

長久手市障がい施策に関する 障害福祉サービス等事業所アンケート調査について

日頃から、長久手市の障がい福祉行政の推進に対しご理解とご協力をいただき、御礼申し上げます。

現在、本市では令和3年4月に策定する「第4次長久手市障がい者基本計画」の施策を検討しています。

このたびは、今後の計画がより実効性のある内容となるよう、市内の障がいのある人を支援する事業所の皆様からご意見を伺い、現状の把握及びニーズ分析をしたいと思っております。

つきましては、お忙しいところ大変恐縮ですが、令和2年4月17日（金）までにアンケートのご回答をお願いします。

令和2年3月

長久手市長 吉田一平

※ お答えいただいた内容は、個別の事業所名ごとに公表するようなことは一切ありません。また、プライバシーの保護に万全を期すとともに、アンケート結果の集計以外には使用いたしません。

アンケートについて御不明な点等がありましたら、下記まで問い合わせてください。

長久手市福祉課 電話 0561-56-0614 ファクシミリ 0561-63-2940

長久手市子ども家庭課 電話 0561-56-0633 ファクシミリ 0561-63-2100

●記入について

- ・回答は、あてはまる箇所の「□」を「☑」するか、記入してください。
- ・令和2年3月1日時点の内容で記入してください。
- ・必要に応じて別途ヒアリングをさせていただく場合があります。その際には御協力をお願いいたします。

●調査票の返信について

- ・ご記入された調査票は、回封の返信用封筒にて投函または、メールにて、令和2年4月17日（金）までにご回答ください。

問1 事業所の名称等についてお教えてください。

法人等の名称	
事業所の名称	
事業所の所在地	
電話番号	
メールアドレス	
記入者職・氏名	職名：
	氏名：

問2 事業所の運営形態について教えてください。(☑は1つ)

<input type="checkbox"/> ①社会福祉法人	<input type="checkbox"/> ②営利法人(株式会社、有限会社など)
<input type="checkbox"/> ③NPO法人	<input type="checkbox"/> ④その他()

問3 事業所の現在のサービス提供状況及び今後の事業展望を教えてください。

なお、今後の事業展望の欄は、該当する事業のみ下記の選択肢から選んで記入してください。(新規参入を選択した場合はサービス提供状況の記載は不要です)
また、利用者数は、平成31年3月～令和2年2月の期間内の実人数を記入してください。

事業名		1. 現状維持 2. 拡大 3. 縮小 4. 新規参入 5. 廃止			今後の 事業展望
		現在のサービス提供状況			
		定員数	利用者数	うち、長久手市民	
1 訪問系サービス	①居宅介護(ホームヘルプ)	人	人	人	
	②重度訪問介護	人	人	人	
	③同行援護	人	人	人	
	④行動援護	人	人	人	
	⑤重度障害者等包括支援	人	人	人	

1. 現状維持 2. 拡大
3. 縮小 4. 新規参入 5. 廃止



事業名	事業名	現在のサービス提供状況			今後の事業展望
		定員数	利用者数	うち、長久手市民	
2 通所系サービス	⑥生活介護	人	人	人	
	⑦自立訓練（機能訓練・生活訓練）	人	人	人	
	⑧就労移行支援	人	人	人	
	⑨就労継続支援（A型）	人	人	人	
	⑩就労継続支援（B型）	人	人	人	
	⑪就労定着支援	人	人	人	
	⑫短期入所	人	人	人	
	⑬児童発達支援（医療型含む）	人	人	人	
	⑭放課後等デイサービス（医療型含む）	人	人	人	
	⑮保育所等訪問支援	人	人	人	
3 入所系	⑯共同生活援助（グループホーム）	人	人	人	
4 地域生活支援事業	⑰移動支援事業	人	人	人	
	⑱地域生活支援センター事業	人	人	人	
	⑲日中一時支援事業	人	人	人	
5 相談支援事業	⑳指定特定相談支援事業	人	人	人	
	㉑指定一般相談支援	人	人	人	
	㉒自立生活援助	人	人	人	
	㉓障がい児相談支援事業	人	人	人	

問4 提供しているサービスで利用者の主な障がい種別を教えてください。(☑はいくつでも)

<input type="checkbox"/> ①身体障がい	<input type="checkbox"/> ②知的障がい	<input type="checkbox"/> ③精神障がい
<input type="checkbox"/> ④発達障がい	<input type="checkbox"/> ⑤その他	

