

障がい者（児）基礎調査票（入所施設管理者用）

（お答えいただく前に）

- この調査は、令和4年12月1日現在の状況でお聞かせください。
- この調査票は、入所施設の管理者の方にお答えいただく調査票です。
- この調査票に、施設の名称や記入者の名前を書く必要はありません。
- お答えになりたくないことは、無理にお答えにならなくても結構です。
- 封筒には、差出人名を書いたり、切手を貼ったりする必要はありません。
- この調査についてわからないことがありましたら、下記へお問い合わせください。

大阪市福祉局 障がい者施策部 障がい福祉課（担当：村田^{むらた}・北條^{ほうじょう}）

電話 06-6208-8071 ファックス 06-6202-6962

1 貴施設の概要についておたずねします。

問1 貴施設の所在地について、あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. 大阪市内
2. 大阪府内（大阪市以外）
3. 大阪府外

問2 貴施設の種別について、あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. 障がい者支援施設
2. 障がい児入所施設

問3 貴施設の入所定員について、あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

- | | |
|------------|-----------|
| 1. 30人以下 | 2. 31～40人 |
| 3. 41～50人 | 4. 51～70人 |
| 5. 71～100人 | 6. 101人以上 |

問4 貴施設に入所されている方の年齢構成について、次の各年齢層にあてはまる人数を記載してください。

- | | | |
|-----------|---|----|
| 1. 0～5歳 | (| 人) |
| 2. 6～17歳 | (| 人) |
| 3. 18～39歳 | (| 人) |
| 4. 40～64歳 | (| 人) |
| 5. 65～74歳 | (| 人) |
| 6. 75歳以上 | (| 人) |

問5 貴施設に入所されている方の障がい支援区分の構成について、次の各区分にあてはまる人数を記載してください。

- | | | |
|--------------|---|----|
| 1. 障がい支援区分 6 | (| 人) |
| 2. 障がい支援区分 5 | (| 人) |
| 3. 障がい支援区分 4 | (| 人) |
| 4. 障がい支援区分 3 | (| 人) |
| 5. 障がい支援区分 2 | (| 人) |
| 6. 障がい支援区分 1 | (| 人) |
| 7. 障がい支援区分なし | (| 人) |

問6 貴施設に入所されている方の入所期間の構成について、次の期間にあてはまる人数を記載してください。

- | | | |
|---------------|---|----|
| 1. 1年以上2年未満 | (| 人) |
| 3. 2年以上5年未満 | (| 人) |
| 4. 5年以上10年未満 | (| 人) |
| 5. 10年以上15年未満 | (| 人) |
| 6. 15年以上20年未満 | (| 人) |
| 7. 20年以上 | (| 人) |

問7 貴施設に入所されている方について、最も多い障がいの種別は次のうちどれですか。あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

- | |
|----------|
| 1. 身体障がい |
| 2. 知的障がい |
| 3. 精神障がい |

問8 貴施設の主たる日中活動系サービスの利用定員について、
あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. 20人以下
2. 21～30人
3. 31～40人
4. 41～50人
5. 51～70人
6. 71～100人
7. 101人以上

2 強度行動障がいのある方への支援についておたずねします。

問 9 貴施設において、強度行動障がいのある方の入所者数（※）について、あてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。

- | | |
|------------|------------|
| 1. 0 人 | 2. 1～2 人 |
| 3. 3～5 人 | 4. 6～10 人 |
| 5. 11～20 人 | 6. 21～30 人 |
| 7. 31 人以上 | |

※ 強度行動障がいのある方の入所者数・・・厚生労働大臣が定める基準（平成 18 年 9 月 29 日厚労告 543）別表第二に掲げる行動関連項目が見られる頻度などをあてはめて算出した点数の合計が 10 点以上になる方の人数を目安にしてください。（概数による記入で構いません。）

