



## F

(令和2年10月1日調査)

[illegible]

以下の項目について、印字されているものに変更・誤りがある場合は、赤字で余白に修正してください。

|                                                    |                   |
|----------------------------------------------------|-------------------|
| 法 人 名（運営法人名を記入してください。）                             |                   |
| 事 業 所 名 ※事業所に修正がある場合は(1)の各事業所名<br>もご確認の上、修正してください。 |                   |
| 事 業 所 の<br>所 在 地                                   | 〒 TEL ( )-( )-( ) |
| 法 人 番 号                                            |                   |

・印字されたサービスについて、「活動状況」に○をつけてください。休止届や廃止届を出している場合は「2 休止中」又は「3 廃止」に○をつけてください。（2 ページ以降は記入不要です。）  
 ・このページに印字されたサービスについてのみ、サービスの提供状況等を 2 ページ以降に記入してください。印字のないサービスについては記入不要です。  
 なお、障害者支援施設の昼間実施サービスについてはこの調査票に記入せず、活動状況の「3 廃止」に○をつけてご返送ください。  
 ・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入をお願いします。

| サービスの種類                |                         | 事業所番号       |  |  |  |  |  | 事業所名 |          | 活動状況(1つに○) |          |          | 回答ページ   |
|------------------------|-------------------------|-------------|--|--|--|--|--|------|----------|------------|----------|----------|---------|
| 障害福祉サービス等              | 0011 居宅介護               |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 2ページへ   |
|                        | 0012 重度訪問介護             |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 3ページへ   |
|                        | 0015 同行援護               |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 3ページへ   |
|                        | 0013 行動援護               |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 4ページへ   |
|                        | 0021 療養介護               |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 4ページへ   |
|                        | 0022 生活介護               |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 5ページへ   |
|                        | 0014 重度障害者等<br>包括支援     |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 5ページへ   |
|                        | 0052 計画相談支援             |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 6ページへ   |
|                        | 0053 地域相談支援<br>(地域移行支援) |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 6ページへ   |
|                        | 0054 地域相談支援<br>(地域定着支援) |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 7ページへ   |
|                        | 0024 短期入所               |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 7ページへ   |
|                        | 0033 共同生活援助             |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 8・9ページへ |
|                        | 0041 自立訓練<br>(機能訓練)     |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 10ページへ  |
|                        | 0042 自立訓練<br>(生活訓練)     |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 11ページへ  |
|                        | 0034 宿泊型<br>自立訓練        |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 12ページへ  |
|                        | 障害児通所支援等                | 0043 就労移行支援 |  |  |  |  |  |      |          |            | 1<br>活動中 | 2<br>休止中 | 3<br>廃止 |
| 0045 就労継続支援<br>( A 型 ) |                         |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 14ページへ  |
| 0046 就労継続支援<br>( B 型 ) |                         |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 14ページへ  |
| 0035 自立生活援助            |                         |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 15ページへ  |
| 0047 就労定着支援            |                         |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 15ページへ  |
| 0061 児童発達支援            |                         |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 16ページへ  |
| 0065 居宅訪問型<br>児童発達支援   |                         |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 16ページへ  |
| 0063 放課後等<br>デイサービス    |                         |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 17ページへ  |
| 0064 保育所等<br>訪問支援      |                         |             |  |  |  |  |  |      |          | 1<br>活動中   | 2<br>休止中 | 3<br>廃止  | 17ページへ  |
| 0055 障害児<br>相談支援       |                         |             |  |  |  |  |  |      | 1<br>活動中 | 2<br>休止中   | 3<br>廃止  | 17ページへ   |         |

0011 居宅介護サービス

記入者名

電話番号 ( )-( )-( )

(2) 居宅介護サービスの提供状況

9 月中の営業日数

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり

2 9 月中の利用者なし

↓

利用実人員

人

注：ここでいう「利用実人員」の計上のしかたは、例えば、同じ利用者（1 人）に複数のサービス（回数）を提供しても「1 人」と計上します。

(補問)

「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「障害者」「障害児」別「利用実人員」「訪問回数合計」を記入してください。

注：ここでいう「利用実人員」の計上のしかたは、例えば、同じ利用者（1 人）に「身体介護が中心」と「家事援助が中心」の各サービスを 1 回ずつ提供した場合、利用した各サービスに「1 人」ずつ計上します。

|                    | 障害者(18歳以上) |        | 障害児(18歳未満) |        |
|--------------------|------------|--------|------------|--------|
|                    | 利用実人員      | 訪問回数合計 | 利用実人員      | 訪問回数合計 |
| 身体介護が中心            | 人          | 回      | 人          | 回      |
| 通院介助(身体介護を伴う)が中心   | 人          | 回      | 人          | 回      |
| 家事援助が中心            | 人          | 回      | 人          | 回      |
| 通院介助(身体介護を伴わない)が中心 | 人          | 回      | 人          | 回      |
| 通院等乗降介助が中心         | 人          | 回      | 人          | 回      |

(3) 居宅介護サービスの従事者数

・換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

・複数の資格を保有している場合は、左側の資格優先で計上してください。

|             | ホームヘルパー |          |                |                     |                                 |                                            | その他の職員 |
|-------------|---------|----------|----------------|---------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|--------|
|             | 介護福祉士   | 実務者研修修了者 | 旧介護職員基礎研修課程修了者 | 旧ホームヘルパー 1 級研修課程修了者 | 初任者研修修了者(旧ホームヘルパー 2 級研修課程修了者含む) | 障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者(旧ホームヘルパー 3 級研修課程修了者含む) |        |
| 常勤専従(換算数不要) |         |          |                |                     |                                 |                                            |        |
| 常勤兼務        |         |          |                |                     |                                 |                                            |        |
| 常勤兼務の換算数    | .       | .        | .              | .                   | .                               | .                                          | .      |
| 非常勤         |         |          |                |                     |                                 |                                            |        |
| 非常勤の換算数     | .       | .        | .              | .                   | .                               | .                                          | .      |

(補問 1)

従事者のうち、サービス提供責任者の人数を記入してください。

他のサービスと掛け持ちしている者も含めます。

→

人

(補問 2)

従事者のうち、喀痰吸引等研修を修了し、認定証が交付された人数を記入してください。

複数の研修を修了している場合は、左側の研修優先で計上してください。

→

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| 1 号研修 | 2 号研修 | 3 号研修 |
| 人     | 人     | 人     |

(補問 3)

従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。

1 人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。

また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

→

|       |         |       |                 |
|-------|---------|-------|-----------------|
| 社会福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として従事している者 |
| 人     | 人       | 人     | 人               |

2

0012 重度訪問介護サービス

記入者名

電話番号 ( )-( )-( )

(4) 重度訪問介護サービスの提供状況

9 月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり

2 9 月中の利用者なし

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「利用実人員」「訪問回数合計」を記入してください。また、それぞれのうち、「移動介護」の人数と回数を記入してください。

