

区民の生活のニーズに関する調査

<<<<<< 記入上のお願い >>>>>>

- 回答は、この調査票に直接書いてください。
- 回答は、あてはまる番号に○印をつけてください。
- 質問によっては、一部の方のみに回答していただくものもあります。
- 回答が「その他」になる場合は、()内にその内容を書いてください。
- 障害者を対象としたサービスについての調査ですので、介護保険サービスは含めないでください。
- 回答にあたっては、**令和7年11月1日時点**の情報をご記入ください。

◇ 問合せ先 ◇

福祉部 障害者福祉課 福祉推進係 電話 03-5273-4516、ファクス 03-3209-3441

新宿区 区民意見システム <https://www.faq.city.shinjuku.lg.jp/OpinionInput/>

〒160-8484 新宿区歌舞伎町1-4-1 新宿区役所2階

(土曜・日曜・祝日を除く、午前8時30分から午後5時まで)

◇ 返送期限について ◇

令和7年〇月〇日(〇)まで

同封の「返信用封筒」に、回答を書き入れたこの調査票を入れて、
ポストに投函してください。 切手を貼る必要はありません。

インターネットを使って回答することもできます

スマートフォン・タブレット等で回答する場合は、右の二次元コードを読み取ってください。パソコンで回答する場合は、次のURLを入力し、右下のIDとパスワードを入力してください。



URL : **〇〇(サイト完成後に入力)**

ID	1234
パスワード	abcd

※インターネット回答の詳しい説明は裏面にあります。

インターネット回答の説明

1. 二次元コードを読み取って、アンケート回答フォームにアクセスしてください。
2. この調査票の表紙に記載された ID(数字)とパスワード(小文字)を入力して、「ログイン」ボタンを押して、回答画面に進んでください。
3. 上から順に回答を進め、ページの一番下の「次へ」ボタンを押して、次のページに進んでください。
4. 回答を途中で保存する際は、「一時保存」ボタンを押してください。ログイン画面から再度同じ ID とパスワードを入力しても、一時保存後の状態から再開できます。
5. 最後のページまで回答したら、「確認」ボタンを押してください。回答内容の確認ができます。回答内容を修正したい場合は、「戻る」ボタンを押してください。
6. 回答内容に問題がなければ、「回答する」を押してください。同じ ID とパスワードでログインしていただければ、期限内なら回答を何度でも変更することができます。郵送による回答は必要ありません。

◇ インターネット回答に関する問合せ先 ◇

株式会社 住宅・都市問題研究所 電話：03-6276-7155 ファクス：03-6276-7154

〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷 3-20-1 トライビル(平日、午前 10 時から午後6時まで)

- 郵送とインターネットはいずれかを選択いただくものであり、両方回答することはできません。
- この調査は無記名により実施し、ご回答いただいた内容については統計的な処理をするため、回答者が特定されることはありません。
- 二次元コードと ID・パスワードは、対象者名簿と紐づけない状態で紙アンケート調査票にランダムに貼り付けており、個人を特定するためのものではありません。
- ID・パスワードは、「郵送回答とインターネット回答の重複確認」と「回答ページへの再ログイン」のためにのみ使用するものです。
- スマートフォン以外の携帯電話については、機種によっては回答できない場合がありますのでご了承ください。また、インターネットエクスプローラー等の一部のブラウザでは正しく表示されない場合がありますので、ご了承ください。
- 通信サービスの接続料金は回答される方の負担となりますのでご了承ください。

差し支えなければ、会社・事業所名とご担当者様のお名前、連絡先の電話番号をお書き下さい。

会社・事業所名	
ご担当者様	
電話番号	

※ご記入いただいた会社・事業所名等は、アンケート回収状況の確認にのみ使用します。ご回答いただいた内容については統計的な処理を行い、回答者が特定されることはありませんので、ご協力をお願いします。

1 事業運営について

問1 貴事業所の経営主体をお聞きします。(○はひとつ)

