

各 { 都道府県知事
指定都市市長
中核市市長 } 殿

厚生労働省政策統括官
(統計・情報システム管理、労使関係担当)
(公 印 省 略)

令和 7 年社会福祉施設等調査の実施について (通知)

社会福祉施設等調査につきましては、これまで種々御配慮をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、本年においても、下記のとおり同調査を実施いたしますので、調査の円滑な実施に御協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

1 調査の目的・必要性

この調査は、全国社会福祉施設等の数、在所者及び従事者の状況等を把握し、社会福祉行政推進のための基礎資料を得ることを目的としている。

調査結果は、重要な政策の立案・実施・評価のための基礎資料、予算要求の積算の基礎資料として活用されており、例えば、

- 障害福祉サービス等報酬改定の際の障害福祉分野における人材確保に係る基礎資料及び「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）」（以下「障害者総合支援法」という。）に基づき市町村・都道府県が作成する障害福祉計画において、就労移行支援事業所等を通じた一般就労への移行に関する目標を作成する際の基礎資料

- ・ [障害福祉分野の福祉・介護職員数の推移](https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001172445.pdf#page=2)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001172445.pdf#page=2>

- ・ [一般就労への移行者数・移行率の推移](https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001379219.pdf)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001379219.pdf>

- 全国どこでも質も高い保育が受けられ、地域でひとりひとりのこどもの育ちと子育てが応援・支援されるような社会を実現するために示された「保育政策の新たな方向性」に基づく保育人材の確保対策等の基礎資料

- ・ [保育士の従事者数の推移](https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/6615aa32-376c-41c7-aba3-85eaaebad0d/40259406/20241202-councils-hoikujinzai-6615aa32-05.pdf#page=3)

https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/6615aa32-376c-41c7-aba3-85eaaebad0d/40259406/20241202-councils-hoikujinzai-6615aa32-05.pdf#page=3

などが挙げられる。

2 調査の対象及び客体

(1) 基本票

都道府県・指定都市・中核市を対象とし、別紙1に掲げる施設・事業所の全数を把握する。

(2) 詳細票

施設票：別紙1に掲げる社会福祉施設等を対象とし、保育所及び有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅以外）については都道府県及び施設の定員を層として層化無作為抽出した施設（新設の施設については、全ての施設）、それ以外については全数を客体とする。

事業所票：別紙1に掲げる全国における障害者総合支援法による障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、児童福祉法（昭和22年法律第164号）による障害児通所支援事業所及び障害児相談支援事業所を対象とし、その全数を客体とする。

3 調査の期日

令和7年10月1日

4 調査の事項

次の調査票に掲げる事項とする。

【基本票】

- (1) 施設基本票（別紙2・3）
- (2) 事業所基本票（別紙4）

【詳細票】

- (1) 保護施設・老人福祉施設等調査票（別紙5）
- (2) 障害者支援施設等調査票（別紙6）
- (3) 児童福祉施設等調査票（別紙7）
- (4) 保育所・地域型保育事業所調査票（別紙8）
- (5) 障害福祉サービス等事業所票（別紙9）
- (6) 障害児通所支援等事業所票（別紙10）

5 調査の実施体制

- (1) 基本票は、厚生労働省が、都道府県、指定都市及び中核市に対して調査を行う。
- (2) 詳細票は、厚生労働省が、調査に関する事務を民間事業者に委託して行う。
- (3) 都道府県、指定都市及び中核市は、自らが設置している調査対象施設及びそれぞれの区域内の調査対象施設・事業所について、「令和7年社会福祉施設等調査 調査対象名簿」の作成等、円滑な調査の実施に向け、必要な業務を行う。