利用実人員

うち移動介護

訪問回数合計

うち移動介護

人

人

回

回

(5) 重度訪問介護サービスの従事者数

・換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

・複数の資格を保有している場合は、左側の資格優先で計上してください。

ホームヘルパー

介護福祉士

実務者研修修了者

旧介護職員基礎研修課程修了者

旧ホームヘルパー 1 級研修課程修了者

初任者研修修了者 (旧ホームヘルパー 2 級研修課程修了者含む)

障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者 (旧ホームヘルパー 3 級研修課程修了者含む)

重度訪問介護従業者養成研修修了者

その他の職員

常勤専従 (換算数不要)

常勤兼務

常勤兼務の換算数

非常勤

非常勤の換算数

(補問 1) 従事者のうち、サービス提供責任者の人数を記入してください。他のサービスと掛け持ちしている者も含めます。

人

(補問 2) 従事者のうち、喀痰吸引等研修を修了し、認定証が交付された人数を記入してください。複数の研修を修了している場合は、左側の研修優先で計上してください。

1 号研修

2 号研修

3 号研修

人

人

人

(補問 3) 行動障害を有する知的障害者等の利用はできますか。

1 利用できる

2 利用できない

(補問 4) 従事者のうち、「行動障害を有する者に対する研修」を修了した者及びそのうちの「サービス提供責任者」の人数を記入してください。

従事者のうち  
行動障害を有する者  
に対する研修修了者

うちサービス提供責任者

人

人

(補問 5) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。1 人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士

精神保健福祉士

公認心理師

うち心理職として  
従事している者

人

人

人

人

0015 同行援護サービス

記入者名

電話番号 ( )-( )-( )

(6) 同行援護サービスの提供状況

9 月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり

2 9 月中の利用者なし

利用実人員

人

注：ここである「利用実人員」の計上のしかたは、例えば、同じ利用者 (1 人) に複数のサービス (回数) を提供しても「1 人」と計上します。

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「障害者」「障害児」別「利用実人員」「訪問回数合計」を記入してください。

利用実人員

障害者 (18 歳以上)

障害児 (18 歳未満)

人

人

訪問回数合計

回

回

(7) 同行援護サービスの従事者数

・換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

・複数の資格を保有している場合は、左側の資格優先で計上してください。

ホームヘルパー

介護福祉士

実務者研修修了者

旧介護職員基礎研修課程修了者

旧ホームヘルパー 1 級研修課程修了者

初任者研修修了者 (旧ホームヘルパー 2 級研修課程修了者含む)

障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者 (旧ホームヘルパー 3 級研修課程修了者含む)

同行援護従業者養成研修修了者

その他の職員

常勤専従 (換算数不要)

常勤兼務

常勤兼務の換算数

非常勤

非常勤の換算数

(補問 1) 従事者のうち、サービス提供責任者の人数を記入してください。他のサービスと掛け持ちしている者も含めます。

人

(補問 2) 従事者のうち、「同行援護従業者養成研修修了者」及びそのうちの「サービス提供責任者」の人数を記入してください。

従事者のうち  
同行援護従業者  
養成研修修了者

うちサービス提供責任者

人

人

(補問 3) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。1 人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士

精神保健福祉士

公認心理師

うち心理職として  
従事している者

人

人

人

人

3

## 0013 行動援護サービス

記入者名

電話番号( )-( )-( )

## (8) 行動援護サービスの提供状況

9月中の営業日数

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9月中の利用者あり 2 9月中の利用者なし

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「障害者」「障害児」別「利用実人員」「訪問回数合計」を記入してください。

|        | 障害者(18歳以上) | 障害児(18歳未満) |
|--------|------------|------------|
| 利用実人員  | 人          | 人          |
| 訪問回数合計 | 回          | 回          |

## (9) 行動援護サービスの従事者数

・換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。  
 ・複数の資格を保有している場合は、左側の資格優先で計上してください。

|             | ホームヘルパー |          |                |                   |                               |                                          |                | その他の職員 |
|-------------|---------|----------|----------------|-------------------|-------------------------------|------------------------------------------|----------------|--------|
|             | 介護福祉士   | 実務者研修修了者 | 旧介護職員基礎研修課程修了者 | 旧ホームヘルパー1級研修課程修了者 | 初任者研修修了者(旧ホームヘルパー2級研修課程修了者含む) | 障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者(旧ホームヘルパー3級研修課程修了者含む) | 行動援護従業者養成研修修了者 |        |
| 常勤専従(換算数不要) |         |          |                |                   |                               |                                          |                |        |
| 常勤兼務        |         |          |                |                   |                               |                                          |                |        |
| 常勤兼務の換算数    | ...     | ...      | ...            | ...               | ...                           | ...                                      | ...            | ...    |
| 非常勤         |         |          |                |                   |                               |                                          |                |        |
| 非常勤の換算数     | ...     | ...      | ...            | ...               | ...                           | ...                                      | ...            | ...    |

(補問1) 従事者のうち、サービス提供責任者の人数を記入してください。他のサービスと掛け持ちしている者も含めます。

→  人

(補問2) 従事者のうち、「行動援護従業者養成研修修了者」又は「強度行動障害支援者養成研修(基礎及び実践)修了者」とそのうちの「サービス提供責任者」の人数を記入してください。

→ 従事者のうち  
 行動援護従業者養成研修修了者又は強度行動障害支援者養成研修(基礎及び実践)修了者  
 うちサービス提供責任者  
 人  人

(補問3) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

→ 社会福祉士 精神保健福祉士 公認心理師 うち心理職として従事している者  
 人  人  人  人

## 0021 療養介護サービス

記入者名

電話番号( )-( )-( )

※医療型障害児入所施設の基準により療養介護事業所の指定を受けている場合は、この調査票ではなく「C 児童福祉施設等調査票」に記入してください。調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

※前身為重症心身障害児施設の場合は、障害者についてはこの調査票に、障害児については「C 児童福祉施設等調査票」に、分けて記入してください。調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

## (10) 療養介護サービスの提供状況

1 9月中の利用者あり 2 9月中の利用者なし

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合、9月30日現在の「利用期間別利用実人員」及び9月中の「利用延人数」を記入してください。9月中に利用が終了した場合、利用終了日時時点の利用期間を記入してください。

| 利用期間別利用実人員 |         |     | 利用延人数 |
|------------|---------|-----|-------|
| 1年以下       | 1年超3年以下 | 3年超 |       |
| 人          | 人       | 人   | 人     |

## (11) 療養介護サービスの従事者数

換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

|             | サービス管理責任者 | 医師  | 看護師 | 生活支援員 | その他の職員 |
|-------------|-----------|-----|-----|-------|--------|
| 常勤専従(換算数不要) |           |     |     |       |        |
| 常勤兼務        |           |     |     |       |        |
| 常勤兼務の換算数    | ...       | ... | ... | ...   | ...    |
| 非常勤         |           |     |     |       |        |
| 非常勤の換算数     | ...       | ... | ... | ...   | ...    |

