答した事業所におたずねします**

問9 不足と感じる理由について教えてください。（○は2つまで）

1. 離職率が高い（定着率が低い）
2. 人材の確保が難しい → 問11へ
3. その他（ ）

**問9で1と回答した事業所におたずねします**

問10 貴事業所から離職する理由のうち、主な理由はどのようなことだと思われませんか。

（あてはまるもの全てに○）

1. 能力や実績に照らして、給与（賃金）や手当が低いため
2. 業務量、労働時間、超過勤務が多いため
3. 勤務ローテーションやシフトが不規則なため
4. 有給休暇や特別休暇等が取りにくい
5. キャリアアップ・研修制度・資格取得等の人材育成が不十分なため
6. 人員不足による、個々の責任の負担が大きいため
7. 夜間や深夜時間帯の勤務における緊急対応への不安があるため
8. 身体的負担が大きい（体力に不安がある）ため
9. 精神的負担が大きいため
10. 障害福祉事業に対する社会的評価が低いため
11. 職場の人間関係が難しいため
12. その他（ ）
13. 特に離職者が多いとは思っていない

## C. サービス提供についておたずねします

問 11. 今後3年間の事業拡大予定についてどのように検討されていますか。(あてはまるもの1つに○)

1. 拡大予定	2. 現状維持	3. 縮小予定	4. 検討中・わからない
---------	---------	---------	--------------

問 12. 貴事業所が提供しているサービス種類の市内事業所数の充足状況についてお伺いいたします。サービス種類ごとに記入ください。

	サービス種類番号
充足している (現状維持でいい)	
不足している	
わからない	

- |                |                      |                 |
|----------------|----------------------|-----------------|
| 1. 居宅介護        | 10. 就労移行支援           | 19. 地域移行・地域定着支援 |
| 2. 重度訪問介護      | 11. 就労継続支援 (A型)      | 20. 児童発達支援      |
| 3. 同行援護        | 12. 就労継続支援 (B型)      | 21. 医療型児童発達支援   |
| 4. 行動援護        | 13. 就労定着支援           | 22. 放課後等デイサービス  |
| 5. 重度障害者等包括支援  | 14. 短期入所 (ショートステイ)   | 23. 居宅訪問型児童発達支援 |
| 6. 療養介護        | 15. 施設入所支援           | 24. 保育所等訪問支援    |
| 7. 生活介護        | 16. 共同生活援助 (グループホーム) | 25. 障害児相談支援     |
| 8. 自立訓練 (機能訓練) | 17. 自立生活援助           | 26. 障害児入所支援     |
| 9. 自立訓練 (生活訓練) | 18. 計画相談支援           | 27. 訪問看護        |
|                |                      | 28. その他 ( )     |

問 13. 過去1年間において、利用者からの依頼に対して、受け入れ (サービス提供) ができなかったことはありますか。(あてはまるもの1つに○)

1. ある	2. ない	→ 問 15 へ
-------	-------	----------

### 問 13 で 1 と回答した事業所におたずねします

問 14. その理由を下記の選択肢から選んでください。(あてはまるもの全てに○)

また、「3. 事業所では対応できない困難なケースだった」を選択された場合は、具体的な内容を下記の記入欄にお書きください。

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| 1. 希望される時間帯に利用が集中し、定員に余裕がなかった        |  |  |
| 2. 希望される時間帯にサービス提供をしていなかった (夜間、祝日など) |  |  |
| 3. 事業所では対応できない困難なケースだった              |  |  |
| 4. 新規利用者を受け入れる余裕がなかった (職員体制など)       |  |  |
| 5. その他 ( )                           |  |  |

(3の具体的な内容をお書きください)

問 15. 共生型サービス（※1）の実施に関して、検討していますか。（あてはまるもの1つに○）

1. 現在、実施に向けて検討している
2. 実施に向けて検討したことはあるが、現在は検討していない。当面は動向を見守る
3. 検討したことはない
4. その他（ ）

