

障がい福祉サービス等に関するアンケート調査および分析等業務 企画提案仕様書

1 業務名

障がい福祉サービス等に関するアンケート調査および分析等業務

2 業務の目的

「第2次函館市障がい者基本計画」および「第7期函館市障がい福祉計画」が令和8年度に計画期間の最終年度を迎えるため、「函館市障がい者基本計画」および「函館市障がい福祉計画」を一体化した新計画の策定に向けて、必要な基礎資料得ることを目的とする。

3 業務の内容

(1) アンケート調査の実施

計画策定の基礎資料とするため、障がい当事者、障がい者団体等、障害福祉サービス事業者に対して、障がい福祉に関する意識と行動の現状や福祉サービス等に対するニーズ等を把握するために、アンケート調査を実施する。

ア 調査対象者

区 分		対象人数	前回（R4）回収率
障がい 当事者	身体障がい者	1, 0 0 0 人	3 8 . 4 %
	知的障がい者	1, 0 0 0 人	4 1 . 2 %
	精神障がい者	1, 0 0 0 人	3 4 . 5 %
	難病患者	1, 0 0 0 人	3 4 . 5 %
障がい者団体等		約 1 0 団体	未実施
障害福祉サービス事業者		約 1 2 6 法人	6 6 . 1 %

イ 調査票等

調査票等（送付物）は、市が提供する原稿とする。

(ア) 障がい当事者用

設問数 4 5 問程度， A 4 両面印刷で 2 0 頁程度

案内文 A 4 で 1 枚，用語集 A 4 両面印刷で 5 頁程度

身体障がい者区分に S P コード付案内文 A 4 1 枚を同封

（ S P コード付案内文は市が印刷し納入する）

※ 調査票について，設問内容は統一とするが，表紙のみ障がい区分が分かるようにする。

(イ) 障がい者団体等

案内文 A 4 で 1 枚

(ウ) 障害福祉サービス事業者

設問数 1 0 問程度， A 4 で 4 頁程度，案内文 A 4 で 1 枚

ウ 調査方法

(ア) 障がい当事者

郵送配布・郵送回収方式

身体・知的・精神障がい者については、障がい保健福祉課において対象者を抽出し、宛名ラベルを作成して受託者へ引き継ぐ。

難病患者については、保健予防課で抽出し、宛名ラベルを作成して受託者へ引き継ぐ。

調査票等（送付物）の印刷，発送用封筒，返信用封筒の作成，郵送（発送・回収）費用は，受託者の負担とする。

発送元および返送先は「受託者」とする。

(イ) 障がい者団体等

市が指定した団体等へヒアリング調査を行う。

(ウ) 障害福祉サービス事業者

市が法人へメールにより依頼し，メール返送先を「受託者」とする。

エ コールセンターの設置

調査票を郵送した翌日から，コールセンターを設置する。（概ね1か月程度）

オ 集計・分析・報告書作成

(ア) 入力データの納入は，Microsoft Excel形式で行う。

(イ) 集計，分析を進めるにあたっては，市と適宜協議して行うこととし，具体的な集計・分析方法について提案すること。

(ウ) 単純集計のほか，年齢（障害児（18歳未満），高齢者（65歳以上），その間の年代（18～64歳）の3区分以上）のクロス集計やその他の属性および設問間のクロス集計を行い，集計結果に基づき分析を行うこと。

(エ) サービス見込量の推計において，年齢や障がい種別（等級），障害支援区分等の項目とサービスの利用状況や利用意向等の項目をそれぞれ組み合わせたクロス集計を行い，ニーズ量を把握する。

(オ) 集計・分析の過程で，ニーズの把握，施策の検討に有効なデータが得られた場合，報告書に記載すること。

(カ) 自由記入欄については，カテゴリー別に取りまとめること。

(キ) 報告書は，全体がわかりやすくまとめられた概要版もあわせて作成すること。

カ 成果品

- ・集計用個票データ（調査票のデータを単純に羅列したもの）
- ・集計データ（単純集計表，クロス集計表，グラフ，自由記入欄の取りまとめ等）

- ・調査結果報告書（概要版および詳細版ともに電子媒体を必須とし、市が編集可能な形式での提出）
- ・コールセンター対応結果（件数や対応内容をまとめたもの）

4 納期

令和8年（2026年）1月30日（金）

5 納入場所

函館市保健福祉部障がい保健福祉課

6 その他

- (1) 受託者が本業務の履行に要する費用については、全て受託者の負担とする。
- (2) 本業務に係る成果品の著作権は、函館市に帰属するものとする。
- (3) 仕様書に定めた業務以外であっても、専門的見地から本業務にとって有益と考えられる事項については、提案上限額以内の範囲で提案可能とする。
- (4) 本書に定めのない事項については、双方の協議のうえ、実施するものとする。

7 委託料の支払い

委託料は、業務が完了し成果物等の検査終了後、請求を受けた日から30日以内に支払うものとする。

8 担当

函館市保健福祉部障がい保健福祉課社会参加・事業担当

担当：吉田・瀬尾

TEL：0138－21－3032（直通）

FAX：0138－27－2770

E-mail：fukushi-keikaku@city.hakodate.hokkaido.jp