問5 雇用形態別・所持資格の職員数を記入してください。(重複有)

	人数(うち正職数)	職種	人数(うち正職数)
医師	人()人	調理員	人()人
支援員	人()人	保育士	人()人
看護職員	人()人	相談支援専門員	人()人
理学療法士	人()人	社会福祉士	人()人
作業療法士	人()人	介護福祉士	人()人
言語聴覚士	人()人	精神保健福祉士	人()人
栄養士	人()人	その他	人()人

問6 通算経験年数別の職員数を記入してください(雇用形態・所持資格に関わらず全ての職員)。なお、年数は貴事業所での通算年数としてください。

6ヶ月未満	人
6ヶ月～1年未満	人
1年～3年未満	人
3年～5年未満	人
5年～10年未満	人
10年以上	人
合計	人

問7 現在の職員の過不足について教えてください。(☑は1つ)

<input type="checkbox"/> ①大変不足している	<input type="checkbox"/> ②不足している	<input type="checkbox"/> ③やや不足している
<input type="checkbox"/> ④適当である	<input type="checkbox"/> ⑤過剰である	

問8 職員定着のために実施している取り組みを教えてください。(☑はいくつでも)

<input type="checkbox"/> ①資格取得のための金銭的な支援	<input type="checkbox"/> ②資格取得のための休暇取得の支援
<input type="checkbox"/> ③外部の研修への金銭的な参加支援	<input type="checkbox"/> ④外部の研修へ休暇取得の支援
<input type="checkbox"/> ⑤勤務条件(夜勤数、勤務時間等)の改善	<input type="checkbox"/> ⑥給与面での改善
<input type="checkbox"/> ⑦福利厚生面(育休、介護休暇など)の支援	<input type="checkbox"/> ⑧事業所内での研修機会の確保
<input type="checkbox"/> ⑨特に取組は実施していない	<input type="checkbox"/> その他()

問9 事業所の年間収支状況について教えてください。(☑は1つ)

<input type="checkbox"/> ①黒字である	<input type="checkbox"/> ②おおむね均衡している	<input type="checkbox"/> ③赤字である
---------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

問10 運営上の不安を教えてください。(☑はいくつでも)

<input type="checkbox"/> ①専門職の確保が難しい	<input type="checkbox"/> ②職員の待遇改善ができない
<input type="checkbox"/> ③職員の人材育成が難しい	<input type="checkbox"/> ④事務作業量が多い
<input type="checkbox"/> ⑤施設・設備の改善が難しい	<input type="checkbox"/> ⑥運営・活動資金のやりくりが難しい
<input type="checkbox"/> ⑦利用者ニーズの把握が難しい	<input type="checkbox"/> ⑧利用者が少ない
<input type="checkbox"/> ⑨利用者や家族の理解	<input type="checkbox"/> ⑩行政の連携が不十分
<input type="checkbox"/> ⑪他の機関との連携が不十分	<input type="checkbox"/> ⑫地域の理解を得るのが難しい
<input type="checkbox"/> ⑬特に課題はない	<input type="checkbox"/> ⑭その他()

問11 今までに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。

<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
-----------------------------	-----------------------------

問12 問11で「ある」を選んだ場合、その理由を下記の選択肢から選んで記入してください。

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、休祝日など) 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()
--

番号	詳細な理由

問13 サービス向上のために取り組んでいることを教えてください。(☑はいくつでも)

<input type="checkbox"/> ①利用者個々の状況に応じたサービス提供ができるように工夫している
<input type="checkbox"/> ②事業所内で定期的に自らのサービスの質の評価を行っている
<input type="checkbox"/> ③利用者からサービスの質に関する評価を受けている
<input type="checkbox"/> ④第三者によるサービスの質に関する評価を受けている
<input type="checkbox"/> ⑤事業所内で職員を対象に研修を実施している
<input type="checkbox"/> ⑥その他()

問14 参加を希望する研修の内容があれば教えてください(自由記述)

研修内容	
その理由	

問15 利用者の苦情解決のためにどのような取り組みを行なっていますか(☑はいくつでも)

