

(14) 年齢・職種別常勤従事者数(人)	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	(15) 介護福祉士養成校からの実習生受入れ状況(過去1年間)
1 施設長						1 受入れあり 受入日数 _____ 日 受入延人数 _____ 人
2 医師						
3 保健師・看護師						
4 理学・作業療法士						
5 職業・作業指導員						
6 心理・職能判定員						(16) 社会福祉士養成校からの実習生受入れ状況(過去1年間)
7 生活指導・支援員						
8 栄養士						
9 調理員						
(18) 福祉職俸給表に準じた給与体系の導入状況	1 福祉職俸給表に準じている		2 福祉職俸給表に準じていない			(17) 精神保健福祉士養成校からの実習生受入れ状況(過去1年間)
(19) 施設内における医療処置実施の有無	1 あり		2 なし			
(20) 苦情解決のための取組状況	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					
						1 受入れあり 受入日数 _____ 日 受入延人数 _____ 人
						2 受入れなし

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。

(21) 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。

(22) 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  
※障害者支援施設が実施する昼間実施サービス(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 「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、事業所番号を記入してください。

補問2-1 「補問1で○をつけたサービス」の「9月中の利用者の有無」について、該当する番号に○をつけてください。また、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	事業所番号	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。