

長久手市障がい者施策に関する

障害福祉サービス等事業所アンケート調査について(案)

日頃から、長久手市の障がい福祉行政の推進に対し御理解と御協力をいただき、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。計画を策定するにあたっては、できるだけ多くの皆さまの御意見を伺うことが大切であると考え、市内にお住まいの障がいに関する手帳をお持ちの方などを対象に、アンケート調査を実施しているところです。

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、市内の障害福祉サービス等事業所の皆様から御意見を伺い、現状の把握及びニーズ分析をしたいと思いをします。

つきましては、お忙しいところ大変恐縮ですが、令和2年〇月〇日(〇)までにアンケートのご回答をお願いします。

令和 年 月

長久手市長 吉田一平

※ なお、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 年 月1日現在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、同封の返信用封筒にて投函または、メールにて、令和 年 月 日(曜日)までに回答してください。

問1 基礎情報について

事業所の概要を記入してください。

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)

☐ ①社会福祉法人	☐ ②営利法人(株式会社、有限会社など)
☐ ③NPO法人	☐ 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、〇年〇月～〇年〇月の期間内の人数を記入してください。

		1. 現状維持 2. 拡大 3. 縮小 4. 新規参入 5. 廃止				
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		
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	
入所系 3	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)

☐ ①身体障がい	☐ ②知的障がい	☐ ③精神障がい
☐ ④発達障がい	☐ 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 人)	職種	人数(うち正職数 人)
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 通算経験年齢別の職員数を記入してください。

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)

☐ ①大変不足している	☐ ②不足している	☐ ③やや不足している
☐ ④適当である	☐ 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)

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

☐ ①黒字である	☐ ②おおむね均衡している	☐ 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)

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

☐ ある	☐ 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）

☐ 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
☐ 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
☐ ③利用者からサービスの質に関する評価を受けている
☐ 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
☐ ⑤事業所内で職員を対象に研修を実施している
☐ ⑥その他（ ）

問１４ 参加を希望する研修の種別があれば教えてください（自由記述）

研修名	
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）

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

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 17 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。

サービスの種類	受け入れの有無	現在の 受け入れ人数	令和2年度以降 受け入れ予定人数
重症心身障がい児・者	ある・ない	人	人
医療的ケア児・者	ある・ない	人	人

※問 17 で「受け入れ」が「ない」と回答した場合にお答えください。

問 18 その理由を教えてください。(☑はいくつでも)

☐ 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
☐ ② 事故等が発生しないか心配なため
☐ ③ 利用者が急変した場合に、受け入れてる医療機関が少なく不安なため
☐ 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
☐ ⑤ 報酬単価が低いため
☐ ⑥ 資格を持つ者を雇用したいが、求職者がいないため
☐ 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
☐ ⑧ 保護者が求めるレベルのサービス提供が困難。また苦情対応に困っているため
☐ ⑨ その他 ()

問 19 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)

☐ 検討中	☐ ある	☐ 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 20 その理由を教えてください。(☑はいくつでも)

☐ 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
☐ ②研修に参加する時間の調整が難しいため
☐ ③実地研修に参加する時間・研修先の調整が難しいため
☐ ④現時点で利用希望者がいないため
☐ ⑤その他 ()

問 2 1 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？（☑はいいくつでも）

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

問 2 2 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。

☐ 作成している	☐ 作成していない
---------------------------------	----------------------------------

問 2 3 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。

☐ ある	☐ ない
-----------------------------	-----------------------------

※問 23 で、「ある」と回答した場合にお答えください。

問 2 4 その際、どのような対応をしたか教えてください。（☑はいいくつでも）

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

問 2 5 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。（☑はいいくつでも）

☐ ①「虐待やその疑い」として、判断するための基準が難しい。
☐ 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。
☐ 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
☐ ④行政に相談・通報後、具体的な対応に時間がかかる
☐ 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
☐ ⑥その他（ ）