<input type="checkbox"/> ①利用者・家族との面談を行う	<input type="checkbox"/> ②保護者会・懇談会等を行う
<input type="checkbox"/> ③第三者委員会を設置している	<input type="checkbox"/> ④意見箱を設置している
<input type="checkbox"/> ⑤アンケートを実施している	<input type="checkbox"/> ⑥連絡帳を利用している
<input type="checkbox"/> ⑦取り組みを行っていない	<input type="checkbox"/> ⑧その他()

問16 事業所と各関係機関との連携状況について、それぞれ以下の選択肢から選び記入してください。

- ①連携が十分であると感じるもの
- ②連携が不十分だと感じるもの
- ③今後連携していきたいと感じるもの

1. 同じサービスを提供する事業所	2. 異なるサービスを提供する事業所
3. 市役所（障がい者・児 管轄課）	4. 市役所（障がい者・児 管轄課以外）
5. 障がい者基幹相談支援センター	6. 社会福祉協議会
7. 相談支援事業所	8. 保育園・幼稚園等
9. 学校（スクール・ソーシャル・ワーカー等含む）	10. 医療機関
11. 保健所	12. 尾張東部権利擁護支援センター
13. 地域関係者（自治会等）	14. 民生委員・児童委員
15. ハローワーク・アクト	16. 障がい関係団体
17. 地域包括支援センター・ケアマネ	18. 生活困窮者相談窓口
19. その他（ ）	

※12.「尾張東部権利擁護支援センター」は、令和元年10月に「尾張東部成年後見センター」から名称変更

①連携が十分であると感じるもの

連携先（複数選択可）

②連携が不十分だと感じるもの

連携先 （複数選択可）	理由

③今後連携していきたいと感じるもの

連携先 （複数選択可）	理由

問 1 7 重症心身障がい児者・医療的ケア児者の受け入れについて記入してください。

障がいの種類	受け入れの可否	現在の受け入れ人数	令和2年度以降受け入れ可能人数
重症心身障がい児・者	<input type="checkbox"/> 可能・ <input type="checkbox"/> 不可	人	人
医療的ケア児・者	<input type="checkbox"/> 可能・ <input type="checkbox"/> 不可	人	人

※問 17 で「受け入れ」が「不可」と回答した場合にお答えください。

問 1 8 その理由を教えてください。(☑はいくつでも)

<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ①	現在の事業所の状況から体制を整備することが難しいため
<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ②	事故等が発生しないか心配なため
<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ③	利用者が急変した場合に、受入可能な医療機関が少なく不安なため
<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ④	看護師等の配置数から受け入れができる数を制限せざるを得ないため
<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/> ⑤	報酬単価が低いため
<input type="checkbox"/> ⑥	<input type="checkbox"/> ⑥	資格を持つ者を雇用したいが、求職者がいないため
<input type="checkbox"/> ⑦	<input type="checkbox"/> ⑦	受入範囲を拡大するための設備改修が必要となるが資金がないため
<input type="checkbox"/> ⑧	<input type="checkbox"/> ⑧	保護者が求めるレベルのサービス提供や苦情対応が困難なため
<input type="checkbox"/> ⑨	<input type="checkbox"/> ⑨	その他 ()

問 1 9 喀痰吸引等研修(たんの吸引・経管栄養)を職員に受講をしてもらい、今後医療的ケアの対応が可能な職員を増やしていく予定はありますか?(☑は1つ)

<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

※問 19 に「検討中・ない」と回答した場合にお答えください。

問 2 0 その理由を教えてください。(☑はいくつでも)

<input type="checkbox"/> ①	研修の費用が高額のため、事業所での捻出が難しいため
<input type="checkbox"/> ②	研修に参加する時間の調整が難しいため
<input type="checkbox"/> ③	実地研修に参加する時間・研修先の調整が難しいため
<input type="checkbox"/> ④	現時点で利用希望者がいないため
<input type="checkbox"/> ⑤	事業所内で喀痰吸引等を実施する意向がないため
<input type="checkbox"/> ⑥	その他 ()

問21 利用者や家族から以下のような相談を受けたことがありますか？（☑はいくつでも）

<input type="checkbox"/> ① 障がいへの不理解、偏見について	<input type="checkbox"/> ②障がいがあることで差別された
<input type="checkbox"/> ③ 近隣など地域とのトラブル	<input type="checkbox"/> ④金銭管理について
<input type="checkbox"/> ⑤ 成年後見制度の利用について	<input type="checkbox"/> ⑥消費者被害について
<input type="checkbox"/> ⑦ 相談を受けたことがない	<input type="checkbox"/> ⑧その他（ ）

