

(33) 共同生活介護サービス・共同生活援助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。

共同生活介護サービス

※8ページ(27)で「1 共同生活介護サービス事業所(ケアホーム)」に○を付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

共同生活援助サービス

※8ページ(27)で「2 共同生活援助サービス事業所(グループホーム)」に○を付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

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)

※8ページ(27)で「3 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)」に○を付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) 「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。
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
常勤の従事者数(人)人人人
非常勤の従事者数(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。

(34) 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月中の「利用期間別利用実人員」を記入してください。

利用実人員 (総数：人)	(再掲)利用期間別					
	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	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。

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

※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「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。

(35) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成23年10月1日～平成24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)						
	他の障害福祉サービス等を利用(利用先)					6 入 院	7 死 亡
	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			
人	人	人	人	人	人	人	人

(36) 自立訓練(機能訓練)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。

	サービスマニージャー	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
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(実数)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
常勤の従事者数(人)	人	人	人
非常勤の従事者数(人)	人	人	人