



総務省承認 No.27619
承認期限 平成22年3月31日

平成21年社会福祉施設等調査
障害福祉サービス等事業所票

厚生労働省

(平成21年10月1日調査)

注1:(1)~(4), (7)の項目については、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。
注2:*印の箇所は事業所では記入しないでください。

* 発送番号

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

* 事業所票番号

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

* 市区町村番号

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

(1) 法人名 (注1) (2) 事業所名 (注1)

(3) 事業所の所在地 (注1) 郵便番号 - 電話番号 () - () - ()

(4) 経営主体 (注1) 該当する番号一つに○をつけてください。
 01 国 04 一部事務組合・広域連合 07 医療法人 10 消費生活協同組合及び連合会 13 その他の法人
 02 都道府県 05 社会福祉協議会 08 公益法人 11 営利法人(会社) 14 01~13以外
 03 市区町村 06 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 09 農業協同組合及び連合会 12 特定非営利活動法人(NPO)

(5) 併設の状況 同一法人(実質的同一経営を含む)が同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事業所について、該当する番号すべてに○をつけてください。
 1 身体障害者更生援護施設 3 児童福祉施設 5 指定障害者支援施設 7 1~6との併設はない
 2 知的障害者援護施設 4 精神障害者社会復帰施設 6 介護保険施設・事業所

(6) 苦情解決のための取組状況 該当する番号すべてに○をつけてください。
 1 苦情受付窓口を設置 3 共同で第三者委員を設置 5 1~4以外の取組を実施している
 2 苦情解決責任者を設置 4 単独で第三者委員を設置 6 1~5のいずれも実施していない

(7) 事業の種類・事業所番号 (注1) 10月1日現在、貴事業所において指定を受けている次の01~16の事業について、「活動状況」の一つに○をつけ、印字されている事業所番号、事業所名を確認してください。変更・誤りがある場合、(注1)の修正をしてください。記入後は、サービスの種類ごとに示したページへ進んでください。印字されていない事業があった場合は、該当する「サービスの種類」欄の事業所番号、事業所名等を記入してください。

| サービスの種類 | 活動状況(一つに○) | 事業所番号 | 事業所名 | サービス別調査項目 |
|---------------|------------------------|-------|------|--|
| 01 居宅介護 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | | | 2ページ(8ページ)へ進んでください。(以下同じ) 3・(8)ページへ 3ページ(9ページ)へ 4・(9)ページへ 4ページ(10ページ)へ 5ページ(10ページ)へ 6ページ(11ページ)へ 7ページ(11ページ)へ |
| 02 重度訪問介護 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | | | |
| 03 行動援護 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | | | |
| 04 療養介護 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | | | |
| 05 生活介護 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | | | |
| 06 児童デイサービス | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | | | |
| 07 短期入所 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | | | |
| 08 重度障害者等包括支援 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | | | |
| 09 相談支援 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | | | |
| 10 共同生活介護 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | | | |
| 11 共同生活援助 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | | | |
| 12 自立訓練(機能訓練) | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | | | |
| 13 自立訓練(生活訓練) | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | | | |
| 14 就労移行支援 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | | | |
| 15 就労継続支援(A型) | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | | | |
| 16 就労継続支援(B型) | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | | | |

* 組み合わせ

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 老 | 障 | 児 | 保 | 事 |
|---|---|---|---|---|

「サービスの種類」ごとにページが続きます。()内のページは「従事者数」に関する項目です。

(※) 調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用するため、事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名と連絡先(電話番号)を記入してください。なお、FAX、Eメールアドレスの記入は任意です。

調査票記入者名 連絡先: - -
FAX: - -
Eメール

1 居宅介護サービス

(1) サービスの提供状況 9月中の営業日数 日

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「9月中の利用実人員」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1) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の利用実人員について、提供サービスごとに「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) | 訪問回数合計(回) | 利用実人員(人) | 訪問回数合計(回) |
| 身体介護が中心 | | | | |
| 通院介助(身体介護を伴う)が中心 | | | | |
| 家事援助が中心 | | | | |
| 通院介助(身体介護を伴わない)が中心 | | | | |
| 通院等乗降介助が中心 | | | | |

注:ここでいう「9月中の利用実人員」の計上のしかたは、例えば、同じ利用者(1人)が「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。