問22 事業所で「虐待及びその疑いがある（セルフネグレクトを含む）」の発生防止に関するマニュアルの作成はしていますか。（☑は1つ）

<input type="checkbox"/> 作成している	<input type="checkbox"/> 作成していない
---------------------------------	----------------------------------

問23 事業所等の利用者で、「虐待及びその疑いがある（セルフネグレクトを含む）」を見かけたことはありますか。（☑は1つ）

<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
-----------------------------	-----------------------------

※問23で、「ある」と回答した場合にお答えください。

問24 その際、どのような対応をしたか教えてください。（☑はいくつでも）

<input type="checkbox"/> ①事業所内で、対応した	<input type="checkbox"/> ②他事業所・機関も交えて対応した
<input type="checkbox"/> ③市役所の担当課に連絡した	<input type="checkbox"/> ④担当の相談支援事業所に連絡した
<input type="checkbox"/> ⑤障がい者虐待防止センターに通報・相談した	<input type="checkbox"/> ⑥尾張東部権利擁護支援センターに相談した
<input type="checkbox"/> ⑦弁護士等に相談した	<input type="checkbox"/> ⑧警察に相談・連絡した
<input type="checkbox"/> ⑨対応方法が分からなかった	<input type="checkbox"/> ⑩利用者本人や家族に聞き取りをおこなった
<input type="checkbox"/> ⑪特に対応をしなかった	<input type="checkbox"/> ⑫虐待か迷い、通報しなかった
<input type="checkbox"/> ⑬その他（ ）	

問25 事業所等が、「虐待及びその疑いがある（セルフネグレクトを含む）」の対応する際の課題を教えてください。（☑はいくつでも）

<input type="checkbox"/> ①「虐待やその疑い」として、判断するための基準が難しい。
<input type="checkbox"/> ②どのような機関と連携すれば良いか分からず、適切な連携が図れない。
<input type="checkbox"/> ③本人や家族・親族が他の機関の支援の利用を拒否しているため、連携できない
<input type="checkbox"/> ④行政に相談・通報後、具体的な対応に時間がかかる
<input type="checkbox"/> ⑤虐待対応における知識・経験がなく、事業所内での体制が難しい
<input type="checkbox"/> ⑥その他（ ）

問26 事業所で提供している内容以外の支援を利用者や保護者から希望されたことはありますか。(☑は1つ)

<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
-----------------------------	-----------------------------

※問26で「ある」と回答した場合にお答えください。

問27 それは、どんな内容でしたか？(☑はいくつでも)

<input type="checkbox"/> ①送迎にて目的地外への送迎	<input type="checkbox"/> ②営業日や時間外での依頼・延長
<input type="checkbox"/> ③家事援助で本人以外の支援	<input type="checkbox"/> ④医療行為の対応
<input type="checkbox"/> ⑤配食サービスの希望	<input type="checkbox"/> ⑥支援以外での相談
<input type="checkbox"/> ⑦宿泊を伴う見守り	<input type="checkbox"/> ⑧金銭の管理・貸与の依頼
<input type="checkbox"/> ⑨その他 ()	

※問26で「ある」と回答した場合にお答えください。

問28 その対応をどうしましたか？(☑はいくつでも)

<input type="checkbox"/> ①お断りした	<input type="checkbox"/> ②対応可能な機関へとつなげた
<input type="checkbox"/> ③希望の支援を対応した	<input type="checkbox"/> ④市役所に相談した
<input type="checkbox"/> ⑤基幹相談支援センターに相談した	<input type="checkbox"/> ⑥現在、苦慮している
<input type="checkbox"/> ⑦その他 ()	

問29 周辺の地域住民と連携や交流はありますか。(☑は1つ)

<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
-----------------------------	-----------------------------

※問29で「ある」と回答した場合にお答えください。

問30 それは、どのようなことですか？(☑はいくつでも)

<input type="checkbox"/> ①交流会の開催	<input type="checkbox"/> ②サロン等の場貸し
<input type="checkbox"/> ③地域ボランティア活動への参加	<input type="checkbox"/> ④避難場所としての提供
<input type="checkbox"/> ⑤防災訓練の支援・参加	<input type="checkbox"/> ⑥祭事・清掃活動の支援・参加
<input type="checkbox"/> ⑦物品の貸与	<input type="checkbox"/> ⑧講習会等の開催・支援
<input type="checkbox"/> ⑨自治会への加入	<input type="checkbox"/> ⑩その他 ()