- | | |
|--------------------|----------|
| 1 社会福祉法人 | 6 協同組合 |
| 2 医療法人 | 7 その他法人 |
| 3 社団法人・財団法人 | 8 個人医療機関 |
| 4 株式会社・有限会社 | 9 その他 |
| 5 特定非営利活動法人(NPO法人) | () |

問2 貴事業所の開業年をお聞きします。

西暦 年

問3 貴事業所で提供している障害福祉サービス、相談支援、児童福祉法に基づく障害児サービス等をお聞きします。(〇はいくつでも)

※ 介護保険サービスは含めないでください。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1 居宅介護 | 19 計画相談支援 |
| 2 重度訪問介護 | (サービス等利用計画・モニタリング) |
| 3 同行援護 | 20 移動支援事業 |
| 4 行動援護 | 21 地域活動支援センター事業 |
| 5 療養介護 | 22 日中一時支援事業 |
| 6 生活介護 | |
| 7 短期入所(ショートステイ) | 23 児童発達支援 |
| 8 重度障害者等包括支援 | 23—医療型児童発達支援 |
| 9 施設入所支援 | 24 放課後等デイサービス |
| 10 自立訓練(機能訓練・生活訓練) | 25 居宅訪問型児童発達支援 |
| 11 就労移行支援 | 26 保育所等訪問支援 |
| 12 就労選択支援 | 27 障害児相談支援 |
| 13 就労継続支援(A型) | |
| 14 就労継続支援(B型) | 28 その他 |
| 15 就労定着支援 | () |
| 16 自立生活援助 | |
| 17 共同生活援助(グループホーム) | |
| 18 地域相談支援 | |
| (地域移行支援・地域定着支援) | |

問4 貴事業所が事業を展開しているエリア（サービス利用対象者がお住まいの範囲）をお答えください。（〇はいくつでも）

- 1 新宿区内の一部（地域： ）
- 2 新宿区内全域
- 3 23区内（地域： ）
- 4 東京都内（地域： ）
- 5 首都圏（地域： ）
- 6 その他（ ）

問5 貴事業所が主に対象としている障害種別等をお聞きます。

（〇はいくつでも）

- 1 身体障害
- 2 知的障害
- 3 精神障害（高次脳機能障害を含む）
- 4 発達障害
- 5 難病

問6 貴事業所でサービスを提供している利用者数をお聞きます。

障害別にお答えください。

重複障害の方については主たる障害についてご回答ください。

障害の種類	人 数
(1) 身体障害	人
(2) 知的障害	人
(3) 精神障害（高次脳機能障害を含む）	人
(4) 発達障害	人
(5) 難病	人

問7 貴事業所の令和6年度の事業の収支をお聞きします。(〇はひとつ)

- | | | |
|-------------|------------|---------|
| 1 黒字だった | 3 やや赤字だった | 5 わからない |
| 2 ほぼ収支が均衡した | 4 大幅な赤字だった | |

問8 貴事業所を経営していく上で課題となっていることは何ですか。

(〇はいくつでも)

- 1 職員の確保が難しい
- 2 職員の待遇改善ができない
- 3 職員の資質向上が難しい
- 4 事務作業量が多い
- 5 施設・設備の改善が難しい
- 6 制度改正などへの対応が難しい
- 7 収益の確保が困難
- 8 運転資金の調達が難しい
- 9 他の事業者との連携が難しい
- 10 行政との連携が難しい
- 11 地域の理解を得るのが難しい
- 12 その他 ()
- 13 特にない

2 職員について

問9 貴事業所の職員数をお聞きします。

職 員	人 数
(1) 常勤職員	人
(2) 非常勤職員	人

問10 貴事業所の業務量に対して、職員の充足状況（人手）はいかがですか。

（○はひとつ）

- | | |
|------------|-------------|
| 1 十分である | 3 非常に不足している |
| 2 やや不足している | 4 わからない |