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。

1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。

また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として従事している者 |
|-------|-------|---------|-------|-----------------|
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人               |



※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。  
調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

## (12) 生活介護サービスの提供状況

9 月中の営業日数

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり 2 9 月中の利用者なし

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月 30 日現在の「利用期間別利用実人員」及び 9 月中の「利用延人数」を記入してください。  
9 月中に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

| 利用期間別利用実人員 |            |      | 利用延人数 |
|------------|------------|------|-------|
| 1 年以下      | 1 年超 3 年以下 | 3 年超 |       |
| 人          | 人          | 人    | 人     |

## (13) 過去 1 年間の退所者の状況

過去 1 年間(令和元年10月1日～令和 2 年 9 月 30 日)に退所した者について、次の退所理由別に人数を記入してください。

| 就 職 | 退 所 理 由             |                       |                       |              | 入 院 | 死 亡 | そ の 他 |
|-----|---------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|-----|-----|-------|
|     | 他の障害福祉サービス等を利用(利用先) |                       |                       |              |     |     |       |
|     | 就労移行<br>支援事業所       | 就労継続<br>支援(A型)<br>事業所 | 就労継続<br>支援(B型)<br>事業所 | その他の<br>事業所等 |     |     |       |
| 人   | 人                   | 人                     | 人                     | 人            | 人   | 人   | 人     |

## (14) 生活介護サービスの従事者数

換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

|                         | サービス<br>管理責任者 | 医 師 | 保健師・看護師 | 理学療法士・<br>作業療法士 | 生活支援員 | その他の<br>職 員 |
|-------------------------|---------------|-----|---------|-----------------|-------|-------------|
| 常 勤 専 従<br>(換算数不要)      |               |     |         |                 |       |             |
| 常 勤 兼 務<br>常勤兼務<br>の換算数 | ...           | ... | ...     | ...             | ...   | ...         |
| 非 常 勤<br>非常勤<br>の換算数    | ...           | ... | ...     | ...             | ...   | ...         |

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1 人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合は  
その人数も記入してください。

| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |

(15) 重度障害者等包括支援  
サービスの提供状況

9 月中の営業日数

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり 2 9 月中の利用者なし

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、利用者の類型別に 9 月中の「利用実人員」「利用日数合計」を記入してください。

|             | I 類型 | II 類型 | III 類型 |
|-------------|------|-------|--------|
| 利 用 実 人 員   | 人    | 人     | 人      |
| 利 用 日 数 合 計 | 日    | 日     | 日      |

## (16) 重度障害者等包括支援サービスの従事者数

換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

|                         | サービス<br>提供責任者 | そ の 他 の<br>職 員 |
|-------------------------|---------------|----------------|
| 常 勤 専 従<br>(換算数不要)      |               |                |
| 常 勤 兼 務<br>常勤兼務<br>の換算数 | ...           | ...            |
| 非 常 勤<br>非常勤<br>の換算数    | ...           | ...            |

(補問 1) 従事者のうち、喀痰吸引等研修を修了し、認定証が交付された人数を記入してください。  
複数の研修を修了している場合は、左側の研修優先で計上してください。

| 1 号研修 | 2 号研修 | 3 号研修 |
|-------|-------|-------|
| 人     | 人     | 人     |

(補問 2) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1 人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も  
記入してください。

| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |

0052 計画相談支援サービス

記入者名

電話番号 ( )-( )-( )

(17) 計画相談支援サービスの提供状況

1 9月中の利用者あり

2 9月中の利用者なし

↓

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「利用実人員」を記入してください。

利用実人員

人

・ 9月中にサービス利用支援(計画作成)又は継続サービス利用支援(モニタリング)を提供した人数を記入してください。

(18) 計画相談支援サービスの従事者数

換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

|                 | 管 理 者 | 相 談 支 援 専 門 員 | そ の 他 の 職 員 |
|-----------------|-------|---------------|-------------|
| 常 勤 専 従 (換算数不要) |       |               |             |
| 常 勤 兼 務         |       |               |             |
| 常勤兼務の換算数        | ...   | ...           | ...         |
| 非 常 勤           |       |               |             |
| 非常勤の換算数         | ...   | ...           | ...         |

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として従事している者 |
|-------|-------|---------|-------|-----------------|
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人               |

0053 地域相談支援サービス(地域移行支援)

記入者名

電話番号 ( )-( )-( )

(19) 地域移行支援サービスの提供状況

1 9月中の利用者あり

2 9月中の利用者なし

↓

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「利用実人員」を記入してください。

利用実人員

人

(20) 過去1年間の地域移行支援サービスの利用期間

過去1年間(令和元年10月1日～令和2年9月30日)に利用した者について、9月30日現在の「利用期間別利用実人員」を記入してください。  
9月30日より前に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

| 利 用 期 間 |         |           |           |     |
|---------|---------|-----------|-----------|-----|
| 6月以下    | 6月超1年以下 | 1年超1年6月以下 | 1年6月超2年以下 | 2年超 |
| 人       | 人       | 人         | 人         | 人   |

(21) 過去1年間の利用者の状況

過去1年間(令和元年10月1日～令和2年9月30日)に利用した者について、利用時の場所・状況を記入してください。

| 利 用 時 の 場 所 ・ 状 況 |       |                 |         |             |       |
|-------------------|-------|-----------------|---------|-------------|-------|
| 入 所 施 設           | 精神科病院 | 救 護 施 設<br>更生施設 | 刑 事 施 設 | 更 生 保 護 施 設 | そ の 他 |
| 人                 | 人     | 人               | 人       | 人           | 人     |

(補問) 過去1年間(令和元年10月1日～令和2年9月30日)に利用した者のうち、利用後に利用時の場所から移動した者について  
行先・状況を記入してください。

| 利 用 後 の 行 先 ・ 状 況 |            |                  |                  |             |         |           |       |
|-------------------|------------|------------------|------------------|-------------|---------|-----------|-------|
| 自宅・アパート等          |            | グ ル ー プ<br>ホ ー ム | 宿 泊 型<br>自 立 訓 練 | 他 障 害 者 施 設 | 他 の 病 院 | 高 齢 者 施 設 | そ の 他 |
| 1人暮らし等の自立した生活     | 家族に扶養された生活 |                  |                  |             |         |           |       |
| 人                 | 人          | 人                | 人                | 人           | 人       | 人         | 人     |

(22) 地域移行支援サービスの従事者数

換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

|                 | 管 理 者 | 相 談 支 援 専 門 員 | そ の 他 の 職 員 |
|-----------------|-------|---------------|-------------|
| 常 勤 専 従 (換算数不要) |       |               |             |
| 常 勤 兼 務         |       |               |             |
| 常勤兼務の換算数        | ...   | ...           | ...         |
| 非 常 勤           |       |               |             |
| 非常勤の換算数         | ...   | ...           | ...         |

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として従事している者 |
|-------|-------|---------|-------|-----------------|
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人               |

6

0054 地域相談支援サービス(地域定着支援)

記入者名

電話番号( )-( )-( )