問 10 ① 貴施設において、強度行動障がいのある方に対して
配慮していることはありますか。

あてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。

- | |
|------------------|
| 1. 配慮していることは特にない |
| 2. 配慮していることがある |

② 配慮している具体的なことについて、次にご記入ください。

問 11 ① 貴施設における強度行動障がいのある方に対する支援として、課題があると思われることはありますか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

(個別ケースとしての課題でも、制度的な課題でも結構です。)

1. 課題があるとは特に感じない
2. 課題があると感じる

② 課題があると感じていることについて、次にご記入ください。

(個別ケースとしての課題でも、制度的な課題でも結構です。)

3 発達障がいのある方への支援についておたずねします。

問 12 貴施設において、発達障がい（※）のある方の入所者数について、
あてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. 0 人 | 2. 1 ～ 2 人 |
| 3. 3 ～ 5 人 | 4. 6 ～ 1 0 人 |
| 5. 1 1 ～ 2 0 人 | 6. 2 1 ～ 3 0 人 |
| 7. 3 1 人以上 | |

※ 発達障がい・・・自閉症、アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障がい、学習障がい、注意欠陥多動性障がいその他のこれに類する脳機能障がいであってその症状が通常低年齢^{れい}において発現するものを言います。（施設として把握されている概数による記入で構いません。）

問 13 ① 貴施設において、発達障がいのある方に対して、配慮していることはありますか。

あてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。

- | |
|------------------|
| 1. 配慮していることは特にない |
| 2. 配慮していることがある |

② 配慮している具体的なことについて、次にご記入ください。

問 14 ① 貴施設における発達障がいのある方に対する支援として、課題があると思われることはありますか。

あてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。

（個別ケースとしての課題でも、制度的な課題でも結構です。）

1. 課題があるとは特に感じない
2. 課題があると感じる

② 課題があると感じていることについて、次にご記入ください。

（個別ケースとしての課題でも、制度的な課題でも結構です。）

4 医療的ケアの必要な方への支援についておたずねします。

問 15 貴施設において、医療的ケア（※）の必要な方の入所者数について、
あてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. 0 人 | 2. 1 ～ 2 人 |
| 3. 3 ～ 5 人 | 4. 6 ～ 10 人 |
| 5. 11 ～ 20 人 | 6. 21 ～ 30 人 |
| 7. 31 人以上 | |

※ 医療的ケア・・・人工呼吸器の管理、気管切開部の管理、鼻咽腔エアウェイの管理、在宅酸素療法の管理、吸引処置（唾液やたんの吸引）、吸入処置（ネブライザーの管理）、経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）、中心静脈カテーテルの管理、皮下注射（インスリンなど）、血糖測定、人工透析（血液透析、腹膜透析を含む）、導尿、排便管理（ストマ・摘便・浣腸など）、けいれん時の対応（坐剤挿入・吸引など）、パルスオキシメーターの測定、服薬管理を指す。

問 16 現在、貴施設の入所者が必要としている医療的ケアについて、
あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1. 人工呼吸器の管理 | 2. 気管切開部の管理 |
| 3. 鼻咽腔エアウェイの管理 | 4. 在宅酸素療法の管理 |
| 5. 吸引処置（唾液やたんの吸引） | 6. 吸入処置 |
| 7. 経管栄養 | 8. 中心静脈カテーテルの管理 |
| 9. 皮下注射 | 10. 血糖測定 |
| 11. 人工透析 | 12. 導尿 |
| 13. 排便管理 | 14. けいれん時の対応（坐剤挿入・吸引など） |
| 15. パルスオキシメーターの測定 | 16. 服薬管理 |
| 17. その他（ | ） |

問 17 貴施設において対応可能な医療的ケアについて、

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 人工呼吸器の管理
2. 気管切開部の管理
3. 鼻咽腔工アウェイの管理
4. 在宅酸素療法の管理
5. 吸引処置（唾液やたんの吸引）
6. 吸入処置
7. 経管栄養
8. 中心静脈カテーテルの管理
9. 皮下注射
10. 血糖測定
11. 人工透析
12. 導尿
13. 排便管理
14. けいれん時の対応（坐剤挿入・吸引など）
15. パルスオキシメーターの測定
16. 服薬管理
17. その他（ ）

