



平成24年社会福祉施設等調査
障害福祉サービス等・障害児通所支援等事業所票
 (平成24年10月1日調査)



厚生労働省

*一連番号	
*調査番号	
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(3)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 () - () - ()

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) 併設の状況 <small>※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。</small>	1 児童福祉施設 2 障害者支援施設	3 介護保険施設・事業所 4 1~3との併設はない
(2) 苦情解決のための取組状況 <small>※該当する番号すべてに○をつけてください。</small>	1 苦情受付窓口を設置 2 苦情解決責任者を設置	3 共同で第三者委員を設置 4 単独で第三者委員を設置
(3) 事業の種類・事業所番号 <small>※調査票は住所ごとに送付していますので、別住所におけるサービスの記入は不要です。 ※障害者支援施設が実施している昼間実施サービスは「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。 ・9月30日現在、貴事業所において指定を受けている次の0011~0055の各事業について、該当する「活動状況」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・誤りがある場合は、赤字で余白に修正をしてください。記入後は、サービスの種類ごとに右側に示したページへ進んでください。なお、印字されていない事業は記入不要です。 ・下記サービスについて、休止届や廃止届を出している場合は「休止中」「廃止」に○をつけてください。以降のページは記入不要です。 ・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、記入してください。(同一法人・同一住所のサービス事業所の場合、以下の全サービス(障害者支援施設の昼間実施サービスを除く)について、この調査票に記入してください。)</small>	5 1~4以外の取組を実施している 6 1~5のいずれも実施していない	

(記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のままご返送下さい。)

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 活動中 2 休止中 3 廃止	2ページ
0012 重度訪問介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	2ページ
0015 同行援護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	3ページ
0013 行動援護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	3ページ
0021 療養介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	4ページ
0022 生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	4ページ
0014 重度障害者等包括支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	5ページ
0052 計画相談支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	5ページ
0053 地域相談支援(地域移行支援)			1 活動中 2 休止中 3 廃止	6ページ
0054 地域相談支援(地域定着支援)			1 活動中 2 休止中 3 廃止	6ページ
0024 短期入所			1 活動中 2 休止中 3 廃止	7ページ
0031 共同生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	8・9ページ
0033 共同生活援助			1 活動中 2 休止中 3 廃止	8・9ページ
0041 自立訓練(機能訓練)			1 活動中 2 休止中 3 廃止	10ページ
0042 自立訓練(生活訓練)			1 活動中 2 休止中 3 廃止	11ページ
0034 宿泊型自立訓練			1 活動中 2 休止中 3 廃止	12ページ
0043 就労移行支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	13ページ
0045 就労継続支援(A型)			1 活動中 2 休止中 3 廃止	14ページ
0046 就労継続支援(B型)			1 活動中 2 休止中 3 廃止	14ページ
障害児通所支援等				
0061 児童発達支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	15ページ
0063 放課後等デイサービス			1 活動中 2 休止中 3 廃止	15ページ
0064 保育所等訪問支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	16ページ
0055 障害児相談支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	16ページ

※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)
上記以外連絡先(携帯、FAX等)	電話 (- -)

0011 居宅介護サービス

記入者名

電話番号()-()-()

(4) 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「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) 「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	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

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。

(5) 居宅介護サービスの従事者数

※利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。換算数は小数点以下第1位まで記入してください。

	介護福祉士	介護職員 基礎研修 課程修了者	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			
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								

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。

(補問) 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。 → 人
他のサービスと掛け持ちしている者も含めます。

0012 重度訪問介護サービス

記入者名

電話番号()-()-()

(6) 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(人)	うち移動介護(人)	訪問回数合計(回)	うち移動介護(回)

(7) 重度訪問介護サービスの従事者数

※利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。換算数は小数点以下第1位まで記入してください。

	介護福祉士	介護職員 基礎研修 課程修了者	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			
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								

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。

(補問) 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。 → 人
他のサービスと掛け持ちしている者も含めます。