(補問2) 9月中の利用実人員のうち、「利用者負担上限額管理加算対象者」の人数を記入してください。 → 人

注:対象者がいない場合は「0」と記入してください。

* 8ページの従事者数も記入してください。

2 重度訪問介護サービス

(1) サービスの提供状況 9月中の営業日数 日

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」の人数を記入してください。

| 利用実人員(人) | うち移動介護(人) | 訪問回数合計(回) | うち移動介護(回) |
|----------|-----------|-----------|-----------|
| | | | |

(補問2) 9月中の利用実人員のうち、「利用者負担上限額管理加算対象者」の人数を記入してください。 → 人

注:対象者がいない場合は「0」と記入してください。

* 8ページの従事者数も記入してください。

3 行動援護サービス

(1) サービスの提供状況 9月中の営業日数 日

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) | | |
| 訪問回数合計(回) | | |

(補問2) 9月中の利用実人員のうち、「利用者負担上限額管理加算対象者」の人数を記入してください。 → 人

注:対象者がいない場合は「0」と記入してください。

* 8ページの従事者数も記入してください。

4 療養介護サービス

(1) 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」「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) | |

* 8ページの従事者数も記入してください。

5 生活介護サービス

(1) サービスの提供状況 9月中の営業日数 日

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) | |

(補問2) 9月中の利用実人員のうち、「利用者負担上限額管理加算対象者」の人数を記入してください。 → 人 注:対象者がいない場合は「0」と記入してください。

* 9ページの従事者数も記入してください。

6 児童デイサービス

(1) サービスの提供状況 定員 人 9月中の開催日数 日

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) | |

(補問2) 9月中の利用実人員のうち、「利用者負担上限額管理加算対象者」の人数を記入してください。 → 人 注:対象者がいない場合は「0」と記入してください。

(補問3) 9月中の「送迎加算」の回数の合計を記入してください。 → 回 注:送迎を行っていない場合は「0」と記入してください。

* 9ページの従事者数も記入してください。

7 短期入所サービス

(1) 事業所形態 (複数回答) 1 単独型 2 併設型 3 空床型

(2) サービスの提供状況 定員 人 注:「2 併設型」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1) 「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) | | |
| 利用日数合計(日) | | |

(補問2) 「9月中の利用者あり」の場合、以下の人数について記入してください。

1 9月中にやむを得ず利用を断ったことがある者 人

2 9月中の利用者のうち、3か月以上継続して利用している者 人

* 「1 単独型」及び「2 併設型」に○をつけた事業所のみ、9ページの従事者数も記入してください。

8 重度障害者等包括支援サービス

(1) サービスの提供状況 9月中の営業日数 日

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) | | | |
| 利用日数合計(日) | | | |

* 10ページの従事者数も記入してください。

9 相談支援事業

(1) 職員の資質向上のための取組状況

この1年間(平成20年10月1日～平成21年9月30日)に職員の資質向上のための取組をしましたか。

(補問) 「職員の資質向上のための取組をした」場合、どのような取組をしましたか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 した <input type="checkbox"/> 2 しない | <input type="checkbox"/> 1 事業所独自の研修を実施 <input type="checkbox"/> 2 「相談支援従事者(初任者・現任)研修」に参加(都道府県が実施) | <input type="checkbox"/> 3 「相談支援従事者指導者養成研修」に参加(国が実施) <input type="checkbox"/> 4 1～3以外の研修に参加 |
|---|--|--|

(2) サービス利用計画作成費の利用状況

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)

* 10ページの従事者数も記入してください。

10 共同生活介護サービス ・ 11 共同生活援助サービス

「注:事業所全体(一体型含む。)について、記入してください。」

(1) 「一体型指定事業所」(一体型指定共同生活介護・共同生活援助事業所)の有無

| | |
|----------------|---|
| 「一体型指定事業所」ですか。 | |
| 1 | 2 |

(2) 定員

提供サービス別「共同生活住居」の総定員を記入してください。

| | | |
|---------------------------|---------------------------|----------------------------|
| ① 「共同生活介護サービス」の共同生活住居の総定員 | ② 「共同生活援助サービス」の共同生活住居の総定員 | ③ 「一体型指定事業所」の一体型共同生活住居の総定員 |
| 人 | 人 | 人 |

(3) 「共同生活住居」の定員別箇所数

すべての「共同生活住居」について、定員別箇所数を記入してください。

| | | | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----|-----|-------------|-------------|
| 2人 ~4人 | 5人 | 6人 | 7人 | 8人 | 9人 | 10人 | 11人 ~20人 | 21人 ~30人 |
| | | | | | | | | |