問 18 ① 貴施設において、医療的ケアの必要な方に対して

配慮していることはありますか。

あてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。

1. 配慮していることは特にない
2. 配慮していることがある

② 配慮している具体的なことについて、次にご記入ください。

問 19 ① 貴施設における医療的ケアの必要な方に対する支援として、課題があると思われることはありますか。

あてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。

（個別ケースとしての課題でも、制度的な課題でも結構です。）

1. 課題があるとは特に感じない
2. 課題があると感じる

② 課題があると感じていることについて、次にご記入ください。

（個別ケースとしての課題でも、制度的な課題でも結構です。）

5 日中の支援についておたずねします。

問 20 ① 貴施設において、日中の支援で特に配慮していることや力点を置いて取り組んでいること（特色のある取り組みをされていること）はありますか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

（特に、退所後の就労を目指した訓練や作業の取り組みなどを実践されていればご記入ください。）

1. 特にない

2. ある

② 具体的なことについて、次にご記入ください。

問 21 ① 貴施設における日中の支援として、課題があると思われることはありますか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

（個別ケースとしての課題でも、制度的な課題でも結構です。）

1. 課題があるとは特に感じない

2. 課題があると感じる

② 課題があると感じていることについて、次にご記入ください。

6 地域移行についておたずねします。

問 22 ① 昨年度（令和 3 年度中）に貴施設を退所された人数を記入してください。

人

② 前問①で記入された人数の内訳を記入してください。

グループホームへ	人
家族と同居へ	人
単身生活へ	人
高齢者施設へ	人
他の障がい者・児施設へ	人
入院（医療施設へ）	人
死亡	人
その他	人

問 23 貴施設が取り組んでいる地域移行に向けた取り組み内容について、

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 施設内での地域生活体験
2. 施設外での買物や交通機関の体験
3. 就労体験や訓練
4. 地域生活の見学や交流
5. 地域の情報の入手
6. 家族の理解の促進
7. 研修会などを通じた啓発活動
8. グループホームの体験利用
9. 自立生活プログラム
10. その他（

問 24 ① 貴施設において、地域移行できると考えられる方は何人いますか。

人

② 前問①で記入された人数の内訳を記入してください。

すぐにでも可能	人
支援があれば、１年以内で可能	人
支援を継続すれば、将来的に可能	人

問 25 ① 貴施設において、地域移行を進めていくうえで課題であると思われることは何ですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 地域での介護・支援確保
2. グループホームなどの充実
3. 日中活動の場の確保
4. 地域生活の社会資源や活動などの情報の入手
5. 地域生活を体験したり訓練したりする場や取り組みの確保
6. 地域移行を調整・推進できるコーディネーターなどの人材の確保
7. 地域移行に関する報酬体系の改善・充実
8. 施設と地域をつなげていく仕組み（ネットワーク）づくり
9. 家族の理解
10. 施設職員の意識の向上
11. 施設利用者への意欲喚起（地域生活に関するイメージづくりなど）
12. その他（ ）

② 課題があると感じていることについて、次にご記入ください。

(個別ケースとしての課題でも、制度的な課題でも結構です。)

7 短期入所の利用状況についておたずねします。

問 26 ① 貴施設において、短期入所を繰り返し継続的に利用している方はいますか。

あてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。

1. いる

2. いない

② 前問①で「1. いる」に○をつけた方におたずねします。

課題があると感じていることについて、あてはまる番号すべてに○をつけてください。次にご記入ください。

~~（個別ケースとしての課題でも、制度的な課題でも結構です。）~~

1. 定期的に利用している方で満床になり、新規利用の受入ができない。
2. 介護者の高齢化に伴う頻繁な利用が増えている。
3. 重度の障がいがある方の利用が増えている。
4. 施設への入所を待機している方の利用が増えている。
5. 空床利用型事業所が多く、短期入所の定員が不足している。
6. 課題と感じることは特にない。
7. その他（ ）