6 調査の方法

【基本票】

厚生労働省から都道府県、指定都市及び中核市にオンラインにより調査票を配布し、各担当者が入力する。

【詳細票】

都道府県、指定都市及び中核市により更新された「令和7年社会福祉施設等調査

調査対象名簿」を基に、民間事業者から全施設・事業所に調査票を配布し、各管理者が記入する。

7 集計及び結果の公表

集計及び結果の公表は、厚生労働省政策統括官（統計・情報システム管理、労使関係担当）が行い、調査結果は速やかに公表する。

【 調査対象施設・事業所 】

【 施設：61種類 】

- 1 生活保護法による保護施設（5種類）
救護施設、更生施設、医療保護施設*、授産施設、宿所提供施設
- 2 老人福祉法による老人福祉施設（9種類）
養護老人ホーム（一般、盲）、軽費老人ホーム（A型、B型、ケアハウス、都市型）、老人福祉センター（特A型、A型、B型）*
- 3 障害者総合支援法による障害者支援施設等（3種類）
障害者支援施設、地域活動支援センター、福祉ホーム
- 4 身体障害者福祉法による身体障害者社会参加支援施設（8種類）
身体障害者福祉センター（A型、B型）*、障害者更生センター*、補装具製作施設*、盲導犬訓練施設*、点字図書館*、点字出版施設*、聴覚障害者情報提供施設*
- 5 女性支援新法による女性自立支援施設（1種類）
女性自立支援施設
- 6 児童福祉法による児童福祉施設（26種類）
助産施設*、乳児院、母子生活支援施設、保育所型認定こども園、認可保育所、小規模保育事業所（A型、B型、C型）、家庭的保育事業所、居宅訪問型保育事業、事業所内保育事業、児童養護施設、障害児入所施設（福祉型、医療型）、児童発達支援センター、児童心理治療施設、児童自立支援施設、児童家庭支援センター*、里親支援センター*、小型児童館、児童センター、大型児童館（A型、B型、C型）、その他の児童館、児童遊園*
- 7 母子及び父子並びに寡婦福祉法による母子・父子福祉施設（2種類）
母子・父子福祉センター、母子・父子休養ホーム
- 8 その他の社会福祉施設等（7種類）
授産施設*、無料低額宿泊所*、盲人ホーム*、隣保館*、へき地保健福祉館*、日常生活支援住居施設*、有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅以外、サービス付き高齢者向け住宅であるもの*）

【 事業所：25種類 】

- 1 障害者総合支援法による障害福祉サービス事業所及び相談支援事業所（20種類）
居宅介護事業所、重度訪問介護事業所、同行援護事業所、行動援護事業所、療養介護事業所、生活介護事業所、重度障害者等包括支援事業所、相談支援事業所（計画相談支援、地域移行支援、地域定着支援）、短期入所事業所、共同生活援助事業所、自立訓練（機能訓練、生活訓練）事業所、宿泊型自立訓練事業所、就労移行支援事業所、就労継続支援（A型、B型）事業所、自立生活援助事業所、就労定着支援事業所
- 2 児童福祉法による障害児通所支援事業所及び障害児相談支援事業所（5種類）
児童発達支援事業所、居宅訪問型児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所、保育所等訪問支援事業所、障害児相談支援事業所

注：*の施設は基本票のみ実施。



令和7年社会福祉施設等調査
保護施設・老人福祉施設等調査票
(令和7年10月1日調査)

※調査票の記入及び提出はインターネットでも可能です。

*施設番号
*調査番号

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、余白に修正してください。
*部分は記入不要です。

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 () - () - ()
法人番号 施設の種類の種類名
(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。
2 休止中
3 廃止 ※ 休止中・廃止の場合は、以下、記入不要です。

(2) 在所者数(9月30日現在)
※入所者及び通所者の合計を記入してください。

被措置者・その他別在所者数
被措置者 人 その他 人
年齢階級別在所者数(有料老人ホームは記入不要です。)
19歳以下 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

(3) 職種・常勤－非常勤別従事者数(人) ※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。

Table with columns for job types (1-6) and professions (7-14). Rows include 常勤専従 (換算数不要), 常勤兼務 (換算数), and 非常勤 (換算数).

<オンライン回答のログイン情報>

政府統計コード
調査対象者ID
パスワード(初期)

調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須)
<事務局からの問い合わせに使用します。>
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。



障害者支援施設等調査票

(令和7年10月1日調査)

B

※調査票の記入及び提出はインターネットでも可能です。

Form fields for facility number and survey number.

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、余白に修正してください。
*部分は記入不要です。

Main form section for facility name, address, telephone, and activity status.

(2) 在所者数(9月30日現在)
※入所者及び通所者それぞれの合計を記入してください。

Table for resident counts by age group and facility type.