問11 貴事業所では、人材確保のための取組をしていますか。

（○はいくつでも）

- 1 求人誌などに人材広告を掲載した
- 2 インターネットの求人サイトを利用した
- 3 人材募集のチラシを配布した
- 4 ハローワークを通じて募集した
- 5 福祉専門学校等で求人を行った
- 6 知人経由・人づてで探した
- 7 実習生を受け入れた
- 8 ボランティアを受け入れた
- 9 その他（)
- 10 特にしていない

問 12 貴事業所では、人材育成のための取組をしていますか。

(○はいくつでも)

- 1 法人内で研修等を実施
- 2 外部団体が実施する研修等へ参加
- 3 都や区が実施する研修等へ参加
- 4 職員の自主学習や資格取得への支援
- 5 日常業務が大変で研修等へ参加している余裕はない
- 6 その他 ()
- 7 特にしていない

問 13 貴事業所の職員の方は、どのようなことで困っていますか。

(○はいくつでも)

- 1 勤務時間が長い
- 2 体力的にきつい
- 3 精神的にきつい
- 4 収入が少ない
- 5 能力向上の機会が少ない
- 6 キャリアアップが難しい
- 7 利用者が重度化・高齢化して対応が難しい
- 8 利用者の家族への対応が難しい
- 9 他の関係者との連携が十分取れない
- 10 必要な事務作業が多い
- 11 その他 ()
- 12 特にない

3 サービス提供について

問 14 貴事業所でサービスを提供する上で、課題となっていることは何ですか。
(〇はいくつでも)

- 1 量的に、利用者の希望通り提供できていない
- 2 質的に、利用者の希望通り提供できていない
- 3 契約やサービス内容についての説明が十分できていない
- 4 利用者や家族とのコミュニケーションが難しい
- 5 困難事例への対応が難しい
- 6 休日や夜間の対応が難しい
- 7 変更やキャンセルが多い
- 8 苦情やトラブルが多い
- 9 その他()
- 10 特にない

問 15 貴事業所で、利用者支援で困った時の相談先はどこですか。
(〇はいくつでも)

- | | |
|----------------------|--------------|
| 1 自事業所のスタッフ | 4 相談支援事業所 |
| 2 法人本部 | 5 保健所・保健センター |
| 3 同一のサービスを提供している他事業所 | 6 特にない |

問 16 貴事業所では、サービス向上のためにどのようなことに取り組んでいますか。(〇はいくつでも)

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1 困難事例のケース検討会などの開催 | 9 事故防止対策 |
| 2 事業者独自の評価 | 10 感染症対策 |
| 3 利用者による評価 | 11 利用者への説明の徹底 |
| 4 第三者機関の評価 | 12 苦情や相談の受付体制の整備 |
| 5 専門職の配置 | 13 その他 |
| 6 サービス提供マニュアルの作成 | 〔) |
| 7 緊急時マニュアルの作成 | |
| 8 虐待防止マニュアルの作成 | |
| | 14 特にない |

問 17 問 16 で「5 専門職の配置」を選択された事業所にお聞きします。

貴事業所で配置している専門職について、雇用形態別に人数をご記入ください。その他の場合は職種名もご記入ください。

職種名	常勤	非常勤	嘱託
(1) 医師	人	人	人
(2) 保健師	人	人	人
(3) 看護師	人	人	人
(4) 理学療法士	人	人	人
(5) 作業療法士	人	人	人
(6) 言語聴覚士	人	人	人
(7) 社会福祉士	人	人	人
(8) 介護福祉士	人	人	人
(9) 精神保健福祉士	人	人	人
(10) 公認心理師	人	人	人
(11) 保育士	人	人	人
(12) 相談支援専門員	人	人	人
(13) 主任相談支援専門員	人	人	人
(14) 医療的ケア児コーディネーター	人	人	人
(15) 管理栄養士	人	人	人
(16) 調理師	人	人	人
(17) その他 ()	人	人	人