問 15 で 2、3 と回答した事業所におたずねします

問 16. 共生型サービスに参入を検討する上で課題となることは何ですか。（あてはまるもの3つまでに○）

1. 事業に必要な資格取得者等、新たな職員の確保
2. 共生型に対応しうる職員の能力育成
3. 職員の共生型に対する制度の理解
4. 参入資金の調達
5. 指定の申請手続き
6. 環境設備の課題
7. 収益性の確保
8. 特にない
9. その他（ ）

（※1）共生型サービス

地域共生社会の実現に向けた取組を推進するため、平成30年度より障害福祉制度と介護保険制度の両方の基準を満たし、両方の指定を受け一体的にサービス提供する共生型サービスが創設されました（居宅介護、生活介護、重度訪問介護、短期入所、自立訓練、児童発達支援、放課後等デイサービスのみ）都道府県・政令指定都市・中核市が指定します。

## D. 障害のある人の虐待防止についておたずねします

問 17. これまでに貴事業所で虐待に対応されたことはありましたか。（あてはまるもの1つに○）

1. ある
2. ない
3. その他（ ）

問 18. 貴事業所では、どのようにして虐待防止に取り組まれているかをお答えください。

（あてはまるもの全てに○）

1. 事業所内で従業員向けに研修を実施している
2. 松戸市障害者虐待防止センターの連絡先を掲示している
3. 虐待防止委員会を設置している
4. 虐待防止マニュアル等を作成している
5. その他（ ）
6. 特に取り組んでいない



## E. 災害時の対策についておたずねします

問 19. 貴事業所では災害時の対策についてどのような取り組みをしていますか。

(あてはまるもの全てに○)

- |                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| 1. 事業継続計画（BCP）の策定        | 8. 避難行動計画や災害発生時対応マニュアルを作成       |
| 2. 定期的に避難訓練を実施           | 9. 避難経路の確保                      |
| 3. 備蓄品の整備                | 10. 建物の耐震化                      |
| 4. ロッカー、棚等の転倒防止措置        | 11. 利用者・職員情報の紙媒体での保管            |
| 5. 緊急連絡網の作成              | 12. 特に取り組んでいない                  |
| 6. 利用者・家族等との安否確認や連絡方法の共有 | 13. その他（                      ） |
| 7. 利用者・家族と避難場所の共有        |                                 |

問 20. 災害時に障害のある人への支援において協力できることはどのようなことですか。

(あてはまるもの全てに○)

- |                     |                                |
|---------------------|--------------------------------|
| 1. 在宅サービス利用者への安否確認  | 6. 医療機器が必要な方等への非常用電源の提供        |
| 2. 自宅から避難所までの移動支援   | 7. 非常用食料、衛生用品など物資の一時的提供        |
| 3. 障害のある人の長期的な受け入れ  | 8. 検討したことがない                   |
| 4. 障害のある人の一時的な受け入れ  | 9. その他（                      ） |
| 5. 避難場所へのヘルパー等職員の派遣 |                                |

## F. 感染症対策についておたずねします

問 21. 貴事業所では感染症対策についてどのような取り組みをしていますか。（あてはまるもの全てに○）

- |                                       |
|---------------------------------------|
| 1. 事業継続計画（BCP）の策定                     |
| 2. 感染症対策マニュアルの作成                      |
| 3. 職員に対する感染症対策に関する研修等の開催              |
| 4. 感染を予防するための備品（使い捨て手袋、マスク、手指消毒薬等）を常備 |
| 5. 職員・利用者に対する手洗い・うがいの励行               |
| 6. 職員・関係機関等への連絡体制の整備                  |
| 7. 利用者および面会者への注意喚起                    |
| 8. サービスを利用する前の利用者の健康チェックの徹底           |
| 9. 利用者に対する健康管理の周知・啓発                  |
| 11. その他（                      ）       |
| 10. 特に取り組んでいない                        |