(3) 入所期間別入所者数 (9月30日現在) ※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。

Table for admission duration by resident type.

(4) 退所理由・退所後の住居(夜の住まい)別退所者数(過去1年間) ※令和6年10月1日～令和7年9月30日

Table for reasons of departure and post-departure housing.

【●(5)は地域活動支援センターのみ、お答えください】

(5) 地域活動支援センターの9月中の「利用実人員」「利用延人数」

※「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、「利用延人数」は「10」となります。

Form fields for actual and extended staff numbers.

裏面に続きます。

<オンライン回答のログイン情報>

Field for government statistics code.

Fields for investigation target ID and password.

【(6)は障害者支援施設のみ、お答えください】

(6) 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は、「E 障害福祉サービス等事業所票」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 指定されている昼間実施サービス(「生活介護」「自立訓練(機能訓練・生活訓練)」「就労移行支援」「就労継続支援(A型・B型)」)を実施している障害者支援施設は、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」「利用延人数」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	利用延人数
1 生活介護 →	1 あり 2 なし	人	人
2 自立訓練(機能訓練) →	1 あり 2 なし	人	補問2-2へ
3 自立訓練(生活訓練) →	1 あり 2 なし	人	
4 就労移行支援 →	1 あり 2 なし	人	
5 就労継続支援(A型) →	1 あり 2 なし	人	
6 就労継続支援(B型) →	1 あり 2 なし	人	

補問2-2 「自立訓練サービス(機能訓練・生活訓練)」の**9月中**のそれぞれについて、「サービス費Ⅰ」「サービス費Ⅱ」別に「利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

※「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、「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「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。)

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

【(7)は全施設、記入してください】

(7)-1 職種・常勤・非常勤別従事者数(人) ※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。

	1 施設長(管理人)		2 サービス管理責任者		3 生活指導・支援員		4 職業・作業指導員		セラピスト		
	1のうち 社会福祉士				3のうち 社会福祉士		4のうち 社会福祉士		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 精神保健福祉士	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											

(7)-2 公認心理師数
 (7)-1の従事者のうち、公認心理師の資格保有者がいる場合は人数を記入してください。

公認心理師
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。

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

ご協力ありがとうございました。

(令和7年10月1日調査)

※調査票の記入及び提出はインターネットでも可能です。

*施設番号																				
*調査番号																				

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、余白に修正してください。
*部分は記入不要です。

法人名 (運営法人名を記入してください。)		
施設・事業所名		
施設・事業所の所在地	〒 TEL () - () - ()	
法人番号		施設・事業所の種類名
(1) 活動の状況	1 活動中 2 休止中 3 廃止	※ 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) 年齢階級別利用児童数
 ※9月30日現在の満年齢により記入してください。なお、年度の途中で3歳となった児童のうち、「満3歳未満・保育認定(3号認定)」のままの児童は「満3歳未満・保育認定(3号認定)」欄の「満2歳」欄に人数を計上してください。
 ※放課後児童クラブや併設の地域子育て支援センターの利用児童などは含めないでください。
 ※保育所型認定こども園における幼稚園機能部分の1号認定利用児童は含めないでください。

認定ありの利用児童		0歳	満1歳	満2歳	満3歳	満4歳	満5歳	満6歳(就学前)
	教育標準時間認定(1号認定)					人	人	人	人
満3歳以上・保育認定(2号認定)					人	人	人	人
満3歳未満・保育認定(3号認定)		人	人	人				
(再掲) 分園		人	人	人	人	人	人	人
認定なしの利用児童	措置人員	人	人	人	人	人	人	人
	私的契約人員	人	人	人	人	人	人	人

(3) 第三者評価機関による評価の受審の状況(努力義務の実施状況)

1 過去5年以内に評価を受審している 2 1より過去に評価を受審している 3 評価を受審していない

(補問) ※(3)で「1」を選んだ施設・事業所のみ回答してください。
 第三者評価機関による評価の受審の実施時期

1 1年以内に実施 3 2年を超え3年以内に実施 5 4年を超え5年以内に実施
 2 1年を超え2年以内に実施 4 3年を超え4年以内に実施

<オンライン回答のログイン情報>		調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須) <事務局からの問い合わせに使用します。>	(ふりがな)
政府統計コード			
調査対象者ID			電話 (- -)
パスワード(初期)		上記以外連絡先(携帯、FAX等)	

