

(平成22年10月1日調査)

厚生労働省

[illegible]

(1) (2) (3) 及び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。

(4) 経営主体		01 国		06 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)		11 営利法人(会社)		
		02 都道府県		07 医療法人		12 特定非営利活動法人(NPO)		
※右記リストから、該当する番号を選択し、上欄に記入してください。		03 市区町村		08 公益法人		13 その他の法人		
		04 一部事務組合・広域連合		09 農業協同組合及び連合会		14 01～13以外(個人を含む。)		
(5) 併設の状況		05 社会福祉協議会		10 消費生活協同組合及び連合会				
※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。		1 身体障害者更生援護施設		4 精神障害者社会復帰施設		7 1～6との併設はない		
		2 知的障害者援護施設		5 指定障害者支援施設				
(6) 苦情解決のための取組状況		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		
※該当する番号すべてに○をつけてください。								
(7) 事業の種類・事業所番号		・9月30日現在、貴事業所において指定を受けている次の01～16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。 ・印字されていない事業があった場合は、該当する「サービスの種類」欄の事業所番号、事業所名等を記入してください。 ・下記サービスについて、休止届や廃止届をだしている場合は「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。) サービス事業所の場合、以下の全サービス						
サービスの種類		事業所番号		事業所名		活動状況(1つに○)		ここから
01 居宅介護						1 活動中 2 休止中 3 廃止		2 頁へ
02 重度訪問介護						1 活動中 2 休止中 3 廃止		2 頁へ
03 行動援護						1 活動中 2 休止中 3 廃止		3 頁へ
04 療養介護						1 活動中 2 休止中 3 廃止		3 頁へ
05 生活介護						1 活動中 2 休止中 3 廃止		4 頁へ
06 児童デイサービス						1 活動中 2 休止中 3 廃止		4 頁へ
07 重度障害者等包括支援						1 活動中 2 休止中 3 廃止		5 頁へ
08 相談支援						1 活動中 2 休止中 3 廃止		5 頁へ
09 共同生活介護						1 活動中 2 休止中 3 廃止		6・7 頁へ
10 共同生活援助						1 活動中 2 休止中 3 廃止		6・7 頁へ
11 短期入所						1 活動中 2 休止中 3 廃止		8 頁へ
12 自立訓練(機能訓練)						1 活動中 2 休止中 3 廃止		9 頁へ
13 自立訓練(生活訓練)						1 活動中 2 休止中 3 廃止		10 頁へ
14 就労移行支援						1 活動中 2 休止中 3 廃止		11 頁へ
15 就労継続支援(A型)						1 活動中 2 休止中 3 廃止		12 頁へ
16 就労継続支援(B型)						1 活動中 2 休止中 3 廃止		12 頁へ

※調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、実際に調査票を記入した方(または、担当部署等)と連絡先(電話番号)を記入してください。サービスにより記入者が異なる場合は、2頁以降の各サービスごとに記入者名及び電話番号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)	電話 (-)
上記以外連絡先 (携帯、FAX等)	

1 居宅介護サービス

記入者名

電話番号 ()-()-()

1-(1) 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				
通院介助（身体介護を伴う）が中心				
家事援助が中心				
通院介助（身体介護を伴わない）が中心				
通院等乗降介助が中心				

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。

1-(2) 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	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 注：対象者がいない場合は「0」と記入してください。

2 重度訪問介護サービス

記入者名

電話番号 ()-()-()

2-(1) 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）

2-(2) 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	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 注：対象者がいない場合は「0」と記入してください。

3 行動援護サービス

記入者名

電話番号()-()-()

3-(1) 行動援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「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)		

3-(2) 行動援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	ホームヘルパー			重度訪問介護従事者養成研修了者	行動援護従事者養成研修了者	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

注：対象者がいない場合は「0」と記入してください。

4 療養介護サービス

記入者名

電話番号()-()-()

4-(1) 療養介護サービスの提供状況

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「利用期間別利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

利用実人員 (総数：人)	(再掲) 利用期間別			利用延人数(人)
	1 年以下	1 年超 3 年以下	3 年超	

4-(2) 療養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。

	サービス管理責任者	医師	看護師	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) 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)			
非常勤の従事者数(人)			

5 生活介護サービス

記入者名

電話番号 ()-()-()

5-(1)生活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「利用期間別利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

利用実人員 (総数：人)	(再掲)利用期間別			利用延人数(人)
	1 年以下	1 年超 3 年以下	3 年超	

5-(2)生活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。

	サ ー ビ ス 管理責任者	医 師	保健師・看護師	理学療法士・ 作業療法士	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) 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)			
非常勤の従事者数(人)			

6 児童デイサービス

記入者名

電話番号 ()-()-()

6-(1)児童デイサービスの提供状況

定員

人

9 月中の開催日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として開催していた場合は開催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「利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

利用実人員(人)		利用延人数(人)	
----------	--	----------	--

(補問 2) 9 月中の「送迎加算」の回数の合計を記入してください。 → 回 注：送迎を行っていない場合は「0」と記入してください。

6-(2)児童デイ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 管理責任者	指 導 員	保 育 士	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)			
非常勤の従事者数(人)			