問31 ボランティアの受入は行っていますか。(☑は1つ)

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	------------------------------

問32 ボランティアの受入する場合に、課題や困りごとはありますか？(自由記述)

問3 3 災害が発生した場合、次の体制について教えてください。

①（通所時）安否確認	<input type="checkbox"/> 実施する ・ <input type="checkbox"/> 実施しない
②（帰宅後）安否確認	<input type="checkbox"/> 実施する ・ <input type="checkbox"/> 実施しない
③緊急連絡網の整備	<input type="checkbox"/> 整備している ・ <input type="checkbox"/> 整備していない
④緊急時のマニュアルの整備	<input type="checkbox"/> 整備している ・ <input type="checkbox"/> 整備していない
⑤食料・物資の備蓄	確保しているもの（ <input type="checkbox"/> 食料・ <input type="checkbox"/> 飲料・ <input type="checkbox"/> 資材）
⑥非常電源の有無	<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない
⑦避難所先の想定	<input type="checkbox"/> 自事業所 ・ <input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> その他（ ）
⑧防災の担当者の選定	<input type="checkbox"/> 定めている ・ <input type="checkbox"/> 定めていない

問3 4 事業所を災害発生時に障がいのある人等が一時的に過ごす場所として、登録することは可能ですか？

また、一時的に過ごすための備蓄を保管できる場所がありますか？

①登録の可否	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
②備蓄の保管場所の有無	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
その理由		

問3 5 農福連携に関し、教えてください。（令和2年3月1日時点）

①事業所で農作業を行っていますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
※①が「はい」の場合：実人数を教えてください	人（農作業の従事者数）
②農従事者に指導を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
③農業の活動年数はどの程度ですか	年程度
④農地等で施設外就労を行っている場合は、その内容をお教えてください。	<input type="checkbox"/> 草刈り、 <input type="checkbox"/> 収穫、 <input type="checkbox"/> 定植、 <input type="checkbox"/> 出荷作業 <input type="checkbox"/> 力作業、 <input type="checkbox"/> 清掃、 <input type="checkbox"/> 技術を要する作業 <input type="checkbox"/> その他（ ）
⑤農地等の施設外就労先を探していますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
⑥農地のマッチングを希望していますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
⑦今後の農従事の意向を教えてください	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 拡大 <input type="checkbox"/> 縮小 <input type="checkbox"/> 参入

問36 利用者の中で金銭管理の支援や福祉サービス等の利用援助が必要な人がいた場合、どのように対応していますか（☑はいくつでも）

<input type="checkbox"/> ①施設、事業所の職員が対応する	<input type="checkbox"/> ②行政の担当課に相談する
<input type="checkbox"/> ③基幹相談支援センターに相談する	<input type="checkbox"/> ④権利擁護支援センターに相談する
<input type="checkbox"/> ⑤専門機関（法テラス等）に相談する	<input type="checkbox"/> ⑥日常生活自立支援事業につなぐ
<input type="checkbox"/> ⑦担当の相談支援事業所につなぐ	<input type="checkbox"/> ⑧特に働きかけはしていない
<input type="checkbox"/> ⑨その他（ ）	

<日常生活自立支援事業とは？>

認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行うものです。

問37 事業所等で、必要と思われる利用者に日常生活自立支援事業を案内をしていくうえで、どのような課題がありますか（☑はいくつでも）

<input type="checkbox"/> ①本人や家族・親族の理解が得られにくい
<input type="checkbox"/> ②利用者が事業を利用することが適切かどうかわからない
<input type="checkbox"/> ③金銭管理やその指導を受けることを嫌がる人が多い
<input type="checkbox"/> ④利用料が発生するため金銭的な課題がある
<input type="checkbox"/> ⑤サービスの案内先がよくわからない。
<input type="checkbox"/> ⑥職員に制度に関する知識・情報がなく、適切な案内ができない
<input type="checkbox"/> ⑦その他（ ）

