

*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、赤字で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												施設の種別名					
(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		その他													
年齢階級別在所者数		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	
		人		人		人		人		人		人		人		人	
		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	
		人		人		人		人		人		人		人		人	
身体障害者手帳所持者・療育手帳所持者・年齢区分別在所者数				18歳未満				18歳以上									
身体障害者手帳				人				人									
療育手帳				人				人									
(3) 主な退所理由・在所期間別退所者数 (過去1年間) ※令和2年10月1日~令和3年9月30日	6月未満		6月以上 1年未満		1年以上 3年未満		3年以上 5年未満		5年以上								
	1 就職	人		人		人		人		人							
	2 家庭復帰	人		人		人		人		人							
	3 他の社会福祉施設等へ転所	人		人		人		人		人							
	4 入院	人		人		人		人		人							
	5 死亡	人		人		人		人		人							
	6 その他	人		人		人		人		人							

裏面に続きます。

(4)-1 職種・常勤一非常勤別従事者数(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 生活指導・相談員		3 職業・作業指導員		セラピスト			
		1のうち社会福祉士	2のうち社会福祉士	3のうち社会福祉士	4 理学療法士	5 作業療法士	6 その他の療法士		
常勤専従 (換算数不要)	男								
	女								
常勤兼務	男								
	女								
常勤兼務 の換算数	男	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
	女	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
非常勤	男								
	女								
非常勤 の換算数	男	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
	女	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
	7 医師	8 保健師 看護師	9 精神保健 福祉士	10 介護職員	10のうち 介護福祉士	11 栄養士	12 調理員	13 事務員	14 その他の 職員
	男								
常勤専従 (換算数不要)	女								
	男								
常勤兼務	女								
	男	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
常勤兼務 の換算数	女	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	男								
非常勤	女								
	男	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
非常勤 の換算数	女	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

見本

(4)-2 公認心理師数

(4)-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。  
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人

(5) 実習生の受入状況(過去1年間) ※令和2年10月1日~令和3年9月30日

介護福祉士養成校から	1 受け入れあり	2 受け入れなし
社会福祉士養成校から	1 受け入れあり	2 受け入れなし

(6) 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
-------------------------	----------------	-----------------

(7) 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

※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。