【(4)～(5)は保育所(保育所型認定こども園を含む)がお答えください】
【(4)～(6)は保育所型事業所内保育事業所(定員20人以上)がお答えください】

(4) 保育所(保育所型認定こども園を含む)、保育所型事業所内保育事業所(定員20人以上)の職種・常勤－非常勤別従事者数(人)
 ※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。

	1 施設長	2 保育士	2のうち 幼稚園教諭 免許保有者	3 保育 補助者	3のうち 子育て 支援員	3のうち 保育士資 格保有者	4 医師・ 歯科医師	5 保健師・ 看護師	6 栄養士	6のうち 管理栄養士	7 調理員	8 事務員	9 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) 過去1年間(令和6年10月1日から令和7年9月30日まで)の保育士の採用－退職者数(常勤－非常勤別)
 ※人事異動による他保育所等からの転入・転出者、育児休業等の代替職員は含みません。
 ※自治体や法人本部で採用を行っている場合でも、園ごとに記入が必要です。
 ※採用、退職者がいない場合には、「0(ゼロ)」を記入してください。

	常勤	非常勤		常勤	非常勤
保育士採用者数	人	人	保育士退職者数	人	人
うち、令和6年度に 学校を卒業した者	人	人	うち、令和6年度に 学校を卒業した者	人	人
うち、令和6年度に 保育士試験に合格 した者	人	人	うち、令和6年度に保 育士試験に合格した 者	人	人

【(6) 保育所型事業所内保育事業所(定員20人以上)のみお答えください】

(6) 自園調理(給食)の実施状況 ※最も当てはまる番号1つに○をつけてください。

1 自園調理(給食)を実施 3 離島、へき地のため、学校(給食室)や学校給食センターから搬入 5 1～4以外を実施
 2 連携施設から給食を搬入 4 弁当を持参

**【(7)～(9)は小規模保育事業所(A型・B型・C型)または
小規模型事業所内保育事業所(定員19人以下)のみお答えください】**

(7) 小規模保育事業所(A型・B型・C型)、小規模型事業所内保育事業所(定員19人以下)の職種・常勤－非常勤別従事者数(人)
 ※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。

●(A型・B型・C型)、小規模型事業所内保育事業所(定員19人以下)共通の必須記入事項

	1 管理者	2 医師・ 歯科医師	3 保健師・ 看護師	4 栄養士	4のうち 管理栄養士	5 調理員	6 事務員	7 その 他の職 員	7のうち 子育て 支援員
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									

**●(A型・B型)、小規模型事業所内
保育事業所(定員19人以下)**

	8 保育従事者		
	保育士 資格あり	保育士 資格なし	うち 子育て 支援員
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			

●(C型)

	9 家庭的保育者			10 家庭的 保育 補助者	
	保育士 資格あり	保育士 資格なし	うち 子育て 支援員	10のうち 子育て 支援員	
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					

(8) 過去1年間(令和6年10月1日から令和7年9月30日まで)の保育士資格ありの者の採用－退職者数(常勤－非常勤別)
 ※(7)の「8 保育従事者」「9 家庭的保育者」の保育士資格ありの者について常勤－非常勤別に記入してください。
 ※人事異動による他保育所等からの転入・転出者、育児休業等の代替職員は含みません。
 ※自治体や法人本部で採用を行っている場合でも、園ごとに記入が必要です。
 ※採用、退職者がいない場合には、「0(ゼロ)」を記入してください。

	常勤	非常勤		常勤	非常勤
保育士資格あり の者の採用者数	人	人	保育士資格あり の者の退職者数	人	人
うち、令和6年度に 学校を卒業した者	人	人	うち、令和6年度に 学校を卒業した者	人	人
うち、令和6年度に 保育士試験に合格 した者	人	人	うち、令和6年度に保 育士試験に合格した 者	人	人

