

5 川健障施第 9 2 7 号

令和 6 年 1 月 4 日

指定障害者支援施設等
指定障害福祉サービス等
指定障害児通所支援等
指定児童福祉施設等
(障害児入所施設のみ)

事業者 様

川崎市健康福祉局障害保健福祉部
障害者施設指導課長

事業所運営に関するアンケートについて（依頼）

平素より、本市の障害福祉行政に御尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、令和 3 年度報酬改定に伴い、令和 6 年 3 月 3 1 日までに策定が必要な事項等について、各事業所の策定状況を把握するためアンケートを実施します。

ついては、L o g o フォームに必要事項を入力し、令和 6 年 1 月 1 9 日（金）までに回答してください。

（1）回答方法

L o g o フォームにて回答。

（2）回答対象事業所

（A）事業所運営に関するアンケート（障害福祉サービス等）

U R L : <https://logoform.jp/form/FUQz/403130>

対象サービス：施設入所支援、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、重度障害者等包括支援、計画相談支援、地域移行支援、地域定着支援、短期入所、共同生活援助、自立訓練（機能訓練・生活訓練）、宿泊型自立訓練、就労移行支援、就労継続支援（A 型・B 型）、自立生活援助、就労定着支援

（B）事業所運営に関するアンケート（障害児通所支援等）

U R L : <https://logoform.jp/form/FUQz/406534>

対象サービス：児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援、放課後等デイサービス、
保育所等訪問支援、障害児相談支援、障害児入所施設（福祉型・
医療型）

※障害福祉サービス等と障害児通所支援等の両方のサービスを提供している事業
所におかれましては、障害児通所支援等のL o g o フォームを回答してください。
両方回答する必要はありません。

（３）回答期限

令和６年１月１９日（金）

（４）その他

事業所で策定や整備が必要な事項については、期限までをお願いします。今回のアンケートはあくまで状況把握をするためのものになります。御協力をお願いいたします。

問合せ先

川崎市健康福祉局障害者施設指導課事業者指導担当

電話 ０４４－２００－００８２

メール 40sidou@city.kawasaki.jp