|  |
| --- |
| **関市障がい者計画・障がい福祉計画・****障がい児福祉計画策定にかかる****ヒアリング調査シート** |

**（サービス提供事業者の皆さま）**

このヒアリングは、本市で実績のある事業者を対象に、障害福祉サービス等の実態や課題を把握するために実施するもので、関市障がい者計画・障がい福祉計画・障がい児福祉計画の基礎資料とさせていただきます。

関市の障がい福祉の充実に向けて、ぜひヒアリングにご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和５年８月 関市長　尾関 健治

**■ シート記入にあたっての注意 ■**

１．**複数の事業所がある場合は、貴法人内で取りまとめていただいて、**ご回答をお願いします。

２．各項目に関連する補足資料がありましたら添付をお願いします。（活動内容に関する資料や、障がい福祉に関するご意見等が多くあり、記入スペースに書ききれない場合は、自由な様式で追加していただいて結構です。）

３．この調査シートは、関市のホームページ（https://www.city.seki.lg.jp/0000019901.html）からダウンロードできます。Wordでの回答をご希望の方は、下記URLからアクセスし、そちらをご利用ください。Wordでご回答いただいた方は、本用紙での回答は不要です。

４．この調査シートは、**８月31日（木）までに**、関市役所福祉政策課までご返送ください。（郵送またはメール）

**お問い合わせ・提出先**

関市役所　健康福祉部　福祉政策課　障がい福祉係

TEL：０５７５－２３－９０３２　　FAX：０５７５－２３－７７４８

電子メール：fukushi＠city.seki.lg.jp

|  |
| --- |
| 法人（事業所）名 |
| 　　　　　　　　（役職）　　　　　　　　　　　　（氏名）記入者 |
| 連絡先電話番号 |
| 記載年月日　　　令和５年　　　　　　月　　　　　　日 |

１　貴法人（事業所）やサービスの提供について

|  |
| --- |
| 問１　現在、貴法人（事業所）において提供しているサービスをご記入ください。（あてはまるものすべてに○） |
| **○障害福祉サービス等**訪問系サービス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日中活動系サービス6　療養介護7　生活介護8　自立訓練（機能訓練）9　自立訓練（生活訓練）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　短期入所（ショートステイ） | 居住系サービス15　自立生活援助16　共同生活援助（グループホーム）17　施設入所支援障害児通所支援18　児童発達支援19　医療型児童発達支援20　放課後等デイサービス21　保育所等訪問支援 22　居宅訪問型児童発達支援相談支援23　計画相談支援（障害者）24　障害児相談支援25　地域移行支援26　地域定着支援 |
| **○地域生活支援事業**27　移動支援28　日中一時支援29　地域活動支援センター | 30　訪問入浴31　障害者デイサービス |
| 問２　問１で選んだ項目の中で、サービスの提供状況（新規の受け入れ等の余裕）はどれにあたりますか。（あてはまるサービスの項目番号を問１から選び、数字を記入していただき、あてはまる提供状況に〇をつけてください。） |
| サービスの項目番号 | 十分余裕がある | 余裕はややある | 余裕はない |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 問３　今後、貴法人（事業所）で新規実施・休止・廃止を予定しているサービスをご記入ください。（該当する項目に○をつけてください）（サービス名は問１の事業名からお選びください） |
| 《記入例》 |
| 新規実施・休止・廃止サービス名（　　　　**居宅介護**　　　　　　） | 提供サービスの定員数（　　**４０名**　　） |
| サービスの新規実施・休止・廃止時期（　**２０２３**　）年　（　　**１２**　　）月予定 |
| 新規実施・休止・廃止サービス名（　　　　　　　　　　　　　　） | 提供サービスの定員数（　　　　　　　） |
| サービスの新規実施・休止・廃止時期（　　　　　　）年　（　　　　　　）月予定 |
| 新規実施・休止・廃止サービス名（　　　　　　　　　　　　　　） | 提供サービスの定員数（　　　　　　　） |
| サービスの新規実施・休止・廃止時期（　　　　　　）年　（　　　　　　）月予定 |
| 新規実施・休止・廃止サービス名（　　　　　　　　　　　　　　） | 提供サービスの定員数（　　　　　　　） |
| サービスの新規実施・休止・廃止時期（　　　　　　）年　（　　　　　　）月予定 |
| 問４　円滑な事業運営を進めていく上で、問題を感じることはありますか。（あてはまるものすべてに○） |
| １．従事者の確保が難しい２．利用者の確保が難しい３．事務作業量が多い４．施設・設備の改善が難しい５．必要な情報の入手に支障がある６．従事者の資質向上を図ることが難しい | ７．利用者に提供する作業内容の確保充実が難しい８．利用者や家族の制度に対する理解が進んでいない９．県や市と連携をとることが難しい10．他の事業所と連携をとることが難しい11．特にない12．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 問５　貴法人（事業所）が提供しているサービスにおいて、強度行動障がいの利用者はいますか。（〇は１つ） |
| １．いる | ２．いない |
| **《問５で「１．いる」と答えた方はご記入ください》**問６　強度行動障がいの方へのサービス提供に関して、困っていることはありますか。 |
|  |
| 問７　今後、関市における障害福祉サービス等事業所の新規参入や定員の拡充などを促進するために、行政としてどのようなことが必要だとお考えですか。（○は３つまで） |
| １．サービスを利用する障がい者数の今後の見込みに関する情報の提供２．サービス展開のための土地・建物に関する支援や情報の提供３．新たな職員の確保に関する支援や情報の提供４．各種障がい特性に対応できる職員の育成に関する支援や情報の提供５．参入資金の調達の支援や情報の提供６．特にない７．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

