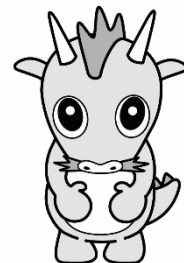


さいたま市障害者総合支援計画策定のための
アンケートにご協力ください
(障害福祉関係事業所)



日頃より市政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

この調査の目的は、次期さいたま市障害者総合支援計画の策定など、今後のさいたま市の障害福祉施策を進めるうえでの参考資料とすることです。

調査の対象は、市内の障害福祉関係事業所の中から無作為に抽出した事業所となっております。

アンケートは、送付された事業所・施設単位で回答して下さい。

回答につきましては、調査票に直接、鉛筆やボールペンなどでご記入いただき、同封の返信用封筒に入れて、**10月31日(木)**までに、郵便ポストへご投函ください。

お忙しいところ大変恐縮ですが、ご協力下さいますようお願いいたします。

【調査結果の主な活用方法】

- さいたま市障害者総合支援計画（令和6年度～令和8年度）の策定の資料となります。
- 障害のある人の生活実態やニーズを把握し、必要なサービスの種類と量を把握します。
- 新しい障害福祉施策の形成や、現在実施している事業の見直しなどに活用します。

※このアンケートについてのご質問は、下記へお問い合わせください。

さいたま市 保健福祉局 福祉部 障害政策課
電話：048-829-1306 FAX：048-829-1981

問1 令和4年10月1日現在の貴事業所についてご記入ください。

① 事業所名									
② 設立年月 (施設開設日)	昭和・平成・令和 年 月								
③ 設立主体 (該当する番号 1つに○をつけ てください。)	<table border="0"> <tr> <td>1. 社会福祉法人</td> <td>5. 医療法人</td> </tr> <tr> <td>2. 社団・財団法人</td> <td>6. 市町村</td> </tr> <tr> <td>3. 特定非営利活動法人(NPO)</td> <td>7. その他</td> </tr> <tr> <td>4. 株式会社</td> <td></td> </tr> </table>	1. 社会福祉法人	5. 医療法人	2. 社団・財団法人	6. 市町村	3. 特定非営利活動法人(NPO)	7. その他	4. 株式会社	
1. 社会福祉法人	5. 医療法人								
2. 社団・財団法人	6. 市町村								
3. 特定非営利活動法人(NPO)	7. その他								
4. 株式会社									
④ 運営主体 (該当する番号 1つに○をつけ てください。)	<table border="0"> <tr> <td>1. 社会福祉法人</td> <td>5. 医療法人</td> </tr> <tr> <td>2. 社団・財団法人</td> <td>6. 市町村</td> </tr> <tr> <td>3. 特定非営利活動法人(NPO)</td> <td>7. その他</td> </tr> <tr> <td>4. 株式会社</td> <td></td> </tr> </table>	1. 社会福祉法人	5. 医療法人	2. 社団・財団法人	6. 市町村	3. 特定非営利活動法人(NPO)	7. その他	4. 株式会社	
1. 社会福祉法人	5. 医療法人								
2. 社団・財団法人	6. 市町村								
3. 特定非営利活動法人(NPO)	7. その他								
4. 株式会社									
⑤ サービス種類 (該当する番号 すべてに○をつ けてください。)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 居宅介護 2. 重度訪問介護 3. 同行援護 4. 行動援護 5. 移動支援 6. 日中一時 7. 生活介護 8. 自立訓練(生活訓練) 9. 自立訓練(機能訓練) 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. 児童発達支援 14. 放課後等デイサービス 15. 障害児入所施設 16. 短期入所(ショートステイ) 17. 共同生活援助(グループホーム) 18. 施設入所支援 19. 地域活動支援センター(I型事業) 20. 地域活動支援センター(Ⅲ型事業 A型事業) 21. 地域活動支援センター(Ⅲ型事業 B型事業) 22. 地域活動支援センター(Ⅲ型事業 C型事業) 23. 地域活動支援センター(Ⅲ型事業 D型事業) 24. 地域活動支援センター(Ⅲ型事業 E型事業) 25. 心身障害者デイケア 26. 生活ホーム 								

