

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 以外 の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				
提供するサービス (複数ある場合はすべて選んでください)				
Q.1 事業の継続について (↓該当する箇所に「1」を選択)				
<input type="checkbox"/> 次年度以降も事業所運営を継続する予定である <input type="checkbox"/> わからない・どちらとも言えない <input type="checkbox"/> 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.2 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))				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 職員の確保が難しい <input type="checkbox"/> 職員のスキル向上が難しい <input type="checkbox"/> 施設・設備の改善が難しい <input type="checkbox"/> 定員に見合う利用者の確保が難しい <input type="checkbox"/> 運転資金の調達が難しい <input type="checkbox"/> 行政との連携が不十分 <input type="checkbox"/> その他 (下に記入して下さい) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 職員の処遇改善が出来ない <input type="checkbox"/> 事務作業量が多い <input type="checkbox"/> 制度改正などへの対応が難しい <input type="checkbox"/> 収益の確保が難しい <input type="checkbox"/> 他の事業者との連携が不十分 <input type="checkbox"/> 地域の理解を得るのが難しい <input type="checkbox"/> 特にない </td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 10px;"></div>			<input type="checkbox"/> 職員の確保が難しい <input type="checkbox"/> 職員のスキル向上が難しい <input type="checkbox"/> 施設・設備の改善が難しい <input type="checkbox"/> 定員に見合う利用者の確保が難しい <input type="checkbox"/> 運転資金の調達が難しい <input type="checkbox"/> 行政との連携が不十分 <input type="checkbox"/> その他 (下に記入して下さい)	<input type="checkbox"/> 職員の処遇改善が出来ない <input type="checkbox"/> 事務作業量が多い <input type="checkbox"/> 制度改正などへの対応が難しい <input type="checkbox"/> 収益の確保が難しい <input type="checkbox"/> 他の事業者との連携が不十分 <input type="checkbox"/> 地域の理解を得るのが難しい <input type="checkbox"/> 特にない
<input type="checkbox"/> 職員の確保が難しい <input type="checkbox"/> 職員のスキル向上が難しい <input type="checkbox"/> 施設・設備の改善が難しい <input type="checkbox"/> 定員に見合う利用者の確保が難しい <input type="checkbox"/> 運転資金の調達が難しい <input type="checkbox"/> 行政との連携が不十分 <input type="checkbox"/> その他 (下に記入して下さい)	<input type="checkbox"/> 職員の処遇改善が出来ない <input type="checkbox"/> 事務作業量が多い <input type="checkbox"/> 制度改正などへの対応が難しい <input type="checkbox"/> 収益の確保が難しい <input type="checkbox"/> 他の事業者との連携が不十分 <input type="checkbox"/> 地域の理解を得るのが難しい <input type="checkbox"/> 特にない			
Q.3 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)				
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>				

Q.4 重度障がい児者の利用について

身体障害者手帳1級・2級、精神保健福祉手帳1級、療育手帳A判定のいずれかを所持している方

現在、重度障がい児者の受け入れができる体制を整えていますか。

(調査日時点において重度障がい児者の利用者の有無は問いません)

Q.5 事業所の定員は何名ですか (4月1日を基準)

(サービス種別ごとに入力してください)

サービス種別 名

サービス種別 名

サービス種別 名

サービス種別 名

サービス種別 名

Q.6 利用者(児)の受け入れ状況を教えてください。(7月1日を基準)

(福津市の支給決定児者に関わらず事業所全体の数で入力してください)

(サービス種別ごとに入力してください)

サービス種別 名

サービス種別 名

サービス種別 名

サービス種別 名

サービス種別 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じますか

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。