(4) 9月中のサービスの利用状況

平成21年9月中の利用状況について、該当する番号をひとつ選んで○をつけてください。
また、「2 利用者あり」の場合は、「9月末日利用者数(人)」を記入してください。

| | | |
|----------------------|-----------------|-------------|
| | 9月中の利用者の有無 | 9月末日利用者数(人) |
| 「共同生活介護」で支給決定を受けた利用者 | 1 利用者なし 2 利用者あり | |
| 「共同生活援助」で支給決定を受けた利用者 | 1 利用者なし 2 利用者あり | |

(5) 過去1年間の入退居の状況

過去1年間(平成20年10月1日~平成21年9月30日)に入居した者及び退居した者について、①、②別に該当する者を計上してください。

① 「共同生活介護」で支給決定を受けた利用者

| 入居者の入居前の場所・状況(人) | | | | | | | |
|--------------------|-----------------|---------------|---------|--------|------|--------------|-------|
| 自宅・アパート等 | | グループホーム、ケアホーム | 4 福祉ホーム | 5 入所施設 | 6 病院 | 7 特別支援学校の寄宿舎 | 8 その他 |
| 1 1人暮らし・結婚等の自立した生活 | 2 親・兄弟等に扶養された生活 | 3 | | | | | |
| | | | | | | | |
| 退居者の退居後の行先・状況(人) | | | | | | | |
| 自宅・アパート等 | | グループホーム、ケアホーム | 4 福祉ホーム | 5 入所施設 | 6 病院 | 7 死亡 | 8 その他 |
| 1 1人暮らし・結婚等の自立した生活 | 2 親・兄弟等に扶養された生活 | 3 | | | | | |
| | | | | | | | |

② 「共同生活援助」で支給決定を受けた利用者

| 入居者の入居前の場所・状況(人) | | | | | | | |
|--------------------|-----------------|---------------|---------|--------|------|--------------|-------|
| 自宅・アパート等 | | グループホーム、ケアホーム | 4 福祉ホーム | 5 入所施設 | 6 病院 | 7 特別支援学校の寄宿舎 | 8 その他 |
| 1 1人暮らし・結婚等の自立した生活 | 2 親・兄弟等に扶養された生活 | 3 | | | | | |
| | | | | | | | |
| 退居者の退居後の行先・状況(人) | | | | | | | |
| 自宅・アパート等 | | グループホーム、ケアホーム | 4 福祉ホーム | 5 入所施設 | 6 病院 | 7 死亡 | 8 その他 |
| 1 1人暮らし・結婚等の自立した生活 | 2 親・兄弟等に扶養された生活 | 3 | | | | | |
| | | | | | | | |

* 10ページの従事者数も記入してください。

12 自立訓練(機能訓練)サービス

(1) サービスの提供状況 9月中の営業日数 日

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「9月中の利用実人員」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1) 「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。

| | サービス費Ⅰ (通所) | サービス費Ⅱ (訪問) |
|----------|----------------|----------------|
| 利用実人員(人) | | |
| 利用延人数(人) | | |

注:ここでいう「9月中に利用実人員」の計上のしかたは、例えば、同じ利用者(1人)に「サービス費Ⅰ」「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。

(補問2) 9月中の利用実人員のうち、「利用者負担上限額管理加算対象者」の人数を記入してください。 → 人 注:対象者がいない場合は「0」と記入してください。

(2) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成20年10月1日～平成21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 (人) | | | | | | | |
|-------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|----------------|-------|-------|-------|
| 1 就 職 | 他の障害福祉サービス等を利用(利用先) | | | | 6 入 院 | 7 死 亡 | 8 その他 |
| | 2 就労移行 支援事業所 | 3 就労継続支 援(A型)事業 所 | 4 就労継続支 援(B型)事業 所 | 5 その他の 事業所等 | | | |
| | | | | | | | |

* 11ページの従事者数も記入してください。

13 自立訓練(生活訓練)サービス

(1) 退院支援施設の届出 1 届出あり 2 届出なし



9月末日利用者数(人)

(2) サービスの提供状況 9月中の営業日数 日

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「9月中の利用実人員」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1) 「9月中の利用実人員」のうち、「サービス費Ⅰ」「サービス費Ⅱ」「サービス費Ⅲ」別「利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

| | サービス費Ⅰ (通所) | サービス費Ⅱ (訪問) | サービス費Ⅲ (宿泊型自立訓練) |
|----------|----------------|----------------|---------------------|
| 利用実人員(人) | | | |
| 利用延人数(人) | | | |

