

# あま市障がい福祉計画及び障がい児福祉計画策定のための 事業所アンケート

## ～調査ご協力をお願い～

各事業所の皆さまには、日頃から市政にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

この調査シートは、「あま市障がい福祉計画及び障がい児福祉計画」の策定にあたって、各事業所の今後の障害福祉サービス・地域生活支援事業に関する事業計画をお尋ねし、あま市のサービス見込み量を算出するための基礎資料とさせていただきます。

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、ご協力をお願いいたします。

令和2年7月 あま市

調査内容で不明な点などがございましたら、下記にお問い合わせください。

ご記入いただいた調査票は、同封の返信用封筒に入れて、

**令和2年8月11日（火）**までにご返送ください。

【問い合わせ先】 あま市役所 福祉部 社会福祉課 障害福祉係

電 話 052-444-3135

F A X 052-443-3555

### ◎貴事業所について

|         |       |  |
|---------|-------|--|
| 法人名     |       |  |
| 事業所名    |       |  |
| 代表者名    |       |  |
| シート記入者名 |       |  |
| 連絡先     | 電話    |  |
|         | F A X |  |
|         | 電子メール |  |

問1 現在、貴事業所におけるサービス提供はどのような状況ですか。

(○印は1つだけ)

- |                              |
|------------------------------|
| 1 職員数が不足しており、サービス提供量に余裕がない   |
| 2 利用者数が少なく、サービス提供量に余裕がある     |
| 3 サービス需要量とサービス提供量のバランスが取れている |

問1-1 令和2年1月1日時点で、開設から1年以上を経過している事業所にお尋ねします。過去1年間（平成31年1月1日～令和元年12月31日）の職員の採用者数と離職者数について、正規・非正規の別、年齢別をご記入ください。（数値を記入）

| 年齢<br>(採用、離職当時) | 採用者数 |       | 離職者数 |       |
|-----------------|------|-------|------|-------|
|                 | 正規職員 | 非正規職員 | 正規職員 | 非正規職員 |
| 20歳未満           | 人    | 人     | 人    | 人     |
| 20～29歳          | 人    | 人     | 人    | 人     |
| 30～39歳          | 人    | 人     | 人    | 人     |
| 40～49歳          | 人    | 人     | 人    | 人     |
| 50～59歳          | 人    | 人     | 人    | 人     |
| 60～69歳          | 人    | 人     | 人    | 人     |
| 70～79歳          | 人    | 人     | 人    | 人     |
| 年齢不明            | 人    | 人     | 人    | 人     |

《問1-1で離職者数に記入のあった事業所に伺います。》

問1-2 離職の主な理由は何でしたか。（該当する番号にすべて○をつけてください。）

- |                                                                                                                                                  |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 1. 給料の問題<br>2. 労働条件（残業代・休日出勤の増加・休みが取れないなど）<br>3. 身体的に体調を崩した<br>4. 精神的に体調を崩した<br>5. 家族などの事情<br>6. 職場の人間関係<br>7. 他職種への転職<br>8. 定年退職<br>9. その他（具体的： | ) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

■ 問2 令和2年7月時点で実施しているサービスの現在の実施状況と今後の実施予定について、各項目で該当するものに○をつけてください。  
 （「現在」実施していない場合は「今後」についてもお答えください）

|          | 障害福祉サービス等           | 現在     |         |   | 今後   |          |     |
|----------|---------------------|--------|---------|---|------|----------|-----|
|          |                     | 実施している | 実施していない |   | 実施予定 | 実施の予定はない | 検討中 |
| 訪問サービス   | 1. 居宅介護（ホームヘルプ）     | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 2. 重度訪問介護           | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 3. 行動援護             | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 4. 同行援護             | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 5. 重度障害者等包括支援       | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
| 日中サービス   | 6. 生活介護             | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 7. 就労移行支援           | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 8. 就労継続支援 A 型       | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 9. 就労継続支援 B 型       | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 10. 就労定着支援          | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 11. 自立訓練（機能訓練）      | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 12. 自立訓練（生活訓練）      | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
| 夜間サービス   | 13. 自立生活援助          | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 14. 短期入所（ショートステイ）   | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 15. 施設入所支援          | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 16. 共同生活援助（グループホーム） | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 17. 療養介護            | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
| 児童サービス   | 18. 医療型児童入所支援       | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 19. 福祉型児童入所支援       | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 20. 児童発達支援          | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 21. 医療型児童発達支援       | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 22. 放課後等デイサービス      | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
| 相談支援     | 23. 居宅訪問型児童発達支援     | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 24. 保育所等訪問支援        | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 25. 障害児相談支援         | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 26. 計画相談支援          | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
| 地域生活支援事業 | 27. 地域移行支援          | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 28. 地域定着支援          | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 29. 地域活動支援センター      | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 30. 移動支援事業          | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 31. 日中一時支援事業        | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |
|          | 32. 訪問入浴サービス事業      | 1      | 2       | ⇒ | 1    | 2        | 3   |