問38 利用者に成年後見制度の利用が必要になった場合、どのように対応していますか（☑はいくつでも）

<input type="checkbox"/> ① 事業所で制度の利用を勧め、手続を支援している
<input type="checkbox"/> ② 専門職（弁護士や司法書士など）につないでいる
<input type="checkbox"/> ③ 基幹相談支援センターにつないでいる
<input type="checkbox"/> ④ 権利擁護支援センターなどに相談または紹介している
<input type="checkbox"/> ⑤ 対応していない
<input type="checkbox"/> ⑥その他（ ）

<成年後見制度とは>

認知症、知的障がい、精神障がいなどにより物事を判断する能力が十分でない方について、本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで、本人を法的に支援する制度です。

問 4 1 強度行動障害のある人の受け入れについて記入してください。

障がい種類	受け入れの可否	現在の受け入れ人数	令和2年度以降受け入れ可能人数
強度行動障害	<input type="checkbox"/> 可能・ <input type="checkbox"/> 不可	人	人

<強度行動障害とは>

自分の体を叩いたり食べられないものを口に入れる、危険につながる飛び出しなど本人の健康を損ねる行動、他人を叩いたり物を壊す、大泣きが何時間も続くなど周囲の人のくらしに影響を及ぼす行動が、著しく高い頻度で起こるため、特別に配慮された支援が必要になっている状態のことです。(障害判定基準表10点以上)

※問 41 で「受け入れ」が「不可」と回答した場合にお答えください。

問 4 2 その理由を教えてください。(☑はいくつでも)

<input type="checkbox"/> ① 現在の事業所の状況から体制を整備することが難しいため
<input type="checkbox"/> ② 事故等が発生しないか心配なため
<input type="checkbox"/> ③ 強度行動障害支援者養成研修を受講できていないため
<input type="checkbox"/> ④ 強度行動障害のある人を支援するスキルが職員にないため
<input type="checkbox"/> ⑤ 加算の報酬単価が低いため
<input type="checkbox"/> ⑥ 提供するサービスとなじまないため
<input type="checkbox"/> ⑦ 受け入れ範囲を拡大するためには、設備改修が必要となるが資金がないため
<input type="checkbox"/> ⑧ その他 ()

問 4 3 高次脳機能障害のある人の受け入れについて記入してください。

障がい種類	現在の利用者の有無	現在の受け入れ中の人数
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	人

<高次脳機能障害とは>

ケガや病気により、脳に損傷を負い、以下のような症状により、日常生活または社会生活に制約がある状態の人が高次脳機能障害です。

- ・ 記憶障害 (物の置き場所を忘れる。新しいできごとを覚えられない。など)
- ・ 注意障害 (ぼんやりしていて、ミスが多い。作業を長く続けられない。など)
- ・ 遂行機能障害 (指示がないと何もできない。約束の時間に間に合わない。など)
- ・ 社会的行動障害 (興奮する、暴力を振るう。自己中心的になる。など)

問 4 4 高次脳機能障害のある人の支援していくうえで、どのような課題がありますか（☑はいくつでも）

<input type="checkbox"/> ① 高次脳機能障害がどのような障がいかわからない
<input type="checkbox"/> ② その人によって、症状が異なるため、支援の方法に不安がある
<input type="checkbox"/> ③ 支援するための連携機関がわからない
<input type="checkbox"/> ④ 障がい特性を知るための研修が受講できていない
<input type="checkbox"/> ⑤ 外見では障害があることが分かりにくく、本人も自覚が難しい
<input type="checkbox"/> ⑥ 他人との接触方法や集団での支援方法
<input type="checkbox"/> ⑦ その他（ ）

問 4 5 事業所等での利用者の意思決定の対応状況について教えてください。

	1：十分にできている 2：ほとんど実施している 3：あまり実施できていない 4：ほとんど実施できていない
①本人から直接話しを聞いたり、日常生活の様子を観察し、意思や好みの確認	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
②意思決定支援会議への本人の参加	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
③意思決定支援会議への、家族や関係者、成年後見人等の参加	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
④体験中の様子から本人の意思の推定が可能な場合には、その内容の支援計画への反映	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
⑤モニタリング・評価結果を踏まえた、意思決定のさらなる促進のための見直し	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
⑥決定したことを本人が可能な限り理解できるように伝えること	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
⑦事業所内での意思決定の支援のための研修	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

問 4 6 本市の課題や行政の取り組みなどについて、何かご意見等がありましたら自由に記載してください。