(23) 地域定着支援サービスの提供状況

1 9月中の利用者あり

2 9月中の利用者なし

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「利用実人員」を記入してください。

利用実人員

人

(24) 過去1年間の地域定着支援サービスの利用期間

過去1年間(令和元年10月1日～令和2年9月30日)に利用した者について、9月30日現在の「利用期間別利用実人員」を記入してください。  
9月30日より前に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

| 利 用 期 間 |               |               |             |     |
|---------|---------------|---------------|-------------|-----|
| 1年以下    | 1年超<br>1年6月以下 | 1年6月超<br>2年以下 | 2年超<br>3年以下 | 3年超 |
| 人       | 人             | 人             | 人           | 人   |

(25) 地域定着支援サービスの従事者数

換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

|                    | 管 理 者 | 相 談 支 援<br>専 門 員 | そ の 他 の<br>職 員 |
|--------------------|-------|------------------|----------------|
| 常 勤 専 従<br>(換算数不要) |       |                  |                |
| 常 勤 兼 務            |       |                  |                |
| 常勤兼務<br>の換算数       | .     | .                | .              |
| 非 常 勤              |       |                  |                |
| 非常勤<br>の換算数        | .     | .                | .              |

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がある場合は  
その人数も記入してください。

|       |       |         |       |                     |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |

0024 短期入所サービス

記入者名

電話番号( )-( )-( )

(26) 事業所形態 ※該当する番号すべてに○をつけてください。

1 単独型

2 併設型

3 空床型

(27) 短期入所サービスの提供状況

1 9月中の利用者あり

2 9月中の利用者なし

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「障害者」「障害児」別「利用実人員」「利用日数合計」を記入してください。

|             | 障害者(18歳以上) | 障害児(18歳未満) |
|-------------|------------|------------|
| 利 用 実 人 員   | 人          | 人          |
| 利 用 日 数 合 計 | 日          | 日          |

(28) 短期入所サービスの従事者数

- ・(26)で「1 単独型」又は「2 併設型」に○をつけた事業所のみ記入してください。(「3 空床型」のみに○をつけた事業所は記入不要です。)
- ・換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

|                    | 医 師     | 保健師・看護師 | 心理判定員・<br>職能判定員 | 理学療法士・<br>作業療法士 | 生活支援員          | 職業指導員 |
|--------------------|---------|---------|-----------------|-----------------|----------------|-------|
| 常 勤 専 従<br>(換算数不要) |         |         |                 |                 |                |       |
| 常 勤 兼 務            |         |         |                 |                 |                |       |
| 常勤兼務<br>の換算数       | .       | .       | .               | .               | .              | .     |
| 非 常 勤              |         |         |                 |                 |                |       |
| 非常勤<br>の換算数        | .       | .       | .               | .               | .              | .     |
|                    | 介 護 職 員 | うち介護福祉士 | 児童指導員           | 保 育 士           | そ の 他 の<br>職 員 |       |
| 常 勤 専 従<br>(換算数不要) |         |         |                 |                 |                |       |
| 常 勤 兼 務            |         |         |                 |                 |                |       |
| 常勤兼務<br>の換算数       | .       | .       | .               | .               | .              | .     |
| 非 常 勤              |         |         |                 |                 |                |       |
| 非常勤<br>の換算数        | .       | .       | .               | .               | .              | .     |

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がある場合は  
その人数も記入してください。

|       |       |         |       |                     |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |

以下の設問については表紙(1 ページ)の「共同生活援助」の事業所番号を持つすべての住居について記入してください。

(29) 事業所形態 ※該当する番号すべてに○をつけてください。

- 1 共同生活援助事業所(日中サービス支援型及び外部サービス利用型を除く。)

2 日中サービス支援型共同生活援助事業所

3 外部サービス利用型共同生活援助事業所

(30) 総定員

事業所の総定員(3 カ所あれば3 カ所すべて)を記入してください。

人

(31) 定員(階級)別住居箇所数

サテライト型住居を除くすべての「共同生活住居」について(3 カ所あれば3 カ所すべて)、定員別に住居箇所数を記入してください。

| 定員    | 2 人 | 3 人 | 4 人 | 5 人 | 6 人 | 7 人 | 8 人 | 9 人 | 10 人 | 11~20 人 | 21~30 人 |
|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|---------|
| 住居箇所数 | カ所  | カ所  | カ所  | カ所  | カ所  | カ所  | カ所  | カ所  | カ所   | カ所      | カ所      |

(32) サテライト型住居箇所数

- 1 サテライト型住居あり      2 サテライト型住居なし



(補問) 「サテライト型住居あり」の場合、「サテライト型住居箇所数」を記入してください。

サテライト型住居箇所数

カ所

(33) 共同生活援助サービスの提供状況

|                                     | 9 月中の利用者の有無 |         |
|-------------------------------------|-------------|---------|
| 共同生活援助事業所(日中サービス支援型及び外部サービス利用型を除く。) | 1 利用者あり     | 2 利用者なし |
| 日中サービス支援型共同生活援助事業所                  | 1 利用者あり     | 2 利用者なし |
| 外部サービス利用型共同生活援助事業所                  | 1 利用者あり     | 2 利用者なし |

(34) 利用期間別利用実人員(9 月 30 日現在)

(33)で「1 利用者あり」の場合は、9 月 30 日現在の「利用期間別利用実人員」を記入してください。

また、それぞれのうち、「サテライト型住居」の人数を記入してください。

・サテライト型住居の利用期間は、サテライト型住居入居前の共同生活住居の利用期間を通算します。

|                                     | 利 用 期 間 |            |      |
|-------------------------------------|---------|------------|------|
|                                     | 1 年以下   | 1 年超 3 年以下 | 3 年超 |
| 共同生活援助事業所(日中サービス支援型及び外部サービス利用型を除く。) | 人       | 人          | 人    |
| うちサテライト型住居                          | 人       | 人          | 人    |
| 日中サービス支援型共同生活援助事業所                  | 人       | 人          | 人    |
| 外部サービス利用型共同生活援助事業所                  | 人       | 人          | 人    |
| うちサテライト型住居                          | 人       | 人          | 人    |

(35) 「共同生活援助事業所」及び「日中サービス支援型共同生活援助事業所」における特例による個人単位居宅介護等の利用状況

(29)で「1 共同生活援助事業所(日中サービス支援型及び外部サービス利用型を除く。)」又は「2 日中サービス支援型共同生活援助事業所」に○をつけた事業所のみ記入してください。

- 1 9 月中の利用者あり      2 9 月中の利用者なし



(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「利用実人員」「利用時間合計」をサービス別に記入してください。

|             | 居宅介護サービス | 重度訪問介護サービス |
|-------------|----------|------------|
| 利 用 実 人 員   | 人        | 人          |
| 利 用 時 間 合 計 | 時間       | 時間         |

