

## 第6期佐渡市障がい福祉計画・第2期佐渡市障がい児福祉計画 策定に関する事業所アンケート調査

日ごろから市福祉行政に、格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼を申し上げます。  
さて、市ではこのたび、「第6期佐渡市障がい福祉計画」「第2期佐渡市障がい児福祉計画」の策定を行います。つきましては、各関係法人・団体の皆様に、障がい福祉に関する意見や今後の事業の方向性、ご意見等をお聞かせいただき、今後の取組に反映していきたいと考えております。

ご回答内容によって貴事業所様の事業を拘束することは全くございませんので、現時点でのお考えをお聞かせください。

ご記入いただいた調査票は、**7月31日（金）まで**に以下のアドレスまでお送りください。

ご多忙の折、恐縮には存じますが、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和2年7月

佐渡市役所 社会福祉課 障がい福祉係

～ ご記入にあたって ～

- それぞれの該当する項目をご記入ください。
- 質問に対するご意見がない場合は、その欄は空白のままにさせていただくか、「なし」とご記入ください。
- 返信先のメールアドレスは、こちらです。

**返信先のアドレス : [s-soudansien@city.sado.niigata.jp](mailto:s-soudansien@city.sado.niigata.jp)**

- 回答の内容については、個別ヒアリングも考えていますのでご協力のほどよろしく願います。

**【調査に関するお問合せ先】**

佐渡市役所 社会福祉課 障がい福祉係 担当：堀  
〒952-1292 佐渡市千種 232 番地  
電話 0259-63-5113 内線 285  
FAX 0259-63-5121

# 1. 貴事業所について

法人（団体）の名称			
事業所名			
電話番号		調査記入者	

【問1】貴事業所が実施している事業の提供状況と、今後の計画について教えてください。

事業名	現在の提供状況		今後の増員・新規参入意向 ※予定がない場合は記入不要です。			
	定員数	利用者数	増員後の定員	予定時期（年度）		
（記入例）6. 生活介護	16人	16人	30人	R3	R4～5	R6以降
介護給付	1. 居宅介護			R3	R4～5	R6以降
	2. 重度訪問介護			R3	R4～5	R6以降
	3. 行動援護			R3	R4～5	R6以降
	4. 同行援護			R3	R4～5	R6以降
	5. 重度障害者等包括支援			R3	R4～5	R6以降
	6. 生活介護			R3	R4～5	R6以降
	7. 短期入所（ショートステイ）			R3	R4～5	R6以降
	8. 療養介護			R3	R4～5	R6以降
	9. 共同生活介護			R3	R4～5	R6以降
	10. 施設入所支援			R3	R4～5	R6以降
訓練等給付	11. 就労移行支援			R3	R4～5	R6以降
	12. 就労継続支援A型			R3	R4～5	R6以降
	13. 就労継続支援B型			R3	R4～5	R6以降
	14. 自立訓練（機能訓練）			R3	R4～5	R6以降
	15. 自立訓練（生活訓練）			R3	R4～5	R6以降
	16. 共同生活援助（グループホーム）			R3	R4～5	R6以降
相談支援	17. 障害児相談支援			R3	R4～5	R6以降
	18. 計画相談支援			R3	R4～5	R6以降
	19. 地域移行支援			R3	R4～5	R6以降
	20. 地域定着支援			R3	R4～5	R6以降

※ 「現在の提供状況」は令和2年6月を基準としてください。ただし、6月の状況が不明な場合は、把握されている最新情報をご記入ください。

事業名		現在の提供状況		今後の増員・新規参入意向 ※予定がない場合は記入不要です。		
		定員数	利用者数	増員後の定員	予定時期（年度）	
障害児通所支援	21. 児童発達支援				R3 R4～5 R6以降	
	22. 医療型児童発達支援				R3 R4～5 R6以降	
	23. 放課後等デイサービス				R3 R4～5 R6以降	
	24. 保育所等訪問支援				R3 R4～5 R6以降	
入所支援 障害児	25. 福祉型障害児入所施設				R3 R4～5 R6以降	
	26. 医療型障害児入所施設				R3 R4～5 R6以降	
地域生活支援事業	27. 移動支援事業				R3 R4～5 R6以降	
	28. 地域活動支援センター				R3 R4～5 R6以降	
	29. 日中一時支援事業				R3 R4～5 R6以降	
	30. 訪問入浴				R3 R4～5 R6以降	

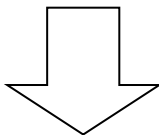
※ 「現在の提供状況」は令和2年6月を基準としてください。ただし、6月の状況が不明な場合は、把握されている最新情報をご記入ください。