問 27 地域で生活している方が、介護者の急病などやむを得ない理由により緊急的に短期入所を利用する必要性が生じることがあります。そのような場合に、受け入れに協力していただくことは可能ですか。

1. できるだけ協力する
2. 条件つきであれば、協力できる
(条件：)
3. 協力できない
(理由：)

8 人材の確保・育成などについておたずねします。

問 28 貴施設における人材確保の状況と負担感について、
あてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。

1. 確保できており、負担感はない
2. 確保できているが、負担感が多少ある
3. 確保できているが、負担感が大きい
4. 確保できていない

問 29 人材確保・定着・育成に関して、課題があると感じていることはありますか。
あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 求人を行う労力の負担が大きい
2. 求人を行う経費の負担が大きい
3. 有資格者の確保が難しい
4. 早期に退職する職員が多い
5. 出産、育児、介護、疾病など家庭や個人の事情で退職する
6. 人間関係、勤務条件等を理由に辞める
7. 業務繁忙のため、内部での研修をする時間の確保が難しい
8. 業務繁忙のため、外部研修へ職員を派遣することができない
9. OJT など職場内の人材育成のしくみが十分でない

問 30 ①貴施設における外国人人材の受け入れ状況について、

あてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。

1. すでに受け入れている
2. 受け入れるつもりはない
3. 受入れを検討している
4. 未検討

問 31 外国人人材を受け入れるにあたっての課題について、

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 知識や技術等を取得するためのスキルアップ研修や資格取得の支援体制
2. 日本人職員との意思疎通に必要な日本語能力
3. 利用者等との意思疎通に必要な日本語能力
4. 環境の変化に伴う精神的不安への支援体制
5. 宗教や生活習慣への対応
6. 利用者や家族等からの理解
7. 受入れに係るコスト
8. 受入れ方法や活用方法に関する情報不足
9. 長期的に雇用することの難しさ。

問 32 人材確保・定着・育成全般について、ご意見や取り組まれていること
(課題の解決に効果的だったことなど) などがありましたら、
ご自由にお書きください。

問 33 ① 本市では、施設に対して、下記の研修(研修一覧参照)を実施しておりますが、受講したことがありますか。

あてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。

1. 受講したことがある
2. 受講したことがない
3. 知らなかった

② 下記の研修一覧から今後受講してみたい研修の番号すべてに○をつけてください。

研修一覧 (令和 3 年度 研修実績)

○福祉従事者向け研修

1. キャリアパス対応生涯研修 (初任者・中堅職員・チームリーダー・管理職)
2. 社会福祉の基本と対人援助
3. スーパービジョン研修
4. メンタルヘルス研修 (セルフケア・ラインケア)
5. リスクマネジメント研修 (基礎編・種別編)

○障がい福祉関係研修

6. 発達障がいの理解と対応 【基礎研修】
7. 障がいのある人の自己決定を踏まえた支援について 【基礎研修】
8. 障がい者虐待防止について考える 【基礎研修】
9. グループホーム世話人研修、生活支援員研修 【事業所別研修】
10. 「GOKAN 療育プログラム」※ 【専門研修】
※『五感』への刺激を通して子どもの潜在能力を引き出す体験型療育研修
11. 触法障がい者の支援について 【専門研修】
12. 精神障がいのある人と家族への支援実践講座

○運営管理に関する研修

13. 組織運営・管理研修 (労務管理・財務管理・OJT 推進研修等)
14. 福祉・介護職員処遇改善加算の取得促進に係る研修
15. 社会福祉施設等における新型コロナウイルス感染症対策に関する研修

問 34 今後の研修で取り上げてほしいテーマなどをお聞かせください。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 障がい者（児）虐待に関すること
2. 身体拘束適正化に関すること
3. 非常災害対策に関すること
4. 業務継続計画に関することについて
5. 障がい福祉サービス費における加算・減算に関すること
6. その他（ ）

