

障害者支援施設（入所施設）検討のためのアンケート

日頃より小金井市の障害福祉行政にご理解・ご協力をいただき、ありがとうございます。

小金井市では、障がいのある人もない人も共に安心して地域で暮らしていけるよう、障害者支援施設（入所施設）の新規開設（誘致）を目指しています。

小金井市にどのような施設が必要かを検討するにあたり、障害福祉サービス事業所を運営している事業者のご意見を参考にいたしたく、調査にご協力くださいますようお願いいたします。

【提出方法】

下記「問合せ先」に記載のアドレスに電子メールにて送信してください。

【回答期日】

令和7年6月20日（金曜）

【問合せ先】

小金井市福祉保健部自立生活支援課（担当 天野・五十嵐）

電 話：042-387-9841

FAX：042-384-2524

E-mail：s050299@koganei-shi.jp

● 基本情報

事業所名：

記入者：

連絡先：

● 全事業者への質問

問1 提供している障害福祉サービスをお答えください。

(当てはまるものすべてに○をつけてください。)

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 身体介護 | <input type="checkbox"/> 家事援助 | <input type="checkbox"/> 通院等介助 | <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 |
| <input type="checkbox"/> 同行援護 | <input type="checkbox"/> 行動援護 | <input type="checkbox"/> 療養介護 | <input type="checkbox"/> 生活介護 |
| <input type="checkbox"/> 短期入所 | <input type="checkbox"/> 施設入所支援 | <input type="checkbox"/> 機能訓練 | <input type="checkbox"/> 生活訓練 |
| <input type="checkbox"/> 就労移行支援 | <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 | <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 | |
| <input type="checkbox"/> 就労定着支援 | <input type="checkbox"/> 自立生活援助 | <input type="checkbox"/> 共同生活援助 | |
| <input type="checkbox"/> 計画相談支援 | <input type="checkbox"/> 地域移行支援 | <input type="checkbox"/> 地域定着支援 | |

問2 次のうち、不足していると思う障害福祉サービスをお答えください。

(当てはまるものすべてに○をつけてください。)

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 短期入所 | <input type="checkbox"/> 生活介護 | <input type="checkbox"/> 機能訓練 | <input type="checkbox"/> 生活訓練 |
| <input type="checkbox"/> 就労移行支援 | <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 | | |

問3 小金井市に障害者支援施設（入所施設）が開設される場合、入所定員は何人くらいが適当だと思いますか。

人程度

問4 小金井市に入所施設が開設される場合、どのような併設サービスが必要だと思いますか。

(あるといいと思うものすべてに○をつけてください。)

| | | | | | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|--------|---|
| <input type="checkbox"/> | 生活介護 | <input type="checkbox"/> | 機能訓練 | <input type="checkbox"/> | 生活訓練 | <input type="checkbox"/> | 就労移行支援 | |
| <input type="checkbox"/> | 就労継続支援B型 | <input type="checkbox"/> | 短期入所 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | その他 (| <input type="text"/> | | | | | |) |

問5 小金井市に入所施設が開設される場合、どのような障害種別を対象とする施設が必要だと思いますか。

(もっとも必要だと思うものに○をつけてください。)

| | | | | | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | 身体障害者 | <input type="checkbox"/> | 知的障害者 | <input type="checkbox"/> | 精神障害者 | <input type="checkbox"/> | 障害児 |
|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|-----|

問6 入所施設を設置(誘致)する場合の課題は何だと思いますか。

(当てはまるものすべてに○をつけてください。)

| | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 市内に設置に適した土地がない | <input type="checkbox"/> | 近隣市に比べ土地代が高い |
| <input type="checkbox"/> | 運営資金が足りない | <input type="checkbox"/> | 必要な人材を確保できない |
| <input type="checkbox"/> | 地域住民の理解を得るのが難しい | | |
| <input type="checkbox"/> | その他 | (具体的に記入してください。) | |

問7 民間の法人が入所施設を開設する場合、どのような公的支援が必要だと思いますか。

(必要だと思うものすべてに○をつけてください。)

国有地・都府県有地活用に係る支援 市有地の無償又は低額貸与

建築費に対する補助 運営費に対する補助

その他 (具体的に記入してください。)

問8 地域に開かれたサービスとして、どのようなものが考えられますか。

(あるといいと思うものすべてに○をつけてください。)

遊び場の提供 喫茶・軽食店の運営 バザーの開催

地域と合同でのイベントの開催 見学会の開催

その他 (具体的に記入してください。)

● 入所施設の運営事業者への質問

※ それ以外の事業者の方は、問14へお進みください

問9 入所施設を運営するにあたり、困難に感じていることを教えてください。

(具体的にご記入ください。)