【問2】貴事業所では、利用者からの依頼に対して、受け入れ（事業提供）できなかったことがありますか。どちらかに○をつけてください。

1 ある → 【問3へ】	2 ない → 【問4へ】
--------------	--------------

【問3】受け入れ（事業提供）できなかった事業は何ですか。【Ⅰ. 事業の種別】の番号を選んでください。また、その理由を【Ⅱ. 受け入れできなかった理由】の選択肢から選びご記入ください。

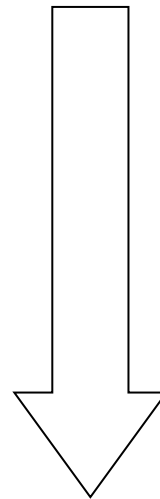
Ⅰ. 事業の種別	
1. 居宅介護	16. 共同生活援助（グループホーム）
2. 重度訪問介護	17. 障害児相談支援
3. 行動援護	18. 計画相談支援
4. 同行援護	19. 地域移行支援
5. 重度障害者等包括支援	20. 地域定着支援
6. 生活介護	21. 児童発達支援
7. 短期入所（ショートステイ）	22. 医療型児童発達支援
8. 療養介護	23. 放課後等デイサービス
9. 共同生活介護	24. 保育所等訪問支援
10. 施設入所支援	25. 福祉型障害児入所施設
11. 就労移行支援	26. 医療型障害児入所施設
12. 就労継続支援 A 型	27. 移動支援事業
13. 就労継続支援 B 型	28. 地域活動支援センター
14. 自立訓練（機能訓練）	29. 日中一時支援事業
15. 自立訓練（生活訓練）	30. 訪問入浴



Ⅰ. 事業の種別
それぞれ番号 1つを選択
(記入例) 1

→  
→  
→  
→  
→  
→

Ⅱ. 受け入れできなかった理由	
①	希望される時間帯に利用が集中し、依頼時には定員に達していた。
②	希望される時間帯に、事業所として事業提供していなかった（夜間、休祝日など）
③	事業所では対応できない困難ケースだった（障害種別、障害程度など）
④	新規契約者を受け入れる余裕がなかった（職員体制など）
⑤	その他 →（回答欄にその他の理由をご記入ください）



Ⅱ. 受け入れできなかった理由	
それぞれ選択 (複数回答可)	⑤を選んだ方は理由をご記入ください
(記入例) ①、④	

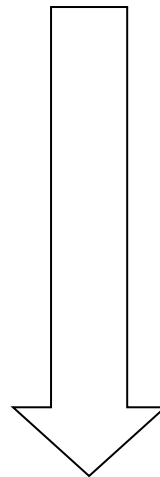
【問4】利用者から望む声が多いが、不足していると感じられる事業はありますか。

【Ⅰ. 事業の種別】の番号を選んでください。また、それらの事業について、定員増員や新規参入が進まない理由は何だと思われますか。【Ⅱ. 定員増員や新規参入が進まない理由】の選択肢から選びご記入ください。

※貴事業所で提供されていない事業についての回答でも構いません。

Ⅰ. 事業の種別	
1. 居宅介護	16. 共同生活援助（グループホーム）
2. 重度訪問介護	17. 障害児相談支援
3. 行動援護	18. 計画相談支援
4. 同行援護	19. 地域移行支援
5. 重度障害者等包括支援	20. 地域定着支援
6. 生活介護	21. 児童発達支援
7. 短期入所（ショートステイ）	22. 医療型児童発達支援
8. 療養介護	23. 放課後等デイサービス
9. 共同生活介護	24. 保育所等訪問支援
10. 施設入所支援	25. 福祉型障害児入所施設
11. 就労移行支援	26. 医療型障害児入所施設
12. 就労継続支援 A 型	27. 移動支援事業
13. 就労継続支援 B 型	28. 地域活動支援センター
14. 自立訓練（機能訓練）	29. 日中一時支援事業
15. 自立訓練（生活訓練）	30. 訪問入浴

Ⅱ. 定員増員や新規参入が進まない理由	
①	利用需要の見込みが立てづらい。
②	利用者の継続的な確保が困難
③	事業の提供場所（土地や建物）の確保が困難
④	職員の確保が困難
⑤	報酬単価が低く採算性に不安がある
⑥	わからない
⑦	その他 →（回答欄にその他の理由をご記入ください）



Ⅰ. 事業の種別	
それぞれ番号 1つを選択	
(記入例)	1 1

→  
→  
→  
→  
→

Ⅱ. 定員増員や新規参入が進まない理由	
それぞれ選択 (複数回答可)	⑦を選んだ方は理由をご記入ください
(記入例) ②、③	

【問5】障がい福祉サービスにおける現状や問題点、課題等及びその解決のためにはどのように取り組めばよいと思いますか。アイデアなどをお聞かせください。貴事業所として取り組めることについてもご記入ください。

■記入欄

～ 質問は以上で終わりです。ご協力いただき、誠にありがとうございました ～