(36) 「外部サービス利用型共同生活援助事業所」における受託居宅介護サービスの提供状況

(29)で「3 外部サービス利用型共同生活援助事業所」に○をつけた事業所のみ記入してください。

- 1 9 月中の利用者あり      2 9 月中の利用者なし



(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「受託居宅介護サービスの利用実人員」を記入してください。

受託居宅介護サービスの利用実人員

人

(37) 過去 1 年間の入退居の状況

過去 1 年間(令和元年10月 1 日～令和 2 年 9 月30日)に入居した者について、①～③別に該当する者を計上してください。

|                                              | 利 用 者 の 入 居 前 の 場 所 ・ 状 況 |                   |               |       |      |     |                        |       |
|----------------------------------------------|---------------------------|-------------------|---------------|-------|------|-----|------------------------|-------|
|                                              | 自宅・アパート等                  |                   | グループ<br>ホ ー ム | 福祉ホーム | 入所施設 | 病 院 | 特別支援<br>学 校 の<br>寄 宿 舎 | そ の 他 |
|                                              | 1人暮らし・結婚等<br>の自立した生活      | 親・兄弟等に<br>扶養された生活 |               |       |      |     |                        |       |
| ①共同生活援助事業所(日<br>中サービス支援型及び外部<br>サービス利用型を除く。) | 人                         | 人                 | 人             | 人     | 人    | 人   | 人                      | 人     |
| ②日中サービス支援型<br>共同生活援助事業所                      | 人                         | 人                 | 人             | 人     | 人    | 人   | 人                      | 人     |
| ③外部サービス利用型<br>共同生活援助事業所                      | 人                         | 人                 | 人             | 人     | 人    | 人   | 人                      | 人     |

過去 1 年間(令和元年10月 1 日～令和 2 年 9 月30日)に退居した者について、①～③別に該当する者を計上してください。

|                                              | 利 用 者 の 退 居 後 の 行 先 ・ 状 況 |                   |               |       |      |     |     |       |
|----------------------------------------------|---------------------------|-------------------|---------------|-------|------|-----|-----|-------|
|                                              | 自宅・アパート等                  |                   | グループ<br>ホ ー ム | 福祉ホーム | 入所施設 | 病 院 | 死 亡 | そ の 他 |
|                                              | 1人暮らし・結婚等<br>の自立した生活      | 親・兄弟等に<br>扶養された生活 |               |       |      |     |     |       |
| ①共同生活援助事業所(日<br>中サービス支援型及び外部<br>サービス利用型を除く。) | 人                         | 人                 | 人             | 人     | 人    | 人   | 人   | 人     |
| ②日中サービス支援型<br>共同生活援助事業所                      | 人                         | 人                 | 人             | 人     | 人    | 人   | 人   | 人     |
| ③外部サービス利用型<br>共同生活援助事業所                      | 人                         | 人                 | 人             | 人     | 人    | 人   | 人   | 人     |

(38) 共同生活援助サービスの従事者数

換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

共同生活援助事業所(日中サービス支援型及び外部サービス利用型を除く。)

8 ページ(29)で「1 共同生活援助事業所(日中サービス支援型及び外部サービス利用型を除く。)」に○をつけた事業所のみ記入してください。

|                    | サ ー ビ ス<br>管理責任者 | 世 話 人 | 生活支援員 | そ の 他 の<br>職 員 |
|--------------------|------------------|-------|-------|----------------|
| 常 勤 専 従<br>(換算数不要) |                  |       |       |                |
| 常 勤 兼 務            |                  |       |       |                |
| 常勤兼務<br>の換算数       | ...              | ...   | ...   | ...            |
| 非 常 勤              |                  |       |       |                |
| 非常勤<br>の換算数        | ...              | ...   | ...   | ...            |

(補間) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1 人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合は  
その人数も記入してください。

|       |       |         |       |                     |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |

日中サービス支援型共同生活援助事業所

8 ページ(29)で「2 日中サービス支援型共同生活援助事業所」に○をつけた事業所のみ記入してください。

|                    | サ ー ビ ス<br>管理責任者 | 世 話 人 | 生活支援員 | 看護師 | そ の 他 の<br>職 員 |
|--------------------|------------------|-------|-------|-----|----------------|
| 常 勤 専 従<br>(換算数不要) |                  |       |       |     |                |
| 常 勤 兼 務            |                  |       |       |     |                |
| 常勤兼務<br>の換算数       | ...              | ...   | ...   | ... | ...            |
| 非 常 勤              |                  |       |       |     |                |
| 非常勤<br>の換算数        | ...              | ...   | ...   | ... | ...            |

(補間) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1 人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合は  
その人数も記入してください。

|       |       |         |       |                     |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |

外部サービス利用型共同生活援助事業所

8 ページ(29)で「3 外部サービス利用型共同生活援助事業所」に○をつけた事業所のみ記入してください。

|                    | サ ー ビ ス<br>管理責任者 | 世 話 人 | そ の 他 の<br>職 員 |
|--------------------|------------------|-------|----------------|
| 常 勤 専 従<br>(換算数不要) |                  |       |                |
| 常 勤 兼 務            |                  |       |                |
| 常勤兼務<br>の換算数       | ...              | ...   | ...            |
| 非 常 勤              |                  |       |                |
| 非常勤<br>の換算数        | ...              | ...   | ...            |

(補間) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1 人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合は  
その人数も記入してください。

|       |       |         |       |                     |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |



※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。  
 調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(39) 自立訓練(機能訓練)サービスの提供状況      9 月中の営業日数  日      ※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1   9 月中の利用者あり      2   9 月中の利用者なし

(補問 1) 「9 月中の利用者あり」の場合、**9 月 30 日現在**の「利用期間別利用実人員」を記入してください。  
 9 月中に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

| 利 用 期 間 |                   |                   |                   |                   |      |
|---------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------|
| 1 年以下   | 1 年超<br>1 年 6 月以下 | 1 年 6 月超<br>2 年以下 | 2 年超<br>2 年 6 月以下 | 2 年 6 月超<br>3 年以下 | 3 年超 |
| 人       | 人                 | 人                 | 人                 | 人                 | 人    |

(補問 2) ・ 9 月中の「利用実人員」のうち、「サービス費Ⅰ」「サービス費Ⅱ」別「利用実人員」「利用延人数」を記入してください。  
 ・ 「利用実人員」の計上について、例えば、同じ利用者(1 人)に「サービス費Ⅰ」と「サービス費Ⅱ」の各サービスを 1 回ずつ提供した場合、利用した各サービスに「1 人」ずつ計上します。

|           | サービス費Ⅰ(通所) | サービス費Ⅱ(訪問) |
|-----------|------------|------------|
| 利 用 実 人 員 | 人          | 人          |
| 利 用 延 人 数 | 人          | 人          |