**問3 貴施設・事業所の経営についてご記入ください。**

[illegible]

問4 貴施設・事業所では、今後サービス利用を希望する人数がどのように変化すると見込んでいますか。（○は1つだけ）

1. 増加すると見込んでいる
2. 横ばいであると見込んでいる
3. 減少すると見込んでいる
4. わからない

問5 貴事業所では、今後の事業展開についてどのようにお考えですか。(〇は1つだけ)

1. 事業を拡大する
2. 事業を維持する
3. 事業を縮小する
4. わからない

問6 多くの障害福祉サービスでは、あまり受入の増加が進んでいないのが現状です。それらの定員増員や新規参入が進まない理由は何ですか。（あてはまるものすべてに○）

1. 現状の規模を保つことができればよく、事業を拡大する意向がない
2. 現状で利用者が確保できていないので、定員増や新規参入は難しい
3. 事業の提供場所（土地や建物）の確保が困難である
4. 職員の確保が困難である
5. 報酬単価が低く、採算性に不安がある
6. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

問 7 円滑な事業運営のために、改善したい経営上の課題は何ですか。  
(あてはまるものすべてに○)

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| 1. 利用者の確保       | 9. 事業運営のための情報の入手 |
| 2. サービスの内容や質の向上 | 10. 市等関係機関との連携   |
| 3. 支援員の確保       | 11. 市民、近隣住民の理解   |
| 4. 事務職員の確保      | 12. 報酬単価の低さ      |
| 5. 労働条件の改善      | 13. 経営ノウハウの習得    |
| 6. 職員の資質向上      | 14. 特に経営上の課題はない  |
| 7. 施設・設備の改善     | 15. その他          |
| 8. 事務作業量増大への対応  | ( 具体的に： )        |

問 8 今後の事業運営にあたって行政等の関係機関のどのような支援が必要でしょうか。  
(あてはまるものすべてに○)

|                              |
|------------------------------|
| 1. 財政面での支援                   |
| 2. 職員の研修、職業訓練への支援            |
| 3. 行政との情報共有                  |
| 4. 事業運営に必要な情報提供              |
| 5. 障がい者福祉に対する市民理解を得るための周知、啓発 |
| 6. 特に支援を必要としていない             |
| 7. その他（具体的に： )               |

問 9 事業所の防災対策を実施していますか。(あてはまるものすべてに○)

|                                  |              |
|----------------------------------|--------------|
| 1. 防災対策を文書として定めている               | 5. 特に実施していない |
| 2. 利用者の安否確認の方法を決めている             | 6. その他       |
| 3. 災害用備品を備蓄している                  | ( 具体的に： )    |
| 4. 発災時に、利用者を安全に避難させる<br>対策を立てている |              |

問 10 災害発生時から業務復旧までの計画は整備されていますか。  
(あてはまるものすべてに○)

|                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 震災時の被害想定を把握している    | 5. 発災時の職員体制計画を整備している |
| 2. 風水害時の被害想定を把握している   | 6. 特に整備していない         |
| 3. 震災時の業務復旧計画を整備している  | 7. その他               |
| 4. 風水害時の業務復旧計画を整備している | ( 具体的に： )            |

問 11 第 6 期計画のサービス提供の供給側からサービス見込み量を検討するため、各事業者様の今後 3 年間の各年度の新たな受け入れ人数をお聞きします。

現在実施しているサービスの番号に○をつけ、今後新たに受け入れる予定の人数のみ記入してください。また、3 年間で新たに受け入れる予定の合計人数をご記入ください。

#### 記入例

- 居宅介護の利用者数の枠を令和 3 年度に新たに 8 人分増やす。3 年間で新たに受け入れる予定の合計人数は 8 人。
- 重度訪問介護の利用者の枠を令和 4 年度に新たに 2 人分、令和 5 年度に新たに 3 人分増やす。3 年間で新たに受け入れる予定の合計人数は 5 人。