２　サービス利用について

|  |
| --- |
| 問８　利用者やその家族からの苦情や相談はどのようなものが多いですか。（あてはまるものすべてに○） |
| １．サービス内容に関するもの２．利用手続きに関するもの３．職員の態度に関するもの４．施設・設備に関するもの | ５．費用負担に関するもの６．介助者や家族間の関係性に関するもの７．特にない８．その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 問９　関市全体をみたときに、不足していると思われるサービスや支援はどのようなものでしょうか。また、その原因は何だと考えられますか。 |
|  |

３　防災について

|  |
| --- |
| 問10　令和６年度から、BCP（事業継続計画）の策定が義務化されます。貴法人（事業所）での取組状況はいかがですか。（あてはまるものひとつに○） |
| １．すでに策定済み２．今年度中に策定する予定３．策定したいが、何から進めればいいか分からない４．特に取り組んでいない５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

４　今後の障がい者施策全般について

|  |
| --- |
| 問11　次の①～⑩の各分野について、現状や課題、今後必要であると思われるサービスなどについて、ご意見をご記入ください。（貴法人（事業所）と直接関係しない等、ご記入が難しい項目はご記入いただかなくても構いません。すべてのご意見の集約を行いますので、できる限り簡潔にご回答ください。） |
| **①保健・医療について**（健診、訪問指導、障がいの早期発見、医療機関・医療体制など） |
| **②生活支援サービスについて**（障害福祉サービスの提供、住まいの確保など） |
| **③相談・情報提供について**（相談体制、情報提供体制、権利擁護など） |
| **④障がいのある子どもの教育・育成について**（保育・療育、特別支援教育、放課後児童対策、就学・進路指導、子育て支援など） |
| **⑤雇用・就労について**（雇用・就労の促進、地域の中の働く場の創造、福祉的就労など） |
| **⑥スポーツ・文化芸術活動について**（スポーツ・レクリエーション、文化・芸術活動、生涯学習への参加促進など） |
| **⑦まちづくりについて**（施設・情報のバリアフリー、移動手段、防犯・防災など） |
| **⑧障がいと障がいのある人への理解について**（障がいへの理解促進、地域の交流・ふれあいなど） |
| **⑨地域福祉の推進について**（ボランティア活動の推進、関係団体との連携など） |
| **⑩災害時の支援について**（避難方法、避難所、発災後のサービス利用など） |

その他、関市の障がい者施策・事業について、ご意見などがありましたら自由にお書きください。

|  |
| --- |
|  |

ヒアリングへのご協力ありがとうございました。以上で質問は終了です。

このシートは、**８月31日（木）**までにご返送ください。（郵送またはメール）