(40) 過去 1 年間の退所者の状況  
 過去 1 年間(令和元年10月 1 日～令和 2 年 9 月 30 日)に退所した者について、次の退所理由別に人数を記入してください。

| 退 所 理 由 |                     |                               |                               |                    |     |     |       |
|---------|---------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------|-----|-----|-------|
| 就 職     | 他の障害福祉サービス等を利用(利用先) |                               |                               |                    | 入 院 | 死 亡 | そ の 他 |
|         | 就 労 移 行<br>支援事業所    | 就 労 継 続<br>支 援 (A 型)<br>事 業 所 | 就 労 継 続<br>支 援 (B 型)<br>事 業 所 | そ の 他 の<br>事 業 所 等 |     |     |       |
| 人       | 人                   | 人                             | 人                             | 人                  | 人   | 人   | 人     |

(41) 自立訓練(機能訓練)サービスの従事者数  
 換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

|                    | サ ー ビ ス<br>管理責任者 | 保健師・看護師 | 理学療法士・<br>作業療法士 | 生活支援員 | 訪問支援員 | そ の 他 の<br>職 員 |
|--------------------|------------------|---------|-----------------|-------|-------|----------------|
| 常 勤 専 従<br>(換算数不要) |                  |         |                 |       |       |                |
| 常 勤 兼 務            |                  |         |                 |       |       |                |
| 常勤兼務<br>の換算数       | .                | .       | .               | .     | .     | .              |
| 非 常 勤              |                  |         |                 |       |       |                |
| 非常勤<br>の換算数        | .                | .       | .               | .     | .     | .              |

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
 1 人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
 また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。  
 調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(42) 自立訓練(生活訓練)サービスの提供状況    9 月中の営業日数  日    ※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1    9 月中の利用者あり

2    9 月中の利用者なし

(補問 1) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月30日現在の「利用期間別利用実人員」を記入してください。  
 9 月中に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

| 利 用 期 間 |                   |                   |                   |                   |      |
|---------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------|
| 1 年以下   | 1 年超<br>1 年 6 月以下 | 1 年 6 月超<br>2 年以下 | 2 年超<br>2 年 6 月以下 | 2 年 6 月超<br>3 年以下 | 3 年超 |
|         |                   |                   |                   |                   |      |
| 人       | 人                 | 人                 | 人                 | 人                 | 人    |

(補問 2) ・ 9 月中の「利用実人員」のうち、「サービス費Ⅰ」「サービス費Ⅱ」別「利用実人員」「利用延人数」を記入してください。  
 ・ 「利用実人員」の計上について、例えば、同じ利用者(1 人)に「サービス費Ⅰ」と「サービス費Ⅱ」の各サービスを 1 回ずつ提供した場合、利用した各サービスに「1 人」ずつ計上します。

|           | サービス費Ⅰ(通所) | サービス費Ⅱ(訪問) |
|-----------|------------|------------|
| 利 用 実 人 員 | 人          | 人          |
| 利 用 延 人 数 | 人          | 人          |

(43) 過去 1 年間の退所者の状況  
 過去 1 年間(令和元年10月 1 日～令和 2 年 9 月30日)に退所した者について、次の退所理由別に人数を記入してください。

| 退 所 理 由 |                     |                           |                           |                 |     |     |       |
|---------|---------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|-----|-----|-------|
| 就 職     | 他の障害福祉サービス等を利用(利用先) |                           |                           |                 | 入 院 | 死 亡 | そ の 他 |
|         | 就 労 移 行<br>支援事業所    | 就 労 継 続<br>支援(A 型)<br>事業所 | 就 労 継 続<br>支援(B 型)<br>事業所 | そ の 他 の<br>事業所等 |     |     |       |
| 人       | 人                   | 人                         | 人                         | 人               | 人   | 人   | 人     |

(44) 自立訓練(生活訓練)サービスの従事者数  
 換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

|                    | サ ー ビ ス<br>管理責任者 | 保健師・看護師 | 生活支援員 | 訪問支援員 | そ の 他 の<br>職 員 |
|--------------------|------------------|---------|-------|-------|----------------|
| 常 勤 専 従<br>(換算数不要) |                  |         |       |       |                |
| 常 勤 兼 務            |                  |         |       |       |                |
| 常勤兼務<br>の換算数       |                  |         |       |       |                |
| 非 常 勤              |                  |         |       |       |                |
| 非常勤<br>の換算数        |                  |         |       |       |                |

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
 1 人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
 また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |

(45) 定員

人

(46) 宿泊型自立訓練サービスの提供状況

1 9月中の利用者あり    2 9月中の利用者なし

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合は、**9月30日現在**の「利用期間別利用実人員」を記入してください。  
 9月中に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

| 利 用 期 間 |                   |                   |                   |                   |      |
|---------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------|
| 1 年以下   | 1 年超<br>1 年 6 月以下 | 1 年 6 月超<br>2 年以下 | 2 年超<br>2 年 6 月以下 | 2 年 6 月超<br>3 年以下 | 3 年超 |
|         |                   |                   |                   |                   |      |
| 人       | 人                 | 人                 | 人                 | 人                 | 人    |

(47) 過去 1 年間の入退所の状況

過去 1 年間(令和元年10月 1 日～令和 2 年 9 月30日)に入所した者及び退所した者について、該当する者を計上してください。

| 利 用 者 の 入 所 前 の 場 所 ・ 状 況 |                   |                  |       |         |     |                    |       |
|---------------------------|-------------------|------------------|-------|---------|-----|--------------------|-------|
| 自宅・アパート等                  |                   | グ ル ー プ<br>ホ ー ム | 福祉ホーム | 入 所 施 設 | 病 院 | 特 別 支 援 の<br>寄 宿 舎 | そ の 他 |
| 1人暮らし・結婚等<br>の自立した生活      | 親・兄弟等に<br>扶養された生活 |                  |       |         |     |                    |       |
|                           |                   |                  |       |         |     |                    |       |
| 人                         | 人                 | 人                | 人     | 人       | 人   | 人                  | 人     |
| 利 用 者 の 退 所 後 の 行 先 ・ 状 況 |                   |                  |       |         |     |                    |       |
| 自宅・アパート等                  |                   | グ ル ー プ<br>ホ ー ム | 福祉ホーム | 入 所 施 設 | 病 院 | 死 亡                | そ の 他 |
| 1人暮らし・結婚等<br>の自立した生活      | 親・兄弟等に<br>扶養された生活 |                  |       |         |     |                    |       |
|                           |                   |                  |       |         |     |                    |       |
| 人                         | 人                 | 人                | 人     | 人       | 人   | 人                  | 人     |

(48) 宿泊型自立訓練サービスの従事者数

換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

|                    | サ ー ビ ス<br>管理責任者 | 保健師・看護師 | 生活支援員 | そ の 他 の<br>職 員 |
|--------------------|------------------|---------|-------|----------------|
| 常 勤 専 従<br>(換算数不要) |                  |         |       |                |
| 常 勤 兼 務            |                  |         |       |                |
| 常勤兼務<br>の換算数       | .                | .       | .     | .              |
| 非 常 勤              |                  |         |       |                |
| 非 常 勤<br>の換算数      | .                | .       | .     | .              |

