

福祉に関するアンケート調査へのご協力をお願い

日頃より青森市の福祉行政にご理解・ご協力をいただき、ありがとうございます。

青森市では現在、令和6年度を計画の始期とする「青森市障がい福祉計画第7期計画」・「青森市障がい児福祉計画第3期計画」及び「(仮称)青森市障がい者総合プラン」の策定作業を進めています。

そのため、障がいのあるかたの福祉サービスの利用実態や、福祉に関する意識や意向などを把握し、計画策定や施策推進に役立てるためのアンケート調査を実施することになりました。

ご回答いただいた内容は、統計的な処理を行い、計画策定及び施策推進のための基礎資料としてのみ使用し、その他の目的で使われることは一切ありません。調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

令和5年〇月 青森市

- ・このアンケートにおける「事業所」とは、障害者支援施設を含みますので、ご注意ください。
- ・事業所ごとに調査票を一つ作成してください。
- ・令和5年〇月1日現在の状況をお答えください。
- ・できるだけ質問内容ごとに担当者（熟知されている方）がお答えいただくようお願いいたします。
- ・〇月〇日までに、メールでご回答ください。
- ・回答の際、ファイル名に事業所名を必ず記入してください。
(例) 調査票(事業所名).xls
- ・このアンケート調査へのご質問などは、お気軽に下記までお問い合わせください。

【問い合わせ先】

| | | | |
|--------|-------------------------------------|---------|----------|
| 青森市 | 福祉部 | 障がい者支援課 | 障がい福祉チーム |
| 住所 | 青森市新町1丁目3-7 | | |
| 電話 | 017-734-5327 | | |
| FAX | 017-734-5329 | | |
| E-Mail | shougai-shien@city.aomori.aomori.jp | | |

すべての事業所のかたにおたずねします。

問1 基本情報について

- (1) 貴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 | |
| E-Mail | |
| 記入者職・氏名 | 職名 |
| | 氏名 |

- (2) 貴事業所が提供しているサービスの主な対象者はどれですか。「対象者」欄に○を記入してください。(当てはまるもの全てに○)

| 障がいの種類 | 対象者 |
|----------|-----|
| 1 身体障がい者 | |
| 2 知的障がい者 | |
| 3 精神障がい者 | |
| 4 障がい児 | |
| 5 その他 | |

問2 運営状況について

- (1) 貴事業所の年間収支状況は次のうちどれですか。「回答」欄に○を記入してください。(1つに○)

| 年間収支状況 | 回答 |
|-------------|----|
| 1 黒字である | |
| 2 おおむね均衡である | |
| 3 赤字である | |

- (2) 貴事業所の業務量に対する職員の過不足は次のうちどれですか。「回答」欄に○を記入してください。(1つに○)

| 職員の過不足 | 回答 |
|------------|----|
| 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 | |

事業所用アンケート調査票

- (3) 貴事業所で職員定着のために行っている又は今後行いたい取組は何ですか。「回答」欄に○を記入してください。（当てはまるもの全てに○）

| 取組内容 | 回答 |
|-------------------------|----|
| 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 外部の研修への休暇取得の支援 | |
| 5 勤務条件（夜勤回数、勤務時間帯など）の改善 | |
| 6 給与面での改善 | |
| 7 キャリアアップのための人事制度の導入 | |
| 8 福利厚生面（育休、介護休暇など）での改善 | |
| 9 事業所内での研修機会の確保 | |
| 10 ICTや介助ロボット等の導入 | |
| 11 特に取組はしていない | |
| 12 その他 | |

※「12 その他」を選択した場合、その具体的な取組内容をお答えください。

- (4) 貴事業所で円滑な事業運営のために改善したい課題は何ですか。「回答」欄に○を記入してください。（当てはまるもの全てに○）

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

※「15 その他」を選択した場合、その具体的な課題をお答えください。

事業所用アンケート調査票

- (5) 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。
「回答」欄に○を記入してください。（当てはまるもの全てに○）

| 支援内容 | 回答 |
|-----------------------------|----|
| 1 財政面での支援 | |
| 2 職員の研修、職業訓練等への支援 | |
| 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 | |