問 22. 今般の新型コロナウイルスの対策で、困ったことはどのようなことですか。

(あてはまるもの3つまでに○)

- |                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| 1. 正しい情報または適切な対応の仕方などの情報の入手 | 6. 行政関係の手続き    |
| 2. マスク、手指消毒薬等の確保            | 7. 利用者の利用可否の判断 |
| 3. 利用者、家族の相談対応              | 8. 特にない        |
| 4. 在宅支援の対応                  | 9. その他 ( )     |
| 5. 職員の勤務体制の調整               |                |

## G. 障害のある人の差別解消についておたずねします

問 23. 社会的障壁の除去に向けて、合理的配慮を進めていくために事業所として特に必要なことは何だと思われますか。(あてはまるもの2つまでに○)

- |   |
|---|
| 1. 地域住民・企業等に向けた周知・啓発                      |
| 2. 各種障害者に関するマークの周知・啓発                     |
| 3. 筆談、読み上げ、手話など障害の特性に応じたコミュニケーション手段の設置    |
| 4. 意思疎通のために絵や写真カード、ICT 機器 (タブレット端末等) 等の活用 |
| 5. 障害者差別解消法に係るイベントの企画                     |
| 6. その他 ( )                                |
| 7. 特にない                                   |

## H. 医療的ケア児への支援の実施についておたずねします

相談支援事業所は問 41 にお進みください。

問 24. 医療的ケア児やその支援方法について知っていますか。

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 医療的ケア児も、その支援方法も知っている      |
| 2. 医療的ケア児は知っているが、その支援方法は知らない |
| 3. 医療的ケア児も、その支援方法も知らない       |

問 25. 貴事業所において、医療的ケア児に対する支援を実施していますか。

- |   |             |
|---|-------------|
| 1. 実施している   | → 問 26~28 へ |
| 2. 未実施だが、今後実施予定<br>⇒ 予定時期: (      年      月頃 / 未定) |             |
| 3. 実施していない  | → 問 29~31 へ |

**【医療的ケアを実施又は実施予定の事業所への質問です】**

問 26. 医療的ケアを実施している児童の人数についてお答え下さい。

(実施予定の場合は、現段階での予定人数をお答えください)

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 1. 未就学児 ( ) 人 | 2. 就学後~20歳未満 ( ) 人 |
|---------------|--------------------|

問 27. 医療的ケアを実施する(又は実施予定とする)ために、貴事業所では、どのような工夫を行っていますか。  
事業運営上の工夫等について、ご記入ください。

- |   |
|---|
| 1. 利用者の医療的ケアの具体的なケアの聞き取り<br>⇒a. 家族 b. 主治医 c. 訪問看護師 d. 障害福祉サービス事業所 e. 保育所・教育機関 |
| 2. 利用者ごとの医療的ケア実施手順書等を作成   |
| 3. 医療的ケアの対応で困ったときに、すぐに主治医等を確認できる体制を作っている                                      |
| 4. 医療的ケアに関する研修に職員が参加できる環境を整えている   |
| 5. 医療的ケアを受け入れている事業所と情報交換できる機会がある  |
| 6. その他 ( )  |

問 28. 医療的ケアの実施に当たって生じた事業運営への影響や、円滑な事業運営を図る上での課題などがあれば、  
ご記入ください。

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. 医療的ケア児の体調管理や緊急対応ができるか不安           |
| 2. 医療的ケアの手技等が正しく行えているか不安             |
| 3. 利用ニーズがあるが、今以上の人数を受け入れるのは難しい       |
| 4. 医療的ケアのない利用者比べると、利用日数や回数を制限せざるを得ない |
| 5. 医療的ケアを実施できる職員の確保が難しい              |
| 6. 利用者の急なキャンセルが多く、調整に苦労する            |
| 7. 特に課題はない                           |

**【実施していない事業所への質問です】**

問 29. 医療的ケアを実施していない理由をお答え下さい。(あてはまるもの全てに○)