(9) 自園調理(給食)の実施状況 ※最も当てはまる番号1つに○をつけてください。

1 自園調理(給食)を実施 3 離島、へき地のため、学校(給食室)や学校給食センターから搬入 5 1～4以外を実施
 2 連携施設から給食を搬入 4 弁当を持参

【●(10)～(12)は家庭的保育事業所のみお答えください】

(10)家庭的保育事業所の職種・常勤－非常勤別従事者数（人）

※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。

	1 管理者	2 医師・ 歯科医師	3 保健師・ 看護師	4 栄養士	4のうち 管理栄養士	5 調理員	6 事務員	7 その他 の職員	7のうち 子育て 支援員	8 家庭的保育者			9 家庭的 保育 補助者		
										保育士 資格あり	保育士 資格なし	うち 子育て 支援員	うち 子育て 支援員	9のうち 子育て 支援員	
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															

(11)過去1年間(令和6年10月1日から令和7年9月30日まで)の保育士資格ありの者の採用－退職者数(常勤－非常勤別)

※(10)の「8 家庭的保育者」の保育士資格ありの者について常勤－非常勤別に記入してください。
 ※人事異動による他保育所等からの転入・転出者、育児休業等の代替職員は含みません。
 ※自治体や法人本部で採用を行っている場合でも、園ごとに記入が必要です。
 ※採用、退職者がいない場合には、「0(ゼロ)」を記入してください。

		常勤		非常勤				常勤		非常勤	
		人	人	人	人			人	人	人	人
保育士資格あり の者の採用者数						保育士資格あり の者の退職者数					
うち、令和6年度に 学校を卒業した者						うち、令和6年度に 学校を卒業した者					
うち、令和6年度に 保育士試験に合格 した者						うち、令和6年度に保 育士試験に合格した 者					

(12) 自園調理(給食)の実施状況 ※最も当てはまる番号1つに○をつけてください。

- 1 自園調理(給食)を実施 3 離島、へき地のため、学校(給食室)や学校給食センターから搬入 5 1～4以外を実施
 2 連携施設から給食を搬入 4 弁当を持参

【●(13)～(15)は居宅訪問型保育事業所のみお答えください】

(13)居宅訪問型保育事業所の職種・常勤－非常勤別従事者数（人）

※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。

	1 管理者	2 医師・ 歯科医師	3 保健師・ 看護師	4 栄養士	4のうち 管理栄養士	5 事務員	6 その他 の職員	6のうち 子育て 支援員	7 居宅訪問型保育者			
									保育士 資格あり	保育士 資格なし	うち 子育て 支援員	
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												

(14)過去1年間(令和6年10月1日から令和7年9月30日まで)の保育士資格ありの者の採用－退職者数(常勤－非常勤別)

※(13)の「7 居宅訪問型保育者」の保育士資格ありの者について常勤－非常勤別に記入してください。
 ※人事異動による他保育所等からの転入・転出者、育児休業等の代替職員は含みません。
 ※自治体や法人本部で採用を行っている場合でも、園ごとに記入が必要です。
 ※採用、退職者がいない場合には、「0(ゼロ)」を記入してください。

		常勤		非常勤				常勤		非常勤	
		人	人	人	人			人	人	人	人
保育士資格あり の者の採用者数						保育士資格あり の者の退職者数					
うち、令和6年度に 学校を卒業した者						うち、令和6年度に 学校を卒業した者					
うち、令和6年度に 保育士試験に合格 した者						うち、令和6年度に保 育士試験に合格した 者					

(15) 居宅訪問型保育において主として対応しているもの ※最も当てはまる番号1つに○をつけてください。

- 1 障害、疾病等の程度を勘案して集団保育が著しく困難であると認められるため
 2 教育・保育施設又は地域型保育事業者が利用定員の減少の届出又は確認の辞退をする場合に、保育の継続的な利用の受け皿として保育を行うため
 3 児童福祉法に基づく措置に対応するために保育を行うため
 4 ひとり親家庭で夜間の勤務がある場合など、居宅訪問型保育の必要性が高いため
 5 離島、へき地などであって、居宅訪問型保育事業以外の家庭的保育事業等の確保が困難であると市町村が認めるため

ご協力ありがとうございました。

(2) 居宅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

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) 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。

→

社会福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
人	人	人

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							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)	重度訪問介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) 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2) 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。 →