※「7 その他」を選択した場合、その具体的な支援をお答えください。

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

事業所用アンケート調査票

問3 利用者数及び今後の動向等について

- (1) 貴事業所が提供しているサービスについて、定員及び利用者数（契約者数）を記入してください。また、利用者数のうち、青森市の支給決定者についても記入してください。

| サービスの種類 | 定員 | 利用者数 (契約者数) | |
|----------------|----|----------------|--|
| | | うち青森市分 | |
| 1 居宅介護 | — | | |
| 2 重度訪問介護 | — | | |
| 3 同行援護 | — | | |
| 4 行動援護 | — | | |
| 5 重度障害者等包括支援 | — | | |
| 6 生活介護 | | | |
| 7 自立訓練（機能訓練） | | | |
| 8 自立訓練（生活訓練） | | | |
| 9 宿泊型自立訓練 | | | |
| 10 就労移行支援 | | | |
| 11 就労継続支援A型 | | | |
| 12 就労継続支援B型 | | | |
| 13 就労定着支援 | — | | |
| 14 療養介護 | | | |
| 15 短期入所 | | | |
| 16 共同生活援助 | | | |
| 17 施設入所支援 | | | |
| 18 計画相談支援 | — | | |
| 19 地域移行支援 | — | | |
| 20 地域定着支援 | — | | |
| 21 児童発達支援 | | | |
| 22 医療型児童発達支援 | | | |
| 23 放課後等デイサービス | | | |
| 24 保育所等訪問支援 | — | | |
| 25 居宅訪問型児童発達支援 | — | | |
| 26 障害児相談支援 | — | | |
| 27 外出介護サービス | | | |
| 28 日中一時支援事業 | | | |

事業所用アンケート調査票

- (2) 現在提供しているサービスについて、利用状況及びその対応策、また、その対応策の実施予定時期について記入してください。（選択肢から1つだけ選んで番号を記入してください）

| サービスの種類 | 利用状況 | 対応策 | 対応策の実施 予定時期 |
|----------------|--|--|----------------|
| | 1. 増えている 2. 変わらない 3. 減っている 4. わからない | 1. 定員増 2. 多機能化 3. 新規開設 4. 現状維持 5. 定員減 6. 廃止 7. その他 | |
| 1 居宅介護 | | | 令和 年 月 頃 |
| 2 重度訪問介護 | | | 令和 年 月 頃 |
| 3 同行援護 | | | 令和 年 月 頃 |
| 4 行動援護 | | | 令和 年 月 頃 |
| 5 重度障害者等包括支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 6 生活介護 | | | 令和 年 月 頃 |
| 7 自立訓練（機能訓練） | | | 令和 年 月 頃 |
| 8 自立訓練（生活訓練） | | | 令和 年 月 頃 |
| 9 宿泊型自立訓練 | | | 令和 年 月 頃 |
| 10 就労移行支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 11 就労継続支援A型 | | | 令和 年 月 頃 |
| 12 就労継続支援B型 | | | 令和 年 月 頃 |
| 13 就労定着支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 14 療養介護 | | | 令和 年 月 頃 |
| 15 短期入所 | | | 令和 年 月 頃 |
| 16 共同生活援助 | | | 令和 年 月 頃 |
| 17 施設入所支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 18 計画相談支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 19 地域移行支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 20 地域定着支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 21 児童発達支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 22 医療型児童発達支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 23 放課後等デイサービス | | | 令和 年 月 頃 |
| 24 保育所等訪問支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 25 居宅訪問型児童発達支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 26 障害児相談支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 27 外出介護サービス | | | 令和 年 月 頃 |
| 28 日中一時支援事業 | | | 令和 年 月 頃 |

※対応策「2. 多機能化」は、新たに加える予定の「サービスの種類」の「対応策」欄に記入してください。

※対応策「7. その他」を選択した場合、その具体的内容をお答えください。

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

事業所用アンケート調査票

(3) 今後提供を検討している全てのサービスについて記入してください。

| サービスの種類 | 検討中サービス | 現在実施 できていない理由 | 開設予定時期 |
|----------------|---------------|--|----------|
| | 全てに○をつけてください。 | 1. 着手中 2. 人員不足 3. 資金不足 4. その他 | |
| 1 居宅介護 | | | 令和 年 月 頃 |
| 2 重度訪問介護 | | | 令和 年 月 頃 |
| 3 同行援護 | | | 令和 年 月 頃 |
| 4 行動援護 | | | 令和 年 月 頃 |
| 5 重度障害者等包括支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 6 生活介護 | | | 令和 年 月 頃 |
| 7 自立訓練（機能訓練） | | | 令和 年 月 頃 |
| 8 自立訓練（生活訓練） | | | 令和 年 月 頃 |
| 9 宿泊型自立訓練 | | | 令和 年 月 頃 |
| 10 就労移行支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 11 就労継続支援A型 | | | 令和 年 月 頃 |
| 12 就労継続支援B型 | | | 令和 年 月 頃 |
| 13 就労定着支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 14 療養介護 | | | 令和 年 月 頃 |
| 15 短期入所 | | | 令和 年 月 頃 |
| 16 共同生活援助 | | | 令和 年 月 頃 |
| 17 施設入所支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 18 計画相談支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 19 地域移行支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 20 地域定着支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 21 児童発達支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 22 医療型児童発達支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 23 放課後等デイサービス | | | 令和 年 月 頃 |
| 24 保育所等訪問支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 25 居宅訪問型児童発達支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 26 障害児相談支援 | | | 令和 年 月 頃 |
| 27 外出介護サービス | | | 令和 年 月 頃 |
| 28 日中一時支援事業 | | | 令和 年 月 頃 |