| 障がい福祉サービス等 |                 | 単位  | 第 6 期計画期間 |         |         |                      |
|------------|-----------------|-----|-----------|---------|---------|----------------------|
|            |                 |     | 令和 3 年度   | 令和 4 年度 | 令和 5 年度 | 3 年間で新たに受け入れる予定の合計人数 |
|            | (記入例) ①. 居宅介護   | 人/月 | 8         |         |         | 8                    |
|            | (記入例) ②. 重度訪問介護 | 人/月 |           | 2       | 3       | 5                    |
| 訪問サービス     | 1. 居宅介護（ホームヘルプ） | 人/月 |           |         |         |                      |
|            | 2. 重度訪問介護       | 人/月 |           |         |         |                      |
|            | 3. 行動援護         | 人/月 |           |         |         |                      |
|            | 4. 同行援護         | 人/月 |           |         |         |                      |
|            | 5. 重度障害者等包括支援   | 人/月 |           |         |         |                      |
| 日中サービス     | 6. 生活介護         | 人/月 |           |         |         |                      |
|            | 7. 就労移行支援       | 人/月 |           |         |         |                      |
|            | 8. 就労継続支援 A 型   | 人/月 |           |         |         |                      |
|            | 9. 就労継続支援 B 型   | 人/月 |           |         |         |                      |
|            | 10. 就労定着支援      | 人/月 |           |         |         |                      |
|            | 11. 自立訓練（機能訓練）  | 人/月 |           |         |         |                      |
|            | 12. 自立訓練（生活訓練）  | 人/月 |           |         |         |                      |
|            | 13. 自立生活援助      | 人/月 |           |         |         |                      |

| 障がい福祉サービス等 |                     | 単位  | 第6期計画期間 |       |       |                     |
|------------|---------------------|-----|---------|-------|-------|---------------------|
|            |                     |     | 令和3年度   | 令和4年度 | 令和5年度 | 3年間で新たに受け入れる予定の合計人数 |
| 夜間サービス     | 14. 短期入所（ショートステイ）   | 人/月 |         |       |       |                     |
|            | 15. 施設入所支援          | 人/月 |         |       |       |                     |
|            | 16. 共同生活援助（グループホーム） | 人/月 |         |       |       |                     |
|            | 17. 療養介護            | 人/月 |         |       |       |                     |
|            | 18. 医療型障害児入所施設      | 人/月 |         |       |       |                     |
|            | 19. 福祉型障害児入所施設      | 人/月 |         |       |       |                     |
| 児童サービス     | 20. 児童発達支援          | 人/月 |         |       |       |                     |
|            | 21. 医療型児童発達支援       | 人/月 |         |       |       |                     |
|            | 22. 放課後等デイサービス      | 人/月 |         |       |       |                     |
|            | 23. 居宅訪問型児童発達支援     | 人/月 |         |       |       |                     |
|            | 24. 保育所等訪問支援        | 人/月 |         |       |       |                     |
| 相談支援       | 25. 障害児相談支援         | 人/月 |         |       |       |                     |
|            | 26. 計画相談支援          | 人/月 |         |       |       |                     |
|            | 27. 地域移行支援          | 人/月 |         |       |       |                     |
|            | 28. 地域定着支援          | 人/月 |         |       |       |                     |
| 地域生活支援事業   | 29. 地域活動支援センター      | 人/月 |         |       |       |                     |
|            | 30. 移動支援事業          | 人/月 |         |       |       |                     |
|            | 31. 日中一時支援事業        | 人/月 |         |       |       |                     |
|            | 32. 訪問入浴サービス事業      | 人/月 |         |       |       |                     |

問 12 新型コロナウイルス感染症に関して、お困りのことや工夫されていること、その他ご意見等があればご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

問 13 入所施設のみにお聞きします。

(1) 貴事業所に今の施設で生活されているあま市の方の3年後希望する生活について、人数をご記入ください。

| 入所者<br>(あま市)<br>合計 | 3年後希望する生活の場 |           |             |             |             |    |    |
|--------------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|----|----|
|                    | 家族と<br>自宅生活 | 一人<br>暮らし | グループ<br>ホーム | 他の施設に<br>入所 | 今の施設に<br>入所 | 病院 | 不明 |
|                    |             |           |             |             |             |    |    |

(2) 貴事業所に今の施設で生活されているあま市の方のうち、地域生活への移行が見込める方の人数をご記入ください。(現時点の予測でもかまいません)

| 合計 | 地域生活への移行が見込める人数 |       |         |
|----|-----------------|-------|---------|
|    | 家族と自宅生活         | 一人暮らし | グループホーム |
|    |                 |       |         |

(3) 貴事業所において、入所者の地域生活への移行を進めていく上で、障壁となっていること、また課題となっていることについてご意見をお聞かせください。

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

ご意見等ございましたらご自由にお書きください

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

以上ですべて終わりです。ご協力ありがとうございました。

同封の返信用封筒にこの調査票を入れて、郵便ポストに投函してください。