問 18 貴事業所では、今後新規に障害福祉サービス等への参入を検討していますか。(〇はいくつでも)

※ 介護保険サービスは含めないでください。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1 居宅介護 | 18 地域相談支援 |
| 2 重度訪問介護 | (地域移行支援・地域定着支援) |
| 3 同行援護 | 19 計画相談支援 |
| 4 行動援護 | (サービス等利用計画・モニタリング) |
| 5 療養介護 | 20 移動支援事業 |
| 6 生活介護 | 21 地域活動支援センター事業 |
| 7 短期入所(ショートステイ) | 22 日中一時支援事業(障害児等タイムケア) |
| 8 重度障害者等包括支援 | 23 日中一時支援事業(土曜ケアサポート) |
| 9 施設入所支援 | 24 日中一時支援事業(日中ショート) |
| 10 自立訓練(機能訓練・生活訓練) | 25 日中一時支援事業(夕方預かり等) |
| 11 就労移行支援 | 26 児童発達支援 |
| 12 就労選択支援 | 26 医療型児童発達支援 |
| 13 就労継続支援(A型) | 27 放課後等デイサービス |
| 14 就労継続支援(B型) | 28 居宅訪問型児童発達支援 |
| 15 就労定着支援 | 29 保育所等訪問支援 |
| 16 自立生活援助 | 30 障害児相談支援 |
| 17 共同生活援助(グループホーム) | 31 その他 |
| | () |
| | 32 検討していない |

問 19 問 18で回答した事業所にお聞きします。参入にあたって課題となるものは何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|-------------------|--------|
| 1 福祉人材の確保 | 5 その他 |
| 2 土地(賃貸借物件を含む)の確保 | () |
| 3 登録事務手の煩雑さ | 6 特になし |
| 4 利益(採算)の見込み | |

問 20 貴事業所には、介護保険事業所を併設していますか。(○はひとつ)

- 1 介護保険事業所を併設している →1に○を付けた方は問 22 へ進んでください
- 2 法人(事業者)内に介護保険事業所があるが、現事業所には併設していない
- 3 障害者総合支援法の障害福祉サービス・障害者支援施設だけを運営中である
→2、3に○を付けた方は問 21 へ進んでください

問 21 問 20 で2または3と回答した事業所の方にお聞きします。

貴事業所では、新たに介護保険事業所の指定を受ける予定はありますか。
(○はひとつ)

- 1 障害者福祉の専門性を高めているので、介護保険事業所の指定を受ける予定はない
- 2 65歳に到達した障害者に引き続きサービス提供ができるよう、介護保険事業所の指定を検討中である
- 3 その他()
- 4 わからない

問 22 貴事業所で、障害者虐待防止に向けて取り組んでいることを教えてください。(○はいくつでも)

- 1 虐待防止マニュアルを整備している
- 2 虐待防止研修を全員に実施している
- 3 虐待防止チェックリストを全員に実施している
- 4 事業所内に虐待防止啓発や虐待通報先の掲示をしている
- 5 虐待防止担当者を選任している
- 6 虐待防止委員会を開催している
- 7 身体拘束の適正化に取り組んでいる
- 8 その他()
- 9 特にない