注:ここでいう「9月中に利用実人員」の計上のしかたは、例えば、同じ利用者(1人)に「サービス費Ⅰ」「サービス費Ⅱ」「サービス費Ⅲ」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。

(補問2) 9月中の利用実人員のうち、「利用者負担上限額管理加算対象者」の人数を記入してください。 → 人 注:対象者がいない場合は「0」と記入してください。

(3) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成20年10月1日～平成21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 (人) | | | | | | | |
|-------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|----------------|-------|-------|-------|
| 1 就 職 | 他の障害福祉サービス等を利用(利用先) | | | | 6 入 院 | 7 死 亡 | 8 その他 |
| | 2 就労移行 支援事業所 | 3 就労継続支 援(A型)事業 所 | 4 就労継続支 援(B型)事業 所 | 5 その他の 事業所等 | | | |
| | | | | | | | |

* 11ページの従事者数も記入してください。

14 就労移行支援サービス

(1) 退院支援施設の届出 1 届出あり 2 届出なし

9月末日利用者数(人)

(2) サービスの提供状況 9月中の営業日数 □日

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)

利用延人数(人)

(補問) 9月中の利用実人員のうち、「利用者負担上限額管理加算対象者」の人数を記入してください。

注:対象者がいない場合は「0」と記入してください。

(3) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成20年10月1日～平成21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。

| 1 就 職 | 退 所 理 由 (人) | | | | 6 入 院 | 7 死 亡 | 8 その他 |
|-------|-------------|-----------------|-----------------|------------|-------|-------|-------|
| | 2 就労移行支援事業所 | 3 就労継続支援(A型)事業所 | 4 就労継続支援(B型)事業所 | 5 その他の事業所等 | | | |
| | | | | | | | |

* 11ページの従事者数も記入してください。

15 就労継続支援(A型)サービス

(1) サービスの提供状況 9月中の営業日数 □日

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)

利用延人数(人)

(補問) 9月中の利用実人員のうち、「利用者負担上限額管理加算対象者」の人数を記入してください。

注:対象者がいない場合は「0」と記入してください。

(2) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成20年10月1日～平成21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。

| 1 就 職 | 退 所 理 由 (人) | | | | 6 入 院 | 7 死 亡 | 8 その他 |
|-------|-------------|-----------------|-----------------|------------|-------|-------|-------|
| | 2 就労移行支援事業所 | 3 就労継続支援(A型)事業所 | 4 就労継続支援(B型)事業所 | 5 その他の事業所等 | | | |
| | | | | | | | |

* 11ページの従事者数も記入してください。

16 就労継続支援(B型)サービス

(1) サービスの提供状況 9月中の営業日数 □日

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)

利用延人数(人)

(補問) 9月中の利用実人員のうち、「利用者負担上限額管理加算対象者」の人数を記入してください。

注:対象者がいない場合は「0」と記入してください。

(2) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成20年10月1日～平成21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。

| 1 就 職 | 退 所 理 由 (人) | | | | 6 入 院 | 7 死 亡 | 8 その他 |
|-------|-------------|-----------------|-----------------|------------|-------|-------|-------|
| | 2 就労移行支援事業所 | 3 就労継続支援(A型)事業所 | 4 就労継続支援(B型)事業所 | 5 その他の事業所等 | | | |
| | | | | | | | |

* 11ページの従事者数も記入してください。

従 事 者 数

○ 各サービスの従事者数

※ 各サービスごとに従事している者を計上してください。

「複数(16種類のうち、指定を受けているものすべて)のサービスに従事している者又は非常勤の従事者の換算数は、その職種、サービスごとに従事する時間等で按分して、計上してください。」

(1) 「居宅介護」「重度訪問介護」「行動援護」の各サービスの従事者数(人)

注：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。

| | | 介護福祉士 | ホームヘルパー | | | 重度訪問介護従事者養成研修修了者 | 行動援護従事者養成研修修了者 | その他の職員 |
|-----------------|------|-------|---------|----|----|------------------|----------------|--------|
| | | | 1級 | 2級 | 3級 | | | |
| 1 居宅介護サービス | 常勤専従 | | | | | | | |
| | 常勤兼務 | | | | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ |
| | 非常勤 | | | | | | | |
| 2 重度訪問介護サービス | 常勤専従 | | | | | | | |
| | 常勤兼務 | | | | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ |
| | 非常勤 | | | | | | | |
| 3 行動援護サービス | 常勤専従 | | | | | | | |
| | 常勤兼務 | | | | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ |
| | 非常勤 | | | | | | | |