9 施設の運営についておたずねします。

問 35 ① 令和 3 年度から、指定障がい福祉サービス事業者等に、業務継続計画（BCP）の策定が義務付けられました（令和 5 年度末までの経過措置期間は努力義務）が、貴施設では、すでに業務継続計画（BCP）を策定していますか。

あてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。

1. すでに策定できている
2. 現在、策定中である
3. 今後、策定予定である

② **前問①で「1. すでに策定できている」に○をつけた施設におたずねします。**

策定による効果について、**あてはまる番号すべてに**○をつけてください。

1. 感染症や災害が発生した際の初動対応に対する職員の意識が向上した
2. 感染症や災害が発生した際の初動対応の優先順位が明確になった
3. 業務の改善・効率化につながった
4. 業務の定型化・マニュアル化が進んだ
5. 実際の感染症や災害に対して適切に対応できた
6. その他（ ）

③ 前問①で「２．現在策定中である」または「３．今後策定予定である」に○をつけた施設におたずねします。

策定できていない理由や課題となっていることについて、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- １．独自性・実効性のある計画を策定するために時間を要している
- ２．策定に必要なスキル・ノウハウがない
- ３．策定する人材や時間を確保できない
- ４．経過措置期間中であるため
- ５．業務継続計画（BCP）について知らなかった
- ６．その他（）

問 36 ① 災害時の備えとして、貴施設で取り組んでいることはありますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- １．防災計画を作成している
- ２．利用者の安否確認の方法を決めている
- ３．災害時における緊急連絡体制を整備している
- ４．防災訓練を実施している
- ５．防災訓練の実施や災害時の連携にあたり、日頃から地域住民と連携を図っている。
- ６-５．福祉避難所・緊急入所施設としての指定を受けている
- ７-６．災害用備蓄品を備蓄している
- ８-７．設備や機器類の地震対策を実施している
- ９-８．災害時における電気設備等の復旧に関する対応手順等を職員間で共有している
- 10-9．その他（）
- 11-10．実施していない

② 前問①で「10. 実施していない」に○をつけた施設にお聞きします。

その理由を次にご記入ください。

問 37 令和2年の新型コロナウイルス感染症の流行に関連して、貴施設において、
陽性者または濃厚接触者に対してサービスの提供を行ったことがありますか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. はい

2. いいえ



~~問 39 を回答ください。~~

問 38 問 37 で「1. はい」に○をつけた施設にお聞きします。

陽性者または濃厚接触者へのサービスの提供にあたり、お困りになったことはありましたか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

コロナ禍で提供される行政による支援策のうち、貴施設が、障がいのある方に対する支援を継続するうえで必要と考えるものについて、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. ガウン、手袋、フェイスシールド、防護服などの衛生用品の提供確保
2. 従事者が感染するなど出勤できなくなった場合における、応援職員の派遣体制の構築サービス継続に係る必要な従事者の確保
3. 陽性者又は濃厚接触者へのサービス提供にあたり要した「かかり増し経費」（通常のサービス提供では想定されない感染拡大防止対策に要する経費）に対する補助サービス継続に係る必要な経費負担（職員への手当や感染対策に要する経費等）
4. 施設内療養が困難な入所者が、療養を受けながら障がい福祉サービス等を受けることができる支援体制の確保（ホテル療養等）
在宅で生活する利用者で、同居家族が高齢である場合や家庭内でのゾーニングが困難な状況でのサービス提供場所の確保
5. 個人用防護具（PPE）の着脱や食事介助、排泄介助時等の感染対策に係る支援に従事する際の指導や研修
6. 陽性となった入所利用者への受診・治療機会の確保
7. 入所利用者が濃厚接触者である場合の受診または検査の提供
8. すべての従事者へのワクチン接種
- 9-8. すべての従事者を対象とした定期的な PCR 検査又は抗原検査の実施
利用者が濃厚接触者であることが発覚した場合の自宅等への送迎（通所事業所のみ）
- 10-9. すべての入所利用者を対象とした定期的な PCR 検査又は抗原検査の実施
サービス継続支援事業など補助金の申請手続き
- 11-10. その他（ ）
- 12-11. 特にない困ったことはなかった

