

(平成22年10月1日調査)

厚生労働省

*一連番号	
*調査番号	
(1) 法人名 (運営法人名を記入してください。)	
(2) 事業所名 ※事業所名に修正がある場合は(7)の各事業所名もご確認の上、修正してください。	
(3) 事業所の所在地 〒	電話番号 () - () - ()

(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。)
	05 社会福祉協議会	10 消費生活協同組合及び連合会	

(5) 併設の状況 ※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	
	3 児童福祉施設	6 介護保険施設・事業所	

(6) 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

(7) 事業の種類・事業所番号
 ※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。
 ※障害者支援施設の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。