7 重度障害者等包括支援サービス

記入者名

電話番号 ()-()-()

7-(1) 重度障害者等包括支援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、利用者の類型別に 9 月中の「利用実人員」「利用日数合計」を記入してください。

	I 類型	II 類型	III 類型
利用実人員(人)			
利用日数合計(日)			

7-(2) 重度障害者等包括支援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。

	サービス提供責任者	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。

	福祉士	介護士	精神保健福祉士
常勤の従事者数(人)			
非常勤の従事者数(人)			

8 相談支援事業

記入者名

電話番号 ()-()-()

8-(1) 職員の資質向上のための取組状況

この 1 年間(平成 21 年 10 月 1 日～平成 22 年 9 月 30 日)に職員の資質向上のための取組をしましたか。

(補問) 「職員の資質向上のための取組をした」場合、どのような取組をしましたか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1 し た

2 し な い

- 1 事業所独自の研修を実施
- 2 「相談支援従事者(初任者・現任)研修」に参加(都道府県が実施)
- 3 「相談支援従事者指導者養成研修」に参加(国が実施)
- 4 1～3 以外の研修に参加

8-(2) サービス利用計画作成費の利用状況

1 9 月中の利用者あり

2 9 月中の利用者なし

※利用計画を作成した人数を記入してください。(請求人数や相談のみの人数を間違えて記入しないでください。)

(補問) 「9 月中の利用者あり」の場合、9 月中の「利用実人員」を記入してください。

利用実人員(人)

8-(3) 相談支援事業の従事者数

※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。

	管理者	相談支援専門員	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。

	福祉士	介護士	精神保健福祉士
常勤の従事者数(人)			
非常勤の従事者数(人)			

以下の設問については表紙(1頁)の「共同生活介護」「共同生活援助」の事業所番号を持つ全ての住居について記入してください。この住居には一体型も含まれます。

9・10-(1) 事業所形態

- 1 共同生活介護サービス事業所(ケアホーム)のみ
- 2 共同生活援助サービス事業所(グループホーム)のみ
- 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)

※一体型指定事業所とは、「共同生活介護サービス」と「共同生活援助サービス」を一体的に提供する事業所をいいます。

9・10-(2) 総定員

事業所の総定員(3カ所あれば3カ所すべて)を記入してください。

人

9・10-(3) 定員(階級)別住居箇所数

すべての「共同生活住居」について(3カ所であれば3カ所すべて)、定員別に住居箇所数を記入してください。

定員	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人	9人	10人	11～20人	21～30人
住居箇所数	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所

9・10-(4) 9月中のサービスの利用状況

平成22年9月中の利用状況について、該当する番号をひとつ選んで○をつけてください。

	9月中の利用者の有無	
「共同生活介護」で支給決定を受けた利用者	1 利用者あり	2 利用者なし
「共同生活援助」で支給決定を受けた利用者	1 利用者あり	2 利用者なし

9・10-(5) 利用期間別利用実人員(9月30日現在) ← 「1 利用者あり」の場合は、9月30日現在の「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3年以下	3年超
共同生活介護(ケアホーム)				
共同生活援助(グループホーム)				

9・10-(6) 過去1年間の入退居の状況 過去1年間(平成21年10月1日～平成22年9月30日)に入居した者及び退居した者について、①、②別に該当する者を計上してください。

① 「共同生活介護」で支給決定を受けた利用者

利用者の入居前の場所・状況(人)							
自宅・アパート等		グループホーム、ケアホーム	4 福祉ホーム	5 入所施設	6 病院	7 特別支援の学校・寄宿舎	8 その他
1 1人暮らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等に扶養された生活	3					
利用者の退居後の行先・状況(人)							
自宅・アパート等		グループホーム、ケアホーム	4 福祉ホーム	5 入所施設	6 病院	7 死亡	8 その他
1 1人暮らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等に扶養された生活	3					

② 「共同生活援助」で支給決定を受けた利用者

利用者の入居前の場所・状況(人)							
自宅・アパート等		グループホーム、ケアホーム	4 福祉ホーム	5 入所施設	6 病院	7 特別支援の学校・寄宿舎	8 その他
1 1人暮らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等に扶養された生活	3					
利用者の退居後の行先・状況(人)							
自宅・アパート等		グループホーム、ケアホーム	4 福祉ホーム	5 入所施設	6 病院	7 死亡	8 その他
1 1人暮らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等に扶養された生活	3					

9・10- (7) 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。

		サ ー ビ ス 管理責任者	世 話 人	生活支援員	そ の 他 の 職 員
9 共 同 生 活 介 護 サ ー ビ ス	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	.	.	.	.
10 共 同 生 活 援 助 サ ー ビ ス	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	.	.		.
9+10 介 護 と 援 助 の 一 体 型 サ ー ビ ス	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)			
非 常 勤 の 従 事 者 数 (人)			

11-(1) 事業所形態 (複数回答)