社会福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
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) 「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

(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							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)	同行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) 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。 →

社会福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
人	人	人

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 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「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) 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。

社会福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
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。

※前身が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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
人	人	人	人

0022 生活介護サービス	記入者名	電話番号 ()-()-()
----------------------	-------------	-------------------------

※障害者支援施設が実施する指定居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 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
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6年10月1日～令和7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 支援事業所	就労継続 支援(A型) 事業所	就労継続 支援(B型) 事業所	その他の 事業所等			
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 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
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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
人	人	人	人

0014 重度障害者等包括支援サービス	記入者名	電話番号 ()-()-()
----------------------------	-------------	-------------------------

(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 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、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。

(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。

	サービス 提供責任者	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	・	・

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
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6年10月1日～令和7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6年10月1日～令和7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 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6年10月1日～令和7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 ホーム	宿泊型 自立訓練	他の 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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
人	人	人	人

(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6年10月1日～令和7年9月30日)に利用者について、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 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
_____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。

(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。

	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	_____	_____	_____

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
_____人	_____人	_____人	_____人

0024 短期入所サービス

(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) 算定している報酬類型 ※該当する番号すべてに○をつけてください。

1 福祉型 2 福祉型強化 3 福祉型強化特定 4 医療型 5 医療型特定 6 基準該当

(28) 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

(29) 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	理学療法士・ 作業療法士	生活支援員	
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	_____	_____	_____	_____	
	介護職員		児童指導員	保育士	その他の 職員
常勤専従 (換算数不要)		うち介護福祉士			
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。

→

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
_____人	_____人	_____人	_____人

0033 共同生活援助サービス

記入者名 電話番号 ()-()-()

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。

(30) 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

(31) 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

(32) 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								

(33) 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

(34) 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

(35) 利用期間別利用実人員(9月30日現在)

(34)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

(36) 「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

(30)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

(37) 「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

(30)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

(38) 過去1年間の入退居の状況

過去1年間(令和6年10月1日～令和7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		グループホーム	福祉ホーム	入所施設	病院	特別支援学校の寄宿舎	その他
	1人暮らし・結婚等の自立した生活	親・兄弟等に扶養された生活						
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。)	人	人	人	人	人	人	人	人
②日中サービス支援型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共同生活援助事業所	人	人	人	人	人	人	人	人

過去1年間(令和6年10月1日～令和7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・結婚等の自立した生活	親・兄弟等に扶養された生活						
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。)	人	人	人	人	人	人	人	人
②日中サービス支援型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共同生活援助事業所	人	人	人	人	人	人	人	人

(39) 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(30)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。

	サービス管理責任者	世話人	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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
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(30)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。

	サービス管理責任者	世話人	生活支援員	看護師	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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
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(30)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。

	サービス管理責任者	世話人	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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
人	人	人	人

0041 自立訓練(機能訓練)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居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。

(40) 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 1年6月以下	1年6月超 2年以下	2年超 2年6月以下	2年6月超 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

(41) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(令和6年10月1日～令和7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 支援事業所	就労継続 支援(A型) 事業所	就労継続 支援(B型) 事業所	その他の 事業所等			
人	人	人	人	人	人	人	

(42) 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 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
常勤専従 (換算数不要)						
常勤兼務						
常勤兼務 の換算数	人	人	人	人	人	人
非常勤						
非常勤 の換算数	人	人	人	人	人	人

(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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
人	人	人	人

※障害者支援施設が実施する指定居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。

(43) 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 1年6月以下	1年6月超 2年以下	2年超 2年6月以下	2年6月超 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

(44) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(令和6年10月1日～令和7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	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 支援事業所	就労継続 支援(A型) 事業所	就労継続 支援(B型) 事業所	その他の 事業所等			
.....人	.....人	.....人	.....人	.....人	.....人	.....人	.....人

(45) 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 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 職 員
常勤専従 (換算数不要)
常勤兼務
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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
.....人	.....人	.....人	.....人

(46) 定員

人

(47) 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 1年6月以下	1年6月超 2年以下	2年超 2年6月以下	2年6月超 3年以下	3年超
人	人	人	人	人	人