- |                               |
|-------------------------------|
| 1. 対象者からの希望がない                |
| 2. 費用等の問題で研修の受講が困難            |
| 3. 医療的ケアにおける事故等のリスクが大きい       |
| 4. 医療的ケアを実施するための職員のスキルが不足している |
| 5. 今後、実施を検討したい                |
| 6. その他 ( )                    |



## J. 介護職員による医療的ケアの実施についておたずねします

問 35. 貴事業所において、医療的ケアを実施できる介護職員（喀痰吸引等研修を修了した介護職員）がいますか。いる場合はその人数についてお答えください。

1. 医療的ケアを実施できる介護職員（喀痰吸引等研修を修了した介護職員）がいる  
⇒その内訳を回答ください。
  - 1) 第1号不特定（ ）人
  - 2) 第2号不特定（ ）人
  - 3) 第3号特定（ ）人
2. 医療的ケアを実施できる介護職員（喀痰吸引等研修を修了した介護職員）はいない。
3. 事業所に介護職員はいない  → 問 38 へ

問 36. 研修を受講する際、課題となることについてお答え下さい。（あてはまるもの全てに○）

1. 研修費用の負担が大きい
2. 研修場所が遠い
3. 研修によるヘルパー不在時、業務体制に支障が出る
4. 研修の機会が少なく、受講するタイミングが合わない
5. その他（ ）

問 37. 介護職員による医療的ケア児への支援に関する研修についてご意見があれば自由にご記入下さい。

## K. 医療的ケア児への支援に関するリスク・不安の軽減についておたずねします

問 38. 医療的ケア児支援に関するリスク・不安を軽減するために、どのような支援が必要か、ご意見をご記入下さい。

## L. その他の医療的ケア児支援についておたずねします

問 39. 医療的ケア児支援に対し実施されている制度上の支援をご存知ですか。

1. 知っている

⇒ご存知である支援の内容を回答ください（あてはまるもの全てに○）

1) 報酬における加算

2) 医療的ケア児支援者研修（県主催）

3) 医療的ケア児等コーディネーター研修（県主催）

4) 医療的ケア児支援スキルアップ研修（市主催）

5) ライフサポートファイル

6) その他（）

2. 知らない

問 40. 医療的ケア児支援に関する質問・意見・要望などご記入下さい。



**【問 46 は、問 41 で実施していないと回答した事業所への質問です】**

**問 46** 実施していない理由としてあてはまるものをお答えください。

1. 指定は受けているが計画相談全般を実施していないから
2. 計画相談は実施しているが、児童を対象としていないから
3. 医療的ケアに関する知識が不足していると感じるから
4. 医療的ケアのある方の生活の実態を知らないから
5. 子どもに対応できる利用可能な地域資源（医療）がないから
6. 医療的ケアに対応できる利用可能な地域資源（福祉）がないから
7. 利用可能な地域資源（医療・福祉以外）がないから
8. 保護者の心情理解が難しそうだから
9. 医療的ケアがあることで責任が重くなりそうだから
10. 医療的ケアがあることで関係者間の連携が難しそうだから
11. 家族背景が複雑であり、介入することが難しそうだから
12. 事業所の相談員数が不足しているから
13. その他（ )

**問 47** 医療的ケア児者の相談支援を実施するために必要だと思う施策は何ですか。

1. 医療的ケア児者支援のための相談支援専門員等のスキルアップ研修の実施
2. 医療的ケア児者の支援に係る多職種連携の推進
3. 医療的ケア児者の相談支援を実施した場合の加算措置
4. その他（ )