(補問) 「1 居宅介護サービス」「2 重度訪問介護サービス」「3 行動援護サービス」のそれぞれの従事者のうち、「サービス提供責任者」の人数(実数)をそれぞれに記入してください。

| | 従事者のうち、サービス提供責任者(人) |
|--------------|---------------------|
| 1 居宅介護サービス | |
| 2 重度訪問介護サービス | |
| 3 行動援護サービス | |

(2) 「療養介護サービス」の従事者数(人)

| | | 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 |
|--|------|---------------|------|-----|-------|--------|
| | | 4 療養介護サービス | 常勤専従 | | | |
| | 常勤兼務 | | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ |
| | 非常勤 | | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ |

(補問) 「療養介護サービス」の従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。

| | 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 |
|-------------|-------|-------|---------|
| 常勤の従事者数(人) | | | |
| 非常勤の従事者数(人) | | | |

○ 各サービスの従事者数

(3) 「生活介護サービス」の従事者数(人)

| | | サービス 管理責任者 | 医 師 | 保健師・看護師 | 理学療法士・ 作業療法士 | 生活支援員 | その他の職員 |
|---------------------------|------|---------------|-----|---------|-----------------|-------|--------|
| 5 生活 介護 サー ビス | 常勤専従 | | | | | | |
| | 常勤兼務 | | | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ |
| | 非常勤 | | | | | | |
| 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | |

(補問) 「生活介護サービス」の従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。

| | 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 |
|-------------|-------|-------|---------|
| 常勤の従事者数(人) | | | |
| 非常勤の従事者数(人) | | | |

(4) 「児童デイサービス」の従事者数(人)

(補問)

「児童デイサービス」の従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。

| | | サービス 管理責任者 | 指導員 | 保育士 | その他の 職員 |
|---|------|---------------|-----|-----|------------|
| 6 児 童 デ イ サ ー ビ ス | 常勤専従 | | | | |
| | 常勤兼務 | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ |
| | 非常勤 | | | | |
| 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ | |

| | 社会 福祉士 | 介護 福祉士 | 精神保健 福祉士 |
|-------------|-----------|-----------|-------------|
| 常勤の従事者数(人) | | | |
| 非常勤の従事者数(人) | | | |

(5) 「短期入所サービス」の従事者数(人)

| | | 医 師 | 保健師・看護師 | 心理判定員・ 職能判定員 | 理学療法士・ 作業療法士 | 生活支援員 | 職業指導員 | 介護職員 |
|---|------|-----|---------|-----------------|-----------------|-------|-------|------|
| 7 短 期 入 所 サ ー ビ ス | 常勤専従 | | | | | | | |
| | 常勤兼務 | | | | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ |
| | 非常勤 | | | | | | | |
| 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | |

| | | 児童指導員 | 保育士 | その他の職員 |
|---|------|-------|-----|--------|
| 7 短 期 入 所 サ ー ビ ス | 常勤専従 | | | |
| | 常勤兼務 | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ |
| | 非常勤 | | | |
| 換算数 | ・ | ・ | ・ | |

(補問)

「短期入所サービス」の従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。

| | 社会 福祉士 | 介護 福祉士 | 精神保健 福祉士 |
|-------------|-----------|-----------|-------------|
| 常勤の従事者数(人) | | | |
| 非常勤の従事者数(人) | | | |

○ 各サービスの従事者数

※ 各サービスごとに従事している者を計上してください。

「複数(16種類のうち、指定を受けているものすべて)のサービスに従事している者又は非常勤の従事者の換算数は、その職種、サービスごとに従事する時間等で按分して、計上してください。」

(6) 「重度障害者等包括支援サービス」の従事者数(人)

| | | サービス提供責任者 | その他の職員 |
|---------------|------|-----------|--------|
| 8 包括支援サービス | 常勤専従 | | |
| | 常勤兼務 | | |
| | 換算数 | ・ | ・ |
| | 非常勤 | | |
| | 換算数 | ・ | ・ |

(補問)

「重度障害者等包括支援サービス」の従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。

| | 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 |
|-------------|-------|-------|---------|
| 常勤の従事者数(人) | | | |
| 非常勤の従事者数(人) | | | |