⑥ 利用定員 (合計)	登録者		人 (平均年齢		歳)			
	内訳：男性		人 (平均年齢		歳)			
	女性		人 (平均年齢		歳)			
登録者の内訳	身体障害	知的障害	精神障害	その他	うち 重複障害			
	人	人	人	人	人			
⑦ 平均利用者数	人/日							
⑧ 年間稼働日数	日/年							
⑨ 職員の勤務形態	常勤職員		非常勤職員					
	人		人					
⑩ 職員の雇用形態	正規職員		非正規職員 (派遣社員・契約社員等)		その他			
	人		人		人			
⑪ 職員の性別	男性		女性		人			
⑫ 職員の年齢	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上		
	人	人	人	人	人	人		
⑬ 職員の勤続年数	1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 20年未満	20年以上
	人	人	人	人	人	人	人	人

問2 貴施設・事業所の経営についてご記入ください。

① 人件費割合	(令和3年度の総収入に対する人件費)
	総収入 _____ 円 職員人件費 _____ 円
② 経営上の課題 (該当する番号すべてに○をつけてください。)	1. サービス単価が低く経営が困難 2. 運営、運転資金の確保が困難 3. 職員の確保が困難 4. 人件費が高い 5. 職員の研修、育成を行う時間が少ない 6. 経理や請求などの事務量が増大している 7. サービス内容や質の安定、向上を図ることが困難 8. 市民、近隣住民の理解を得るのに苦慮している 9. 近隣に同業の事業者が多く、競争が厳しい 10. その他 (_____) 11. 特にない

問3 貴事業所において、調整や連携が取りやすいと感じる関係機関等がありますか。
(該当する番号すべてに○をつけてください。)

1. 区支援課 2. 上記以外の行政機関 (_____) 3. 障害者生活支援センター 4. 相談支援事業所 (障害者生活支援センターを除く) 5. かかりつけ医 6. 利用者の家族 7. その他 (_____) 8. 調整や連携が取りやすい関係機関等は特にない
--

問4 現在、職員の過不足の状況はどれですか。(該当する番号1つに○をつけてください。)

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. 不足はしていない
--

問5 令和3年度の職員の退職者について該当する番号を1つお選びいただき、「1. いた」場合は、人数をご記入ください。

1. いた（ 常勤 _____ 人 非常勤 _____ 人 ） 2. いない

問6 職員募集の方法はどのように行っていますか。
（該当する番号すべてに○をつけてください。）

- | | |
|----------------|------------------|
| 1. 職員からの紹介 | 5. 人材派遣、人材紹介の利用 |
| 2. ハローワークの利用 | 6. 大学や専門学校への呼び掛け |
| 3. 求人広告などの有料媒体 | 7. 福祉人材サービスの利用 |
| 4. 事業所のホームページ | 8. その他（ _____ ） |

問7 職員定着のための取組はどのように行っていますか。
（該当する番号すべてに○をつけてください。）

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などの支援
3. 外部の研修への金銭補助などの支援
4. 外部の研修への休暇取得などの支援
5. 勤務条件（夜間勤務、勤務時間帯の配慮など）の改善
6. 給与面での改善
7. 福利厚生（育児休暇、介護休暇）の充実
8. 事業所内での研修機会の確保
9. その他（ _____ ）
10. 特にしていない

問8 利用者に対し、貴事業所が提供しているサービスについてどのような方法で情報提供していますか。（該当する番号すべてに○をつけてください。）

1. パンフレット、冊子
2. 法人の広報誌
3. ホームページ
4. その他（ _____ ）
5. 特に情報を提供していない

ご意見等ございましたらご自由にお書きください

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

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、切手を貼らずに**10月31日（木）**

までに郵便ポストへ投函して下さい。

点線で折って封筒に入れてください。