問10 入所施設を運営するにあたり、重要だと思うことを教えてください。

(具体的にご記入ください。)

問11 所在地の自治体居住者（支給決定者）の優先利用等がありますか。

ある ない ⇒ 「ない」の場合は問14へお進みください。

問12 優先利用の内容（定員の〇〇%は・・・市民。〇〇人は・・・市民など）

内容：

問13 優先枠を設けている理由（条件）を教えてください。

市から補助金の交付を受けている

市の指定管理又は委託事業として運営している

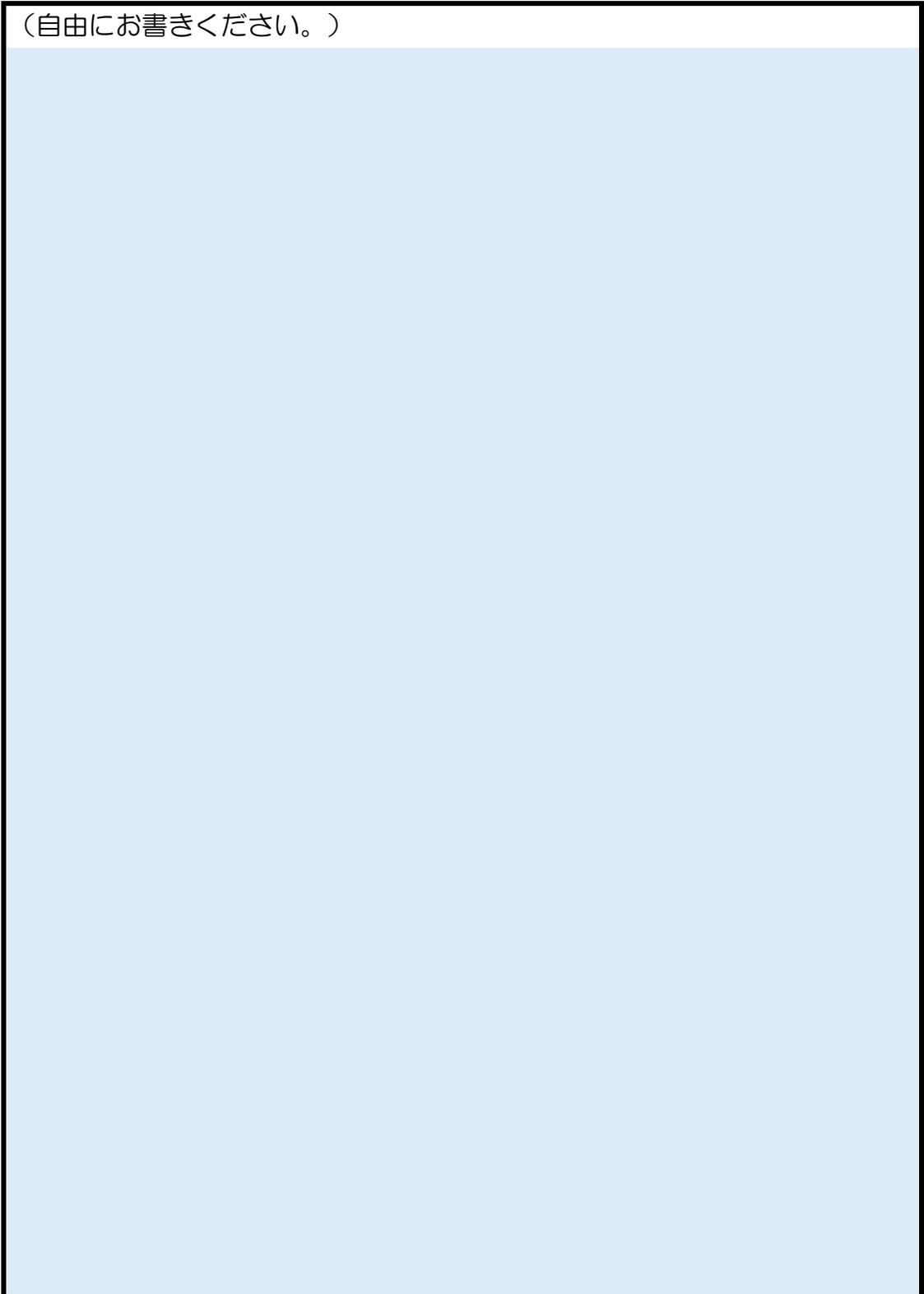
市から土地を無償又は低額で借りている

その他 (具体的にご記入してください。)

● 自由意見

問14 小金井市にはどのような入所施設が必要だと思えますか。

(自由にお書きください。)



調査項目は以上です。ご協力ありがとうございました。