(48) 過去1年間の入退所の状況

過去1年間(令和6年10月1日～令和7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 ホーム	福祉ホーム	入所施設	病 院	特別支援 学校の 寄宿舎	その 他
1人暮らし・ 結婚等の 自立した生活	親・兄弟等に 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 ホーム	福祉ホーム	入所施設	病 院	死 亡	その 他
1人暮らし・ 結婚等の 自立した生活	親・兄弟等に 扶養された生活						
人	人	人	人	人	人	人	人

(49) 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 管理責任者	保健師・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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
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。

(50) 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

(51) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(令和6年10月1日～令和7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)						
	就労移行支援事業所	就労継続支援(A型)事業所	就労継続支援(B型)事業所	その他の事業所等			
人	人	人	人	人	人	人	人

(52) 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
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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
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居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。

(53) 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 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

(54) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(令和6年10月1日～令和7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	他の障害福祉サービス等を利用(利用先)				入 院	死 亡	そ の 他
	就労移行支援事業所	就労継続支援(A型)事業所	就労継続支援(B型)事業所	その他の事業所等			
人	人	人	人	人	人	人	人

(55) 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。

(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。

	サービス管理責任者	生活支援員	職業指導員	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	・	・	・	・

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
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居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。

(56) 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 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

(57) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(令和6年10月1日～令和7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	他の障害福祉サービス等を利用(利用先)				入 院	死 亡	そ の 他
	就労移行支援事業所	就労継続支援(A型)事業所	就労継続支援(B型)事業所	その他の事業所等			
人	人	人	人	人	人	人	人

(58) 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。

(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。

	サービス管理責任者	生活支援員	職業指導員	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	・	・	・	・

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
人	人	人	人

0035 自立生活援助サービス

記入者名

電話番号 ()-()-()

(59) 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	2年6月超3年以下	3年超
人	人	人	人	人	人

(60) 過去1年間の利用者の状況

過去1年間(令和6年10月1日～令和7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

(61) 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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
人	人	人	人

0047 就労定着支援サービス

記入者名

電話番号 ()-()-()

(62) 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
-------	---

(63) 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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
人	人	人	人



令和7年社会福祉施設等調査
障害児通所支援等事業所票
(令和7年10月1日調査)

(別紙10)
F

※調査票の記入及び提出はインターネットでも可能です。

*一連番号									
*調査番号									

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、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 <small>※事業所名に修正がある場合は(1)の各事業所名もご確認の上、修正してください。</small>	
事業所の所在地	〒 () () () TEL () () - () () - () () ()
法人番号	

(1) 事業の種類・事業所番号

- ・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。(休止中・廃止の場合は、以下、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。**
- ・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
0061 児童発達支援			1 2 3 活動中 休止中 廃止	このページです
0065 居宅訪問型児童発達支援			1 2 3 活動中 休止中 廃止	2ページへ
0063 放課後等デイサービス			1 2 3 活動中 休止中 廃止	2ページへ
0064 保育所等訪問支援			1 2 3 活動中 休止中 廃止	3ページへ
0055 障害児相談支援			1 2 3 活動中 休止中 廃止	3ページへ

<オンライン回答のログイン情報>

政府統計コード		調査対象者ID	
		パスワード(初期)	

0061 児童発達支援	記入者名	電話番号()-()-()
-------------	------	-----------------

(2) 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	<input type="text"/> 人	利用延人数	<input type="text"/> 人
-------	------------------------	-------	------------------------

(3) 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。

	児童発達支援管理責任者	児童指導員	保育士	障害福祉サービス経験者	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) 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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

0065 居宅訪問型児童発達支援 記入者名 電話番号()-()-()

(4) 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

(5) 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 管理責任者	訪問支援員	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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
人	人	人	人

0063 放課後等デイサービス

記入者名 電話番号()-()-()

(6) 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

(7) 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 管理責任者	児童指導員	保育士	障害福祉 サービス 経験者	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) 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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
人	人	人	人

0064 保育所等訪問支援 記入者名 _____ 電話番号()-()-()

(8) 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

(9) 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 管理責任者	訪問支援員	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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
人	人	人	人

0055 障害児相談支援 記入者名 _____ 電話番号()-()-()

(10) 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。

(11) 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 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。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
人	人	人	人