問 23 貴事業所で、障害者差別解消の推進に向けて取り組んでいることを教えてください。（〇はいくつでも）

- 1 対応マニュアルを整備した
- 2 法人（事業者）内研修を全員に実施した
- 3 外部研修・説明会等に参加した
- 4 その他（ ）
- 5 特になし

問 24 区が開催する研修について、どのような内容を希望しますか。（〇はいくつでも）

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| 1 困難事例の検討 | 20 住宅・住環境に関する知識 |
| 2 身体障害に関する知識 | 21 クレームへの対応方法 |
| 3 強度行動障害に関する知識 | 22 職員のメンタルヘルス |
| 4 精神障害に関する知識 | 23 医療的ケアに関する知識 |
| 5 発達障害に関する知識 | 24 ヤングケアラーに関する知識 |
| 6 高次脳機能障害に関する知識 | 25 その他 |
| 7 難病・特定疾患に関する知識 | （ ） |
| 8 対象者のアセスメントに関する知識 | 26 特になし |
| 9 障害者総合支援法および障害者が利用できる制度に関する知識 | |
| 10 サービス等利用計画の作成・評価に関する知識 | |
| 11 介護保険に関する知識 | |
| 12 対人援助技術に関する知識 | |
| 13 成年後見制度などの権利擁護関連制度に関する知識 | |
| 14 障害者虐待に関する知識 | |
| 15 個人情報保護、職業モラルなどの職業倫理に関する知識 | |
| 16 災害時の備えや対応 | |
| 17 消費者問題などの法律知識 | |
| 18 日常生活用具・福祉用具に関する知識 | |
| 19 視覚・聴覚障害者へのコミュニケーションに関する知識 | |

問 25 精神障害者の支援を行っている事業所にお聞きします。

長期入院者の地域移行を促進するために、何が必要だと思いますか。

(○は3つまで)

- | | |
|------------------|------------|
| 1 住まいの確保 | 7 入院先病院の協力 |
| 2 支援者の存在 | 8 その他 |
| 3 生活能力のアセスメントの場 |) |
| 4 家族の理解 | |
| 5 地域住民の理解 | |
| 6 退院に向けた本人への動機付け | 9 特になし |

問 26 障害者が暮らしやすい地域づくりのために、区が特に力を入れるべきことは何だと思いますか。(○は3つまで)

- | | |
|-----------------------|--------|
| 1 関係機関の連携強化 | 6 その他 |
| 2 相談支援事業者への助言・指導、人材育成 |) |
| 3 医療機関への働きかけ | |
| 4 ピアサポーターの育成・活用 | |
| 5 地域住民への普及啓発 | 7 特になし |

問 27 問 26 で 1 を選択した事業所の方にお聞きします。

連携強化が必要だと感じる対象は何だと思いますか。(○は3つまで)

- 1 自事業所と同サービスを提供している他事業所
- 2 自事業所とは異なるサービスを提供している他事業所
- 3 医療機関
- 4 訪問看護ステーション
- 5 基幹相談支援センター（区障害者福祉課）
- 6 保健所・保健センター
- 7 地域生活支援拠点
- 8 特になし

~~問25 新型コロナウイルス感染症により、どのような影響がありましたか。~~

~~(〇はいくつでも)~~

~~1 通所控えにより給付費が減少した~~ ~~8 休所せざるを得ない期間があった~~

~~2 受注作業が減少し工賃が減少した~~ ~~9 その他~~

~~3 感染対策に必要な物資の調達に困難が生じた~~ (

~~4 職員の勤務調整に困難が生じた~~

~~5 職員の採用が困難になった~~)

~~6 職員が退職した~~ ~~10 特になし~~

~~7 オンラインによる在宅支援を導入した~~

問 28 貴事業所では、今後の障害者施策について、どのようなことを期待していますか。(〇はいくつでも)

- | | |
|-------------------|----------------|
| 1 利用者負担の軽減 | 8 障害支援区分の見直し |
| 2 自立支援給付費の見直し | 9 障害者総合支援法の見直し |
| 3 地域生活基盤の充実のための方策 | 10 その他 |
| 4 一般就労の促進のための方策 |) |
| 5 福祉的就労における工賃向上 | |
| 6 福祉人材の確保のための方策 | |
| 7 事務手続きの簡素化 | 11 特にない |

4 自由意見

問 29 障害者施策に関して、ご意見・ご要望などがありましたら、ご自由にお書きください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

質問は以上で終わりです。
調査にご協力いただき、誠にありがとうございました。

令和7年〇月〇日(〇)までに、同封の「返信用封筒」に、ご回答いただいたこの調査票を入れて、ポストに投函してください。

封筒に切手を貼る必要はありません。