問 39 貴事業所において、コロナ禍で障がいのある方に対する支援を継続するために特に必要と考えることについて、あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. ~~すべての従事者へのワクチン接種~~
2. ~~従事者が感染するなど出勤できなくなった場合に備えた、他法人との応援職員派遣の体制の構築~~
3. ~~すべての従事者を対象とした定期的なPCR検査又は抗原検査の実施~~
4. ~~すべての利用者を対象とした定期的なPCR検査又は抗原検査の実施~~
5. ~~障がい福祉サービス等報酬に係る臨時的な取り扱いの継続（代替支援が可能であることなど）~~

問 3940 意思決定支援に関して、おたずねします。

障がい者の意思決定支援について、貴施設ではどのように取り組まれています。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 意思決定支援について、施設内で支援員等へ研修を行っている。
2. 個別支援計画の作成時などの際に、絵カードを使うなどし、障がい者本人の意思を確認している。
3. 意思決定責任者を選任し、アセスメントを実施している。
4. 障がい者の家族・親族の方へ制度の説明などを行っている。
5. 成年後見人等と連携し、意思決定支援会議に参加してもらっている。
6. 権利擁護や成年後見制度に関して、理解を深めるよう研修を行っている。
7. 特に何もしていない
8. その他（ ）

問 4041 ① 障がい者（児）虐待防止に向けて取り組んでいる内容について、
あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 虐待防止に関する研修や学習を実施している
2. 虐待防止委員会において、未然防止等の取り組みを実施している
3. 虐待防止に関する意識・関心を高めるための掲示物等を掲示している
4. 虐待防止マニュアル・チェックリストを作成している
5. 地域における虐待防止において、事業者・行政等と連携を図っている
6. 障がいのある人やその家族、地域に対し、虐待防止に関する普及・啓発を実施している
7. メンタルヘルスの視点から風通しのよい職場づくりを推進している
8. その他（具体的に ）

② 障がい者（児）虐待防止に向けた取り組みを行う上での課題について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 障がい者虐待防止法の周知と「虐待」に関する普及・啓発の促進
2. 専門職員の確保や職員の資質の向上
3. 実効性のある虐待防止マニュアル・チェックリストの作成
4. 事業者・行政等とのネットワークの構築・連携
5. 障がい当事者自身の虐待の認識や理解
6. 障がい児・者の家族の虐待の認識や理解
7. その他（具体的に ）

問 41 セクハラ・パワハラ等のハラスメントへの対策は事業主の義務であり、指定障がい福祉サービス事業者等の運営基準においてもハラスメント防止措置を講じることが求められていますが、貴施設におけるハラスメント対策の取組状況について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業員に周知・啓発している。
2. 相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、従業員に周知している。
3. 入所者等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のための取組（※）を実施している。
※ ① 相談体制の整備
② 被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス相談、行為者に対して1人で対応させない等）
③ 被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等）
4. その他（ ）
5. 特に取り組んでいることはない。

問 42 障がい福祉サービスの質の向上のために貴施設で取り組んでいる内容について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 苦情相談窓口を設置し、入所者に周知している。
2. 入所者のニーズへの対応やサービスの質の向上のため、専門職員を加配等している。
3. 提供するサービスの質の自己評価を行っている。
4. 提供するサービスの質の評価機関による第三者評価（いわゆる「福祉サービス第三者評価」）を行っている。
5. サービスの質の評価を、サービスの向上・改善につなげる仕組みを構築している。
6. 障がい福祉サービス等情報公表制度の活用等により、提供する障がい福祉サービスの内容等を詳細に公表している。
7. その他（ ）

問 4342 障がい者施策全般についてご意見などがありましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

返送用封筒に入れて、切手を貼らずに令和 4 年 1 2 月 2 0 日（火）までにポストにお入れください。