



*施設番号	.....
*調査番号	.....

法人名(運営法人名を記入してください。)		
施設名		
施設の所在地	〒 TEL () - () - ()	
施設の種類名		

※障害児入所施設の基準により障害者支援施設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。

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。

*部分は記入不要です。

(1) 活動の状況	1 活動中	※ 休止中・廃止は、それぞれ届出を提出している場合のみ○をつけてください。9月30日時点で届出を出していない場合は活動中に○をつけ、各設問に回答してください。 ※ 休止中・廃止の場合は、以下、記入不要です。
	2 休止中	
	3 廃止	

(2)・(3) 在所者数								
(2) 年齢階級別在所者数(人)(9月30日現在)								
17歳以下	18・19歳	20～24歳	25～29歳	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳
55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上	

※(2)年齢階級別の合計の人数を、入所者、通所者別に記入してください。

(3) 在所者数	入所者数	人	通所者数	人
----------	------	---	------	---

(4) 職種・常勤・非常勤別従事者数(人) ※換算数は小数点以下第1位まで記入してください。										
	1 施設長(管理人)	1のうち 社会福祉士	2 サービス 管理者 責任者	3 生活指導 ・支援員	3のうち 社会福祉士	4 職業・作業 指導員	4のうち 社会福祉士	セラピスト 5 理学療法士	6 作業療法士	7 その他の 療法士
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	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	8 心理・職 能判定員	9 医師	10 保健師 看護師	11 精保 神健 福祉士	12 介護 職員	12のうち 介護福祉士	13 栄養士	14 調理員	15 事務員	16 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	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

(5) 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			

(6) 9月30日現在における入所期間別入所者数(人)	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 3年以下	3年超 5年以下	5年超

※ 障害者支援施設の入所者が対象です。通所者は計上しないでください。

裏面につづきます。

(7) 過去1年間(平成24年10月1日～平成25年9月30日)の退所理由・退所後の住居(夜の住まい)別退所者数(人)							
退所後の住居	退所理由	就職	家庭復帰	他の社会福祉施設等へ転所	入院	死亡	その他
1 自宅・アパート等							
2 グループホーム(共同生活援助)							
3 ケアホーム(共同生活介護)							
4 福祉ホーム							
5 入所施設							
6 その他							
7 計							

地域活動支援センターのみ記入してください。 ※施設の種類の地域活動支援センターに変更になった場合も記入してください。

(8)地域活動支援センターの9月中の「利用実人員(人)」「利用延人数(人)」	利用実人員(人)		利用延人数(人)	
--	----------	--	----------	--

障害者支援施設のみ記入してください。 ※施設の種類の障害者支援施設に変更になった場合も記入してください。

(9)障害者支援施設の指定昼間実施サービスの有無・種類・事業所番号、サービスの種類別利用状況

※ 障害者支援施設の昼間実施サービス(6種類)につきましては、「E 障害福祉サービス等・障害児通所支援等事業所票」ではなく、この調査票に記入してください。
 障害者支援施設以外の施設が実施するサービス、障害者支援施設が実施する下記6種類以外のサービスにつきましては、「E 障害福祉サービス等・障害児通所支援等事業所票」に各サービスごとに記入してください。

障害者支援施設について、指定の状況に該当する番号に○をつけてください。 1 あり→補問へ 2 なし(補問回答不要)

補問1 昼間実施サービス(「生活介護サービス」「自立訓練サービス(機能訓練・生活訓練)」「就労移行支援サービス」「就労継続支援サービス(A型・B型)」)を実施している施設は、下欄に事業所番号を記入してください。

事業所番号									
●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

補問2-1 「指定されている昼間実施サービス」の種類について、実施しているサービスの種類の番号に○をつけてください。
 また、「9月中の利用者の有無」について、該当する番号に○をつけ、9月中の利用者が「1あり」の場合は、「利用実人員(人)」「利用延人数(人)」も記入してください。

サービスの種類	9月中の利用者の有無	利用実人員(人)	利用延人数(人)
1 生活介護 →	1 あり 2 なし		
2 自立訓練(機能訓練) →	1 あり 2 なし		補問2-2へ
3 自立訓練(生活訓練) →	1 あり 2 なし		
4 就労移行支援 →	1 あり 2 なし		
5 就労継続支援(A型) →	1 あり 2 なし		
6 就労継続支援(B型) →	1 あり 2 なし		

補問2-2 「自立訓練サービス(機能訓練、生活訓練)」の9月中のそれぞれの利用実人員のうち、「サービス費Ⅰ」「サービス費Ⅱ」別に「利用実人員(人)」「利用延人数(人)」を記入してください。

※サービス費別の「利用実人員」は9月中に同じ者が10日利用しても「1」となりますが、同「利用延人数」は「10」となります。ただし、1日に同じ者が2回利用した場合の同「利用延人数」は「1」となります。(利用回数ではないので2回にはなりません。)

		サービス費Ⅰ(入所・通所)	サービス費Ⅱ(訪問)
自立訓練サービス(機能訓練)	利用実人員(人)		
	利用延人数(人)		
自立訓練サービス(生活訓練)	利用実人員(人)		
	利用延人数(人)		

※ 調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。

調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須)	(ふりがな)
	電話 (- -)
上記以外連絡先(携帯、FAX等)	

ご協力ありがとうございました。