1 単独型

2 併設型

3 空床型

定員

人

注：「2 併設型」のみ記入してください。

11-(2) 短期入所サービスの提供状況

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「障害者」「障害児」別
「利用実人員」「利用日数合計」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)		
利用日数合計 (日)		

(補問2) 「9月中の利用者あり」の場合、以下の人数について記入してください。

- 1 9月中にやむを得ず利用を断ったことがある者
-
- 人
- 2 9月中の利用者のうち、3か月以上継続して利用している者
-
- 人

11-(3) 短期入所サービスの従事者数

※(1)で「1 単独型」及び「2 併設型」に○をつけた事業所のみ、記入してください。(空床型は記入不要)
※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。

	医 師	保健師・看護師	心理判定員・ 職能判定員	理学療法士・ 作業療法士	生活支援員	職業指導員	介 護 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							
	児童指導員	保 育 士	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)			
非常勤の従事者数(人)			

12-(1) 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

↓ 「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

(補間) 「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)		
利用延人数(人)		

注：ここでのいう「9 月中に利用実人員」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。

12-(2) 過去 1 年間の退所者の状況

過去 1 年間(平成21年10月1日～平成22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。

退 所 理 由 (人)							
1 就 職	他の障害福祉サービス等を利用(利用先)				6 入 院	7 死 亡	8 そ の 他
	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			

12-(3) 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 管 理 責 任 者	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						

(補間) 「自立訓練(機能訓練)サービス」の従事者のうち、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)			
非常勤の従事者数(人)			

13-(1)退院支援施設の届出

1 届出あり2 届出なし

↓

9月末日利用者数(人)

13-(2)自立訓練(生活訓練)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

↓

「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

(補間) 「9月中の利用実人員」のうち、「サービス費Ⅰ」「サービス費Ⅱ」「サービス費Ⅲ」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)	サービス費Ⅲ(宿泊型自立訓練)
利用実人員(人)			
利用延人数(人)			

注：ここである「9月中に利用実人員」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」「サービス費Ⅲ」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。

13-(3)過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成21年10月1日～平成22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。

退 所 理 由 (人)							
1 就 職	他の障害福祉サービス等を利用(利用先)				6 入 院	7 死 亡	8 そ の 他
	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			

13-(4)自立訓練(生活訓練)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 管理責任者	保健師・看護師	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	...	...	...	...	...

(補間) 「自立訓練(生活訓練)サービス」の従事者のうち、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)			
非 常 勤 の 従 事 者 数 (人)			

14-(1) 退院支援施設の届出

1 届出あり

2 届出なし

↓

9月末日利用者数(人)

14-(2) 就労移行支援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

↓

「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」「利用延人数」を記入してください。

利用実人員 (総数：人)	(再掲)利用期間別			利用延人数(人)
	2年以下	2年超3年以下	3年超	

14-(3) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成21年10月1日～平成22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。

退 所 理 由 (人)							
1 就 職	他の障害福祉サービス等を利用(利用先)				6 入 院	7 死 亡	8 そ の 他
	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			

14-(4) 就労移行支援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 管理責任者	生活支援員	職業指導員	就労支援員	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)			
非常勤の従事者数(人)			

15 就労継続支援（A型）サービス

記入者名 電話番号()-()-()

15-(1)就労継続支援（A型）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

「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」「利用延人数」を記入してください。

利用実人員 (総数：人)	(再掲)利用期間別			利用延人数(人)
	1年以下	1年超3年以下	3年超	

15-(2)過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成21年10月1日～平成22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。

退 所 理 由 (人)							
1 就 職	他の障害福祉サービス等を利用(利用先)				6 入 院	7 死 亡	8 そ の 他
	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			

15-(3)就労継続支援（A型）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。

(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。

	サ ー ビ ス 管理責任者	生活支援員	職業指導員	そ の 他 の 職 員		社 会 福 祉 士	介 護 福 祉 士	精神保健 福 祉 士
常 勤 専 従 (換算数不要)					常 勤 の 従 事 者 数 (人)			
常 勤 兼 務 常勤兼務 の換算数								
非 常 勤					非 常 勤 の 従 事 者 数 (人)			
非常勤 の換算数								

16 就労継続支援（B型）サービス

記入者名 電話番号()-()-()

16-(1)就労継続支援（B型）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

「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」「利用延人数」を記入してください。

利用実人員 (総数：人)	(再掲)利用期間別			利用延人数(人)
	1年以下	1年超3年以下	3年超	

16-(2)過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成21年10月1日～平成22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。

退 所 理 由 (人)							
1 就 職	他の障害福祉サービス等を利用(利用先)				6 入 院	7 死 亡	8 そ の 他
	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			

16-(3)就労継続支援（B型）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。

(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。

	サ ー ビ ス 管理責任者	生活支援員	職業指導員	そ の 他 の 職 員		社 会 福 祉 士	介 護 福 祉 士	精神保健 福 祉 士
常 勤 専 従 (換算数不要)					常 勤 の 従 事 者 数 (人)			
常 勤 兼 務 常勤兼務 の換算数								
非 常 勤					非 常 勤 の 従 事 者 数 (人)			
非常勤 の換算数								