※現在実施できていない理由「4. その他」を選択した場合、その具体的内容をお答えください。

障害者支援施設のかたにおたずねします。

問4 地域生活への移行について

- (1) 青森市の支給決定者のうち、退所されたかたの人数について、年度ごとに記入してください。（死亡を除く）

| 移行先 | 令和2年度 | 令和3年度 | 令和4年度 |
|-------------|-------|-------|-------|
| 1 自宅 | | | |
| 2 グループホームなど | | | |
| 3 アパートなど | | | |
| 4 その他 | | | |

※「4 その他」を選択した場合は、その移行先を記入してください。

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

- (2) 青森市の支給決定者のうち、今後、退所が見込まれるかたの人数を記入してください。（死亡を除く）

| 移行先 | 令和5年度 | 令和6～8年度 (年度平均) |
|-------------|-------|-------------------|
| 1 自宅 | | |
| 2 グループホームなど | | |
| 3 アパートなど | | |
| 4 その他 | | |

※「4 その他」を選択した場合は、その移行先をお答えください。

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

事業所用アンケート調査票

- (3) 地域移行に向けて、利用者の意識を高めるための動機付けについて取り組んでいることがありますか。「回答」欄に○を記入してください。（当てはまるもの全てに○）

| 取組内容 | 回答 |
|------------------|----|
| 1 個別相談を行っている | |
| 2 定期的な外出を行っている | |
| 3 特に取り組んでいることはない | |
| 4 その他 | |

※「4 その他」を選択した場合、その具体的な内容をお答えください。

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

- (4) 地域移行への取り組みを進める際、貴事業所では、利用者の家族の理解を得るために、家族に対してどのような働きかけを行っていますか。「回答」欄に○を記入してください。（当てはまるもの全てに○）

| 取組内容 | 回答 |
|-------------------------------------|----|
| 1 家族の会、保護者の会等を開催している | |
| 2 地域移行に関する情報提供をしている | |
| 3 施設を退所した利用者家族に、体験談を保護者会等で話してもらっている | |
| 4 特に家族への働きかけを行っていない | |
| 5 その他 | |

※「5 その他」を選択した場合、その具体的な内容をお答えください。

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

- (5) 地域移行に向けて、必要な条件は何だと思いますか。「回答」欄に○を記入してください。（当てはまるもの全てに○）

| 必要条件 | 回答 |
|--------------------------------|----|
| 1 グループホームや社会復帰施設等、地域で生活できる場の整備 | |
| 2 日中活動の場の整備 | |
| 3 地域生活の訓練ができる場の整備（外泊ができる場の提供） | |
| 4 金銭管理の支援 | |
| 5 相談できる体制の整備（夜間及び緊急を含む） | |
| 6 相談できる体制の整備（夜間及び緊急を除く） | |
| 7 地域の理解を進めるための啓発活動 | |
| 8 その他 | |

※「8 その他」を選択した場合、その具体的な内容をお答えください。

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

就労移行、就労継続（A、B）、生活介護及び自立訓練（機能訓練、生活訓練）の事業所のかたにおたずねします。

問5 貴事業所からの一般就労への移行について

- (1) 青森市の支給決定者のうち、一般就労されたかたの人数について、年度ごとに記入してください。

| サービスの種類 | 令和2年度 | 令和3年度 | 令和4年度 |
|--------------|-------|-------|-------|
| 1 就労移行支援 | | | |
| 2 就労継続支援A型 | | | |
| 3 就労継続支援B型 | | | |
| 4 生活介護 | | | |
| 5 自立訓練（機能訓練） | | | |
| 6 自立訓練（生活訓練） | | | |

- (2) 青森市の支給決定者のうち、今後、一般就労が見込まれるかたの人数について記入してください。

| サービスの種類 | 令和5年度 | 令和6～8年度 （年度平均） |
|--------------|-------|-------------------|
| 1 就労移行支援 | | |
| 2 就労継続支援A型 | | |
| 3 就労継続支援B型 | | |
| 4 生活介護 | | |
| 5 自立訓練（機能訓練） | | |
| 6 自立訓練（生活訓練） | | |

