令和３年７月１日

各市町村障害福祉担当課　御中

茨城県保健福祉部障害福祉課自立支援担当

障害福祉計画等に係るアンケート

　平素より大変お世話になっております。

標記の第６期障害福祉計画・第２期障害児福祉計画（厚生労働省策定）、第２期新いばらき障害者プラン（茨城県策定）において、「令和５年度末までに、各市町村に少なくとも１カ所以上設置することを基本とする。」とされている下記事業について、貴市町村における設置予定等を別紙により、７月８日（木）までにご回答いただきますようお願いいたします。

担当者が把握している、現時点での予定で構いません。ご回答内容に基づき、担当から後日改めて連絡させていただくことがございますことを予め御了知願います。

記

１　児童発達支援センター

２　基幹相談支援センター

３　地域生活支援拠点

◇参考

（児童発達支援センター施設基準の概要）

|  |  |
| --- | --- |
| 指導訓練室 | ・定員は、おおむね10人  ・障害児１人当たりの床面積は、2.47㎡以上  ・主として難聴児又は重症心身障害児を通わせる場合は除く |
| 遊戯室 | ・障害児１人当たりの床面積は、1.65㎡以上  ・主として難聴児又は重症心身障害児を通わせる場合は除く  ・主として重症心身障害児を通わせる場合は設けないことができる。 |
| 屋外遊技場、医務室、相談室 | ・主として重症心身障害児を通わせる場合は設けないことができる。 |
| 調理室、便所 |  |
| 静養室 | ・主として知的障害のある児童を通わせる場合 |
| 聴力検査室 | ・主として難聴児を通わせる場合 |
| その他、指定児童発達支援の提供に必要な設備及び備品 | |

　※基幹相談支援センター、地域生活支援拠点については、別添の資料等により

　　確認願います。

７月８日（木）までに電子メールにてご回答願います。

（提出先）茨城県保健福祉部障害福祉課自立支援担当

　　　　　電子メール　shofuku-jiritsu@pref.ibaraki.lg.jp

≪回答用紙≫

市町村名

担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　　　　）

１　児童発達支援センターについて

（１）設置状況（ア～ウ該当部分に〇印）

　　　ア　設置済み　（平成・令和　　年　　月　　日）

　　　イ　設置予定　（令和　　年　　月頃）

　　　ウ　未　　定　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　（２）設置に関する意見等

　　　①　効果（設置済み市町村）

|  |
| --- |
|  |

　　　②　課題（未設置市町村（設置予定含む））

|  |
| --- |
|  |

③　今後の取組方針・方向性（全市町村）

|  |
| --- |
|  |

２　基幹相談支援センターについて

（１）設置状況（ア～ウ該当部分に〇印）

　　　ア　設置済み　（平成・令和　　年　　月　　日）

　　　イ　設置予定　（令和　　年　　月頃）

　　　ウ　未　　定　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　（２）設置に関する意見等

　　　①　効果（設置済み市町村　）

|  |
| --- |
|  |

　　　②　課題（未設置市町村（設置予定含む））

|  |
| --- |
|  |

③　今後の取組方針・方向性（全市町村）

|  |
| --- |
|  |

３　地域生活支援拠点について

（１）設置状況（ア～ウ該当部分に〇印）

　　　ア　設置済み　（平成・令和　　年　　月　　日）

　　　イ　設置予定　（令和　　年　　月頃）

　　　ウ　未　　定　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　（２）設置に関する意見等

　　　①　効果（設置済み市町村）

|  |
| --- |
|  |

　　　②　課題（未設置市町村（設置予定含む））

|  |
| --- |
|  |

③　今後の取組方針・方向性（全市町村）

|  |
| --- |
|  |