**問 48** 医療的ケア児者の計画相談の実施を推進するにあたって、どのような研修が必要だと思いますか。また、どのようなことを学びたいですか。

1. 医療的ケア等に関する医師・看護師による講義
2. 医療的ケア児者の支援に必要な社会資源についての講義
3. 医療的ケア児者を支援する障害福祉サービス事業所の見学
4. 医療的ケア児者が在籍する特別支援学校の見学
5. N I C U ・ P I C U 等、医療的ケア児者が入院している病院の見学
6. 医療的ケア児者の保護者のお話
7. 医療的ケア児者支援の経験のある支援員による医療的ケア児者やその保護者との関わり方についてのお話（児童との遊びや保護者・家族とのコミュニケーション等）
8. 医療的ケア児者の支援に係る多職種・他分野での情報交換の場
9. 医療的ケア児者の口腔ケアや口腔機能の発達、食べる機能の支援に関する歯科医師・歯科衛生士による講義
10. その他（ )



問 49 相談支援専門員向けの医療的ケア児者への支援に関する研修についてご意見があれば自由にご記入ください。

問 50 医療的ケア児者の計画作成にあたって、口腔ケアや食べる機能に対する支援について、利用者から相談を受けたことはありますか。

- |                     |   |        |
|---------------------|---|--------|
| 1. 利用者から相談を受けたことがある | → | 問 51 へ |
| 2. 利用者から相談を受けたことはない | → | 問 53 へ |

**医療的ケア児者に対する口腔ケアや食べる機能に対する支援について、利用者から相談を受けたことのある事業所への質問です**

問 51 医療的ケア児者の計画作成にあたって、口腔ケアや食べる機能に対する支援について、どのような相談がありましたか。

問 52 計画作成にあたって、口腔ケアや食べる機能に対する支援を取り入れるにあたって、工夫したこと、また苦勞されたことや困っていることはありますか。また、事業所に対する必要な支援がありますか。

## N. 市への要望等についておたずねします

問 53. 今後の障害福祉施策の充実に向けて、どのようなことが必要だと思いますか。

(あてはまるもの5つまでに○)

1. 障害の予防・早期発見・保健指導体制の充実
2. 早期療育体制の充実
3. 地域リハビリテーション体制の充実
4. 手当などの経済的支援の充実
5. 就労の援助や雇用の促進
6. 生涯学習や文化活動の充実
7. スポーツ・レクリエーション活動の充実
8. 障害のある人の権利擁護施策の推進
9. 障害のある人が住みやすい住宅の確保や居住環境の改善・整備
10. 賃貸物件に入居する際、保証人の役目を公的に行ってくれる制度
11. 障害のある人の利用に配慮した公共施設、公園等の整備
12. 障害のある人の利用に配慮した道路や交通機関の整備
13. 障害のある人のコミュニケーション支援施策（手話通訳、要約筆記など）
14. 障害のある人のための防災体制の確立
15. 成年後見制度の周知・促進
16. 金銭管理の支援
17. 保護者などがなくなった後の生活支援の充実（親なきあとの支援）
18. 市民のボランティア活動の推進
19. 障害者理解への啓発や交流促進
20. 地域共生社会の実現に向けた施策の推進
21. 総合的な相談体制の整備、充実
22. 訪問医療、歯科治療、薬剤指導の整備、充実
23. 自助グループ等障害者家族または当事者の参加できる居場所づくりの支援及び情報提供
24. 高齢者関係機関との連携
25. こども関係機関との連携
26. その他（)
27. 特にない

問 54. 貴事業所として市に対して望むことはどのようなことですか。(あてはまるもの3つまでに○)

1. 障害福祉に関する最新・適切な情報提供
2. 障害福祉サービス事業従事者のスキルアップ（育成）のための研修の支援
3. 障害福祉サービス事業従事者の人材確保・定着のための支援
4. 障害福祉サービス費請求等に関する相談体制の充実
5. 不適正な事業所への指導
6. 市民への適正なサービス利用についての啓発
7. 処遇困難者への対応
8. 事務手続きの簡略化
9. ボランティアの育成
10. 保護者（介護者）支援策の充実
11. その他（ )
12. 特にない

<自由記載欄> 市の障害福祉施策等に関してご意見がございましたらご自由にご記入ください。


アンケートは以上です。長時間にわたりご協力ありがとうございました。