事業所用アンケート調査票

- (3) 一般就労に向けて、利用者の意識を高めるための動機付けについて取り組んでいることがありますか。「回答」欄に○を記入してください。（当てはまるもの全てに○）

| 取組内容 | 回答 |
|---------------------------|----|
| 1 個別相談を行っている | |
| 2 ジョブコーチの制度等を利用し、実習を行っている | |
| 3 就労先への職場訪問を行っている | |
| 4 職場実習を行っている | |
| 5 実際に就職したかたへのフォローアップをしている | |
| 6 特に取り組んでいることはない | |
| 7 その他 | |

※「7 その他」を選択した場合、その具体的な内容をお答えください。

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

- (4) 一般就労への取り組みを進める際、貴事業所では、利用者の家族の理解を得るために、家族に対してどのような働きかけを行っていますか。「回答」欄に○を記入してください。（当てはまるもの全てに○）

| 取組内容 | 回答 |
|------------------------------------|----|
| 1 家族の会、保護者の会等を開催している | |
| 2 一般就労に関する情報提供をしている | |
| 3 一般就労した利用者家族に、体験談を保護者会等で話してもらっている | |
| 4 特に家族への働きかけを行っていない | |
| 5 その他 | |

※「5 その他」を選択した場合、その具体的な内容をお答えください。

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

障害児通所支援及び障害児相談支援事業所のかたにおたずねします。

問6 貴事業所の重症心身障がい児（重度の肢体不自由と重度の知的障がい重複した障がい児）の受入れについて

- (1) 青森市の支給決定者のうち、重症心身障がい児の受入れ人数について、年度ごとに記入してください。

| サービスの種類 | 令和2年度 | 令和3年度 | 令和4年度 |
|--------------|-------|-------|-------|
| 1 児童発達支援 | | | |
| 2 放課後等デイサービス | | | |
| 3 保育所等訪問支援 | | | |
| 4 医療型児童発達支援 | | | |
| 5 障害児相談支援 | | | |

事業所用アンケート調査票

- (2) 青森市の支給決定者のうち、今後、重症心身障がい児の受入れが見込まれる人数について記入してください。

| サービスの種類 | 令和5年度 | 令和6～8年度 (年度平均) |
|--------------|-------|-------------------|
| 1 児童発達支援 | | |
| 2 放課後等デイサービス | | |
| 3 保育所等訪問支援 | | |
| 4 医療型児童発達支援 | | |
| 5 障害児相談支援 | | |

問7 貴事業所の医療的ケア（痰吸引や経管栄養など）児の受入れについて

- (1) 青森市の支給決定者のうち、医療的ケア児の受入れ人数について、年度ごとに記入してください。

| サービスの種類 | 令和2年度 | 令和3年度 | 令和4年度 |
|--------------|-------|-------|-------|
| 1 児童発達支援 | | | |
| 2 放課後等デイサービス | | | |
| 3 保育所等訪問支援 | | | |
| 4 医療型児童発達支援 | | | |
| 5 障害児相談支援 | | | |

- (2) 青森市の支給決定者のうち、今後、医療的ケア児の受入れが見込まれる人数について記入してください。

| サービスの種類 | 令和5年度 | 令和6～8年度 (年度平均) |
|--------------|-------|-------------------|
| 1 児童発達支援 | | |
| 2 放課後等デイサービス | | |
| 3 保育所等訪問支援 | | |
| 4 医療型児童発達支援 | | |
| 5 障害児相談支援 | | |

事業所用アンケート調査票

- (3) 医療的ケア児を受け入れるための課題は何ですか。「回答」欄に○を記入してください。（当てはまるもの全てに○）

| 課題 | 回答 |
|----------------------|----|
| 1 看護師など人員体制の確保 | |
| 2 医療機関との連携の確保 | |
| 3 設備が不足している | |
| 4 ノウハウがない | |
| 5 研修機会の充実整備 | |
| 6 事故発生時の賠償保険等の充実整備 | |
| 7 福祉制度の課題（報酬単価が低いなど） | |
| 8 その他 | |

※「8 その他」を選択した場合、その具体的な課題をお答えください。

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

その他

- 問8 障害福祉サービスや行政の取組などについて、何かご意見等がありましたら、自由にご記入ください。

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

※お答えいただいた意見等に個別にお答えするものではありませんので、ご了承ください。

ご協力ありがとうございました。