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
 1 人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
 また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
|       |       |         |       |                     |
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |

|                 |  |      |  |                  |  |
|-----------------|--|------|--|------------------|--|
| 0043 就労移行支援サービス |  | 記入者名 |  | 電話番号 ( )-( )-( ) |  |
|-----------------|--|------|--|------------------|--|

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。  
調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(49) 就労移行支援サービスの提供状況

9 月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり

2 9 月中の利用者なし

(補問)「9 月中の利用者あり」の場合、9 月 30 日現在の「利用期間別利用実人員」及び 9 月中の「利用延人数」を記入してください。  
9 月中に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

| 利用期間別利用実人員 |            |      | 利用延人数 |
|------------|------------|------|-------|
| 2 年以下      | 2 年超 3 年以下 | 3 年超 |       |
|            |            |      |       |
| 人          | 人          | 人    | 人     |

(50) 過去 1 年間の退所者の状況

過去 1 年間(令和元年10月 1 日～令和 2 年 9 月 30 日)に退所した者について、次の退所理由別に人数を記入してください。

| 退 所 理 由 |                      |                               |                               |                    |     |     |       |
|---------|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------|-----|-----|-------|
| 就 職     | 他の障害福祉サービス等を利用(利用先)  |                               |                               |                    | 入 院 | 死 亡 | そ の 他 |
|         | 就 労 移 行<br>支 援 事 業 所 | 就 労 継 続<br>支 援 (A 型)<br>事 業 所 | 就 労 継 続<br>支 援 (B 型)<br>事 業 所 | そ の 他 の<br>事 業 所 等 |     |     |       |
|         |                      |                               |                               |                    |     |     |       |
| 人       | 人                    | 人                             | 人                             | 人                  | 人   | 人   | 人     |

(51) 就労移行支援サービスの従事者数

換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

|                    | サ ー ビ ス<br>管 理 責 任 者 | 生 活 支 援 員 | 職 業 指 導 員 | 就 労 支 援 員 | そ の 他 の<br>職 員 |
|--------------------|----------------------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| 常 勤 専 従<br>(換算数不要) |                      |           |           |           |                |
| 常 勤 兼 務            |                      |           |           |           |                |
| 常勤兼務<br>の換算数       |                      |           |           |           |                |
| 非 常 勤              |                      |           |           |           |                |
| 非 常 勤<br>の換算数      |                      |           |           |           |                |

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1 人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

|       |       |         |       |                     |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |

## 0045 就労継続支援（A型）サービス

記入者名

電話番号( )-( )-( )

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。  
調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(52) 就労継続支援（A型）サービスの提供状況 9 月中の営業日数

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり 2 9 月中の利用者なし

（補間）「9 月中の利用者あり」の場合、9 月 30 日現在の「利用期間別利用実人員」及び 9 月中の「利用延人数」を記入してください。  
9 月中に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

| 利用期間別利用実人員 |            |      | 利用延人数 |
|------------|------------|------|-------|
| 1 年以下      | 1 年超 3 年以下 | 3 年超 |       |
| 人          | 人          | 人    | 人     |

## (53) 過去 1 年間の退所者の状況

過去 1 年間（令和元年 10 月 1 日～令和 2 年 9 月 30 日）に退所した者について、次の退所理由別に人数を記入してください。

| 退 所 理 由 |                      |                               |                               |                    |     |     |       |
|---------|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------|-----|-----|-------|
| 就 職     | 他の障害福祉サービス等を利用(利用先)  |                               |                               |                    | 入 院 | 死 亡 | そ の 他 |
|         | 就 労 移 行<br>支 援 事 業 所 | 就 労 継 続<br>支 援 (A 型)<br>事 業 所 | 就 労 継 続<br>支 援 (B 型)<br>事 業 所 | そ の 他 の<br>事 業 所 等 |     |     |       |
| 人       | 人                    | 人                             | 人                             | 人                  | 人   | 人   | 人     |

## (54) 就労継続支援（A型）サービスの従事者数

換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

|                    | サ ー ビ ス<br>管理責任者 | 生活支援員 | 職業指導員 | そ の 他 の<br>職 員 |
|--------------------|------------------|-------|-------|----------------|
| 常 勤 専 従<br>（換算数不要） |                  |       |       |                |
| 常 勤 兼 務            |                  |       |       |                |
| 常勤兼務<br>の換算数       | ...              | ...   | ...   | ...            |
| 非 常 勤              |                  |       |       |                |
| 非常勤<br>の換算数        | ...              | ...   | ...   | ...            |

（補間）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1 人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる  
場合はその人数も記入してください。

| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |

## 0046 就労継続支援（B型）サービス

記入者名

電話番号( )-( )-( )

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。  
調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(55) 就労継続支援（B型）サービスの提供状況 9 月中の営業日数

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり 2 9 月中の利用者なし

（補間）「9 月中の利用者あり」の場合、9 月 30 日現在の「利用期間別利用実人員」及び 9 月中の「利用延人数」を記入してください。  
9 月中に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

| 利用期間別利用実人員 |            |      | 利用延人数 |
|------------|------------|------|-------|
| 1 年以下      | 1 年超 3 年以下 | 3 年超 |       |
| 人          | 人          | 人    | 人     |

## (56) 過去 1 年間の退所者の状況

過去 1 年間（令和元年 10 月 1 日～令和 2 年 9 月 30 日）に退所した者について、次の退所理由別に人数を記入してください。

| 退 所 理 由 |                      |                              |                              |                    |     |     |       |
|---------|----------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|-----|-----|-------|
| 就 職     | 他の障害福祉サービス等を利用（利用先）  |                              |                              |                    | 入 院 | 死 亡 | そ の 他 |
|         | 就 労 移 行<br>支 援 事 業 所 | 就 労 継 続<br>支 援（A 型）<br>事 業 所 | 就 労 継 続<br>支 援（B 型）<br>事 業 所 | そ の 他 の<br>事 業 所 等 |     |     |       |
| 人       | 人                    | 人                            | 人                            | 人                  | 人   | 人   | 人     |

## (57) 就労継続支援（B型）サービスの従事者数

換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

|                    | サ ー ビ ス<br>管理責任者 | 生活支援員 | 職業指導員 | そ の 他 の<br>職 員 |
|--------------------|------------------|-------|-------|----------------|
| 常 勤 専 従<br>（換算数不要） |                  |       |       |                |
| 常 勤 兼 務            |                  |       |       |                |
| 常勤兼務<br>の換算数       | ...              | ...   | ...   | ...            |
| 非 常 勤              |                  |       |       |                |
| 非常勤<br>の換算数        | ...              | ...   | ...   | ...            |

（補間）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1 人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる  
場合はその人数も記入してください。

| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |



|                 |      |                 |
|-----------------|------|-----------------|
| 0035 自立生活援助サービス | 記入者名 | 電話番号( )-( )-( ) |
|-----------------|------|-----------------|

