

福津市障がい者福祉計画

障がい児福祉計画に関する調査票

記入日 令和 年 月 日

(相談支援事業についてご回答お願い致します。)

事業所名

事業所所在地

Q.1 実施している事業について (該当にチェックを入れてください)

- 障害児相談支援 計画相談支援

Q.2 対象について (該当にチェックを入れてください)

- 身体障がい 精神障がい 知的障がい 難病

Q.3 事業の継続について

(↓該当する箇所に「1」を選択)

- 次年度以降も事業所運営を継続する予定である
 わからない・どちらとも言えない
 近年中に事業所を閉鎖するつもりである

(令和 年を目途に閉鎖予定 (分かる範囲でご記入ください))

Q.4 事業の継続の妨げになっている要因は何ですか (該当にチェックを入れて下さい (複数可))

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 職員の確保が難しい | <input type="checkbox"/> 職員の処遇改善が出来ない |
| <input type="checkbox"/> 職員のスキル向上が難しい | <input type="checkbox"/> 事務作業量が多い |
| <input type="checkbox"/> 施設・設備の改善が難しい | <input type="checkbox"/> 制度改正などへの対応が難しい |
| <input type="checkbox"/> 定員に見合う利用者の確保が難しい | <input type="checkbox"/> 収益の確保が難しい |
| <input type="checkbox"/> 運転資金の調達が難しい | <input type="checkbox"/> 他の事業者との連携が不十分 |
| <input type="checkbox"/> 行政との連携が不十分 | <input type="checkbox"/> 地域の理解を得るのが難しい |
| <input type="checkbox"/> その他 (下に記入して下さい) | <input type="checkbox"/> 特にない |

Q.5 今後の事業の目標を教えてください (自由記述)

(例：〇〇支援の追加、事業所の拡大、職員の補強 等)

Q.6 事業所の相談支援専門員は何名ですか (各年度4月1日を基準)
(事業所設置もしくはサービスの開始から3年未満の事業所は開始以降分を入力してください)

令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名

Q.7 福津市の障がい福祉の増進のために今後どのようなことが必要と感ずますか
ご意見、アドバイス等あればご記入をお願いします。

御多忙の中、ご協力ありがとうございました。