(7) 「相談支援事業」の従事者数(人)

| | | 管理者 | 相談支援専門員 | その他の職員 |
|-------------|------|-----|---------|--------|
| 9 相談支援事業 | 常勤専従 | | | |
| | 常勤兼務 | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ |
| | 非常勤 | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ |

(補問)

「相談支援事業」の従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。

| | 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 |
|-------------|-------|-------|---------|
| 常勤の従事者数(人) | | | |
| 非常勤の従事者数(人) | | | |

(8) 「共同生活介護サービス・共同生活援助サービス」等の従事者数(人)

| | | サービス管理責任者 | 世話人 | 生活支援員 | その他の職員 |
|-----------------------|------|-----------|-----|-------|--------|
| 10 共同生活介護サービス | 常勤専従 | | | | |
| | 常勤兼務 | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ |
| | 非常勤 | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ |
| 11 共同生活援助サービス | 常勤専従 | | | | |
| | 常勤兼務 | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | | ・ |
| | 非常勤 | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | | ・ |
| 10+11 一介と援の一体型サービス | 常勤専従 | | | | |
| | 常勤兼務 | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ |
| | 非常勤 | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ |

(補問) 「共同生活介護」「共同生活援助」「共同生活介護と共同生活援助の一体型」の各サービスに従事する者(全体)のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。

| | 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 |
|-------------|-------|-------|---------|
| 常勤の従事者数(人) | | | |
| 非常勤の従事者数(人) | | | |

○ 各サービスの従事者数

(9) 「自立訓練(機能訓練)サービス」「自立訓練(生活訓練)サービス」の従事者数(人)

| | | サービス管理責任者 | 保健師・看護師 | 理学療法士・作業療法士 | 生活支援員 | 訪問支援員 | その他の職員 |
|------------------------------|------|-----------|---------|-------------|-------|-------|--------|
| 12 (自立訓練 機能訓練) サービス | 常勤専従 | | | | | | |
| | 常勤兼務 | | | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ |
| | 非常勤 | | | | | | |
| 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | |
| 13 (自立訓練 生活訓練) サービス | 常勤専従 | | | | | | |
| | 常勤兼務 | | | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | | ・ | ・ | ・ |
| | 非常勤 | | | | | | |
| 換算数 | ・ | ・ | | ・ | ・ | ・ | |

(補問) 「自立訓練(機能訓練)サービス」「自立訓練(生活訓練)サービス」の各々の従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。

| | | 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 |
|---------------------------|-------------|-------|-------|---------|
| 自立訓練 12 (機能訓練) サービス | 常勤の従事者数(人) | | | |
| | 非常勤の従事者数(人) | | | |
| 自立訓練 13 (生活訓練) サービス | 常勤の従事者数(人) | | | |
| | 非常勤の従事者数(人) | | | |

(10) 「就労移行支援サービス」「就労継続支援(A型)サービス」「就労継続支援(B型)サービス」の従事者数(人)

| | | サービス管理責任者 | 生活支援員 | 職業指導員 | 就労支援員 | その他の職員 |
|------------------------------|------|-----------|-------|-------|-------|--------|
| 14 就労移行 支援 サービス | 常勤専従 | | | | | |
| | 常勤兼務 | | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ |
| | 非常勤 | | | | | |
| 換算数 | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | |
| 15 就労継続 支援(A型) サービス | 常勤専従 | | | | | |
| | 常勤兼務 | | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ | | ・ |
| | 非常勤 | | | | | |
| 換算数 | ・ | ・ | ・ | | ・ | |
| 16 就労継続 支援(B型) サービス | 常勤専従 | | | | | |
| | 常勤兼務 | | | | | |
| | 換算数 | ・ | ・ | ・ | | ・ |
| | 非常勤 | | | | | |
| 換算数 | ・ | ・ | ・ | | ・ | |

(補問) 「就労移行支援サービス」「就労継続(A型)サービス」「就労継続(B型)サービス」の各々の従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。

| | | 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 |
|------------------------------|-------------|-------|-------|---------|
| 14 就労移行支援 サービス | 常勤の従事者数(人) | | | |
| | 非常勤の従事者数(人) | | | |
| 15 就労継続支援 (A型) サービス | 常勤の従事者数(人) | | | |
| | 非常勤の従事者数(人) | | | |
| 16 就労継続支援 (B型) サービス | 常勤の従事者数(人) | | | |
| | 非常勤の従事者数(人) | | | |