(58) 自立生活援助サービスの提供状況

1 9月中の利用者あり

2 9月中の利用者なし

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合、9月30日現在の「利用期間別利用実人員」を記入してください。  
9月中に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

| 利用期間別利用実人員 |           |           |           |
|------------|-----------|-----------|-----------|
| 1年以下       | 1年超1年6月以下 | 1年6月超2年以下 | 2年超2年6月以下 |
| 人          | 人         | 人         | 人         |

(59) 過去1年間の利用者の状況

過去1年間(令和元年10月1日～令和2年9月30日)に利用した者について、該当する者を計上してください。

| 利用前の場所・状況 |      |       |       |       |     |
|-----------|------|-------|-------|-------|-----|
| グループホーム   | 入所施設 | 精神科病院 | 1人暮らし | 家族と同居 | その他 |
| 人         | 人    | 人     | 人     | 人     | 人   |

(60) 自立生活援助サービスの従事者数

換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

|             | サービス管理責任者 | 地域生活支援員 | その他の職員 |
|-------------|-----------|---------|--------|
| 常勤専従(換算数不要) |           |         |        |
| 常勤兼務        |           |         |        |
| 常勤兼務の換算数    | ...       | ...     | ...    |
| 非常勤         |           |         |        |
| 非常勤の換算数     | ...       | ...     | ...    |

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

|       |       |         |       |                 |
|-------|-------|---------|-------|-----------------|
| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として従事している者 |
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人               |

|                 |      |                 |
|-----------------|------|-----------------|
| 0047 就労定着支援サービス | 記入者名 | 電話番号( )-( )-( ) |
|-----------------|------|-----------------|

(61) 就労定着支援サービスの提供状況

1 9月中の利用者あり

2 9月中の利用者なし

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「利用実人員」を記入してください。

利用実人員

人

(62) 就労定着支援サービスの従事者数

換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

|             | サービス管理責任者 | 就労定着支援員 | その他の職員 |
|-------------|-----------|---------|--------|
| 常勤専従(換算数不要) |           |         |        |
| 常勤兼務        |           |         |        |
| 常勤兼務の換算数    | ...       | ...     | ...    |
| 非常勤         |           |         |        |
| 非常勤の換算数     | ...       | ...     | ...    |

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

|       |       |         |       |                 |
|-------|-------|---------|-------|-----------------|
| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として従事している者 |
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人               |

15

(63) 児童発達支援の提供状況

定員

人

9 月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり    2 9 月中の利用者なし

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

利 用 実 人 員

人

利 用 延 人 数

人

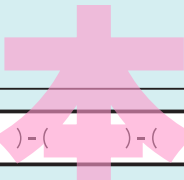
(64) 児童発達支援の従事者数

換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

|                    | 児童発達支援<br>管理責任者 | 児童指導員 | 保 育 士 | 障害福祉サービス<br>経 験 者 | そ の 他 の<br>職 員 |
|--------------------|-----------------|-------|-------|-------------------|----------------|
| 常 勤 専 従<br>(換算数不要) |                 |       |       |                   |                |
| 常 勤 兼 務            |                 |       |       |                   |                |
| 常勤兼務<br>の換算数       |                 |       |       |                   |                |
| 非 常 勤              |                 |       |       |                   |                |
| 非常勤<br>の換算数        |                 |       |       |                   |                |

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1 人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合は  
その人数も記入してください。

| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |



(65) 居宅訪問型児童発達支援の提供状況

9 月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり    2 9 月中の利用者なし

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「利用実人員」「訪問回数合計」を記入してください。

利 用 実 人 員

人

訪 問 回 数 合 計

回

(66) 居宅訪問型児童発達支援の従事者数

換算数は小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで記入してください。

|                    | 児童発達支援<br>管理責任者 | 訪問支援員 | そ の 他 の<br>職 員 |
|--------------------|-----------------|-------|----------------|
| 常 勤 専 従<br>(換算数不要) |                 |       |                |
| 常 勤 兼 務            |                 |       |                |
| 常勤兼務<br>の換算数       |                 |       |                |
| 非 常 勤              |                 |       |                |
| 非常勤<br>の換算数        |                 |       |                |

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1 人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合は  
その人数も記入してください。

| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |

## 0063 放課後等デイサービス

記入者名

電話番号( )-( )-( )

## (67) 放課後等デイサービスの提供状況

定員

人

9 月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり 2 9 月中の利用者なし

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

利 用 実 人 員

人

利 用 延 人 数

人

## (68) 放課後等デイサービスの従事者数

換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

|                    | 児童発達支援<br>管理責任者 | 児童指導員 | 保 育 士 | 障害福祉サービス<br>経 験 者 | そ の 他 の<br>職 員 |
|--------------------|-----------------|-------|-------|-------------------|----------------|
| 常 勤 専 従<br>(換算数不要) |                 |       |       |                   |                |
| 常 勤 兼 務            |                 |       |       |                   |                |
| 常勤兼務<br>の換算数       | ..              | ..    | ..    | ..                | ..             |
| 非 常 勤              |                 |       |       |                   |                |
| 非常勤<br>の換算数        | ..              | ..    | ..    | ..                | ..             |

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |

## 0064 保育所等訪問支援

記入者名

電話番号( )-( )-( )

## (69) 保育所等訪問支援の提供状況

9 月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9 月中の利用者あり 2 9 月中の利用者なし

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「利用実人員」「訪問回数合計」を記入してください。

利 用 実 人 員

人

訪 問 回 数 合 計

回

## (70) 保育所等訪問支援の従事者数

換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

|                    | 児童発達支援<br>管理責任者 | 訪問支援員 | そ の 他 の<br>職 員 |
|--------------------|-----------------|-------|----------------|
| 常 勤 専 従<br>(換算数不要) |                 |       |                |
| 常 勤 兼 務            |                 |       |                |
| 常勤兼務<br>の換算数       | ..              | ..    | ..             |
| 非 常 勤              |                 |       |                |
| 非常勤<br>の換算数        | ..              | ..    | ..             |

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |

## 0055 障害児相談支援

記入者名

電話番号( )-( )-( )

## (71) 障害児相談支援の提供状況

1 9 月中の利用者あり 2 9 月中の利用者なし

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「利用実人員」を記入してください。

利 用 実 人 員

人

・9 月中に障害児支援利用援助(計画作成)又は継続障害児支援利用援助(モニタリング)を提供した人数を記入してください。

## (72) 障害児相談支援の従事者数

換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

|                    | 管 理 者 | 相 談 支 援<br>専 門 員 | そ の 他 の<br>職 員 |
|--------------------|-------|------------------|----------------|
| 常 勤 専 従<br>(換算数不要) |       |                  |                |
| 常 勤 兼 務            |       |                  |                |
| 常勤兼務<br>の換算数       | ..    | ..               | ..             |
| 非 常 勤              |       |                  |                |
| 非常勤<br>の換算数        | ..    | ..               | ..             |

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数を記入してください。  
1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 公認心理師 | うち心理職として<br>従事している者 |
|-------|-------|---------|-------|---------------------|
| 人     | 人     | 人       | 人     | 人                   |