問 2 6 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？

☐ ある	☐ ない
-----------------------------	-----------------------------

※問 26 で「ある」と回答した場合にお答えください。

問 2 7 それは、どんな内容でしたか？（☑はいくつでも）

☐ ①送迎にて目的地外への送迎	☐ ②営業日や時間外での依頼・延長
☐ ③家事援助で本人以外の支援	☐ ④医療行為の対応
☐ ⑤配食サービスの希望	☐ ⑥支援以外での相談
☐ ⑦宿泊を伴う見守り	☐ ⑧金銭の管理・貸与の依頼
☐ 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 2 8 その対応をどうしましたか？（☑はいくつでも）

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

問 2 9 周辺の地域住民と連携や交流はありますか？

☐ ある	☐ ない
-----------------------------	-----------------------------

※問 29 で「ある」と回答した場合にお答えください。

問 3 0 それは、どのようなことですか？（☑はいくつでも）

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

問 3 1 ボランティアの受入は行っていますか？

☐ はい	☐ いいえ
-----------------------------	------------------------------

問 3 2 ボランティアの受け入れる際に、課題や困りごとはありますか？（自由記述）

--

問３３ 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	☐ 実施する ・ ☐ 実施しない
②（帰宅後）安否確認	☐ 実施する ・ ☐ 実施しない
③緊急連絡網の整備	☐ 整備している ・ 整備していない
④緊急時のマニュアルの整備	☐ 整備している ・ 整備していない
⑤食料・物資の備蓄	確保しているもの（ ☐ 食料・ ☐ 飲料・ ☐ 資材）
⑥非常電源の有無	☐ ある ・ ☐ ない
⑦避難所先の想定	☐ 自事業所 ・ ☐ 避難所 ☐ その他（ ）
⑧担当者の選定	☐ 定めている ・ ☐ 定めていない

問３４ 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	☐ できる	☐ できない
②備蓄の保管場所の有無	☐ ある	☐ ない
その理由		

問３５ 農福連携に関し、教えてください。（令和２年〇月〇日時点）

①事業所で農作業を行っていますか	☐ はい ・ ☐ いいえ
※①が「はい」の場合：実人数を教えてください	人
②農従事者に指導を受けていますか	☐ はい ・ ☐ 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。	☐ 草刈り、 ☐ 収穫、 ☐ 定植、 ☐ 出荷作業 ☐ 力作業、 ☐ 清掃、 ☐ 技術を要する作業 ☐ その他（ ）
⑤農地等の施設外就労先を探していますか	☐ はい ・ ☐ いいえ
⑥農地のマッチングを希望していますか	☐ はい ・ ☐ いいえ
⑦今後の農従事の意向を教えてください	☐ 現状維持 ☐ 拡大 ☐ 縮小 ☐ 参入

問３６ 利用者の中で金銭管理の支援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）

☐ ①施設、事業所の職員が対応する	☐ ②行政の担当課に相談する
☐ ③基幹相談支援センターに相談する	☐ ④権利擁護支援センターに相談する
☐ ⑤専門機関（法テラス等）に相談する	☐ ⑥日常生活自立支援事業につなぐ
☐ ⑦担当の相談支援事業所につなぐ	☐ ⑧その他（ ）

問３７ 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）

☐ ① 施設・事業所で、制度の利用を勧め、手続を支援している
☐ ② 専門職（弁護士や司法書士など）につないでいる
☐ ③ 他機関基幹相談支援センターにつないでいる
☐ 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
☐ ⑤ 対応していない
☐ ⑥その他（ ）

問３８ 事業所等で、金銭管理や契約行為が難しそうな人の支援をする際に、何らかの課題がありますか（☑はいくつでも）

☐ ①制度の利用を勧めたが、本人や家族・親族の理解が得られない
☐ ②適当な申立て人がみつからない
☐ ③適当な後見人の候補者がみつからない
☐ ④申立て費用や後見報酬など金銭的な課題がある
☐ ⑤市長申立てにつなげたいが、つなげ方がわからない。
☐ ⑥職員に、制度に関する知識・情報がなく、適切な相談支援ができない
☐ ⑦その他（ ）

問３９ 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。

--