

【●(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	人
6	就労継続支援 (B型)	→	1 あり 2 なし	人	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。)

		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		人
	利用延人数		人		人
自立訓練サービス(生活訓練)	利用実人員		人		人
	利用延人数		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)	1のうち 社会福祉士	2 サービス 管理者	3 生活指導 ・支援員	3のうち 社会福祉士	4 職業・作業 指導員	4のうち 社会福祉士	セラピスト		
								5 療法士	6 作業士	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。