

事 務 連 絡
令和 8 年 6 月 22 日

県域障害者支援施設 管理者 様

神奈川県福祉子どもみらい局
福祉部障害サービス課

**障害者支援施設等における医療連携及びICT導入に関するアンケート
のご協力について（依頼）**

本県の障がい福祉行政の推進については、日頃格別の御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、県では主に知的障害者が入所する障害者支援施設と連携し、医療連携に係る実証事業を実施しています。

つきましては、令和 8 年度の実証事業に向け、施設の状況を伺うためのアンケートを実施いたします。お忙しいところ恐れ入りますが、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

1 アンケートについて

○ 対象施設

障害者支援施設（主に知的障害者を受け入れる施設）

2 活用希望調査への回答について

(1) 回答期日

令和 8 年 6 月 30 日（火）まで

(2) 回答方法

次により、関係資料を電子メールで提出してください。

<提出資料>

・医療アクセス実証事業アンケート【施設名】.xlsx

※【】の中に施設名を記載してください。

<提出先>ken-shisetsu@pref.kanagawa.lg.jp

※メールの題名を「医療アクセス実証事業アンケート【施設名】」とし、

【 】の中に施設名を記載してください。

(3) アンケートの取扱いについて

- 本調査は県の実証事業に向けた参考にさせていただきます。
- 回答によって、個別にご連絡をさせていただく場合があります。

問合せ先

福祉施設グループ 山田 増井

電 話 045-210-1111（内線 5081）

メールアドレス ken-shisetsu@pref.kanagawa.lg.jp