

(秘)

総務省承認No. 23758
承認期限 平成16年12月31日まで

平成16年社会福祉施設等調査
居宅支援事業所票

厚生労働省

(平成16年10月1日調査)

*福祉事務所符号

*一連番号

(1) 法人名、所在地、事業所名	(法人名) (事業所名) 〒□□□-□□□□ TEL () - () - ()		
下の1～10の居宅サービス事業のうち、10月1日現在、貴事業所において指定を受けているすべての事業について、事業者番号、事業所名及び事業開始年月を記入してください。			
居宅支援事業の種類	事業者番号	事業所名	事業開始年月
1 身体障害者 居宅介護等事業	□□□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月
2 身体障害者 デイサービス事業	□□□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月
3 身体障害者 短期入所事業	□□□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月
4 知的障害者 居宅介護等事業	□□□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月
5 知的障害者 デイサービス事業	□□□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月
6 知的障害者 短期入所事業	□□□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月
7 知的障害者 地域生活援助事業	□□□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月
8 児童 居宅介護等事業	□□□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月
9 児童 デイサービス事業	□□□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月
10 児童 短期入所事業	□□□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月
(2) 開設主体及び 経営主体	(右から該当番号を選んで記入してください) 開設主体 □□ 01 国 07 社会福祉協議会 14 特定非営利活動 02 都道府県 08 社会福祉法人 法人(NPO) 03 指定都市 (社会福祉協議会以外) 15 その他の法人 04 中核市 09 医療法人 16 01～15以外 経営主体 □□ 05 その他の市・町村 10 社団・財団法人 06 広域連合・ 11 農業協同組合及び連合会 一部事務組合 12 消費生活協同組合及び連合会 13 営利法人(株式・合名・合資・有限会社)		
(3) 併設の状況	(同一法人(法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。)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を○で囲み、()内に事業者番号を記入(支援費対象施設のみ)してください) 1 身体障害者更生援護施設(事業者番号) 6 介護保険施設 2 知的障害者援護施設(事業者番号) 6 介護サービス事業所 3 児童福祉施設 7 1～6との併設はない 4 精神障害者社会復帰施設		
(4) 苦情解決のための 取組状況(複数回答)	1 苦情受付窓口を設置 3 共同で第三者委員を設置 2 苦情解決責任者を設置 4 単独で第三者委員を設置		

(注) *印の箇所は事業所では記入しないでください。

次ページにつづきます

1 身体障害者居宅介護等事業の状況

(5) サービスの提供状況	9 月中の営業日数 _____ 日					
	9 月中のサービス提供状況					
	☒ 1 「9 月中」の利用者あり 2 「9 月中」の利用者なし					
		支 援 費 単 価 区 分				そ の 他
		30分未満	30分以上 1 時間未満	1 時間以上 1 時間30分未満	1 時間30分以上	
	利用実人員数 (人)					
	訪問回数合計 (回)					
	指定居宅介護の内容(回数)	1 身体介護が中心				
2 家事援助が中心						
3 移動介護が中心						
うち身体介護を伴うもの						
4 日常生活支援が中心						
(6) 介護保険法による指定	1 指定あり 2 指定なし					

※ 6 ページに従事者数を記入してください。

2 身体障害者デイサービス事業の状況

(7) 事業所形態	1 単独型 2 併設型					
(8) サービスの提供状況	①定 員 _____ 人					
	②9 月中の開催日数 _____ 日					
	9 月中のサービス提供状況					
	☒ 1 「9 月中」の利用者あり 2 「9 月中」の利用者なし					
		支 援 費 単 価 区 分			そ の 他	
		区 分 1	区 分 2	区 分 3		
	利用実人員数 (人)					
	利用延人員数 (人)					
指定居宅サービスの内容(延人員)	基本型 (イ)	4 時 間 未 満				
		4 時間以上 6 時間未満				
	基本型 (ロ)	6 時 間 以 上				
		4 時 間 未 満				
		4 時間以上 6 時間未満				
		6 時 間 以 上				
加算の状況	給食サービス(延人員)					
	入浴サービス(延人員)					
	送迎サービス(延人員)					
(9) 介護保険法による指定	1 指定あり 2 指定なし					

※ 6 ページに従事者数を記入してください。

3 身体障害者短期入所事業の状況

(10) 事業所形態	1 併設型 → 定 員 _____ 人 9 月中の開催日数 _____ 日					
2 空床型						
(11) サービスの提供状況	9 月中のサービス提供状況					
	☒ 1 「9 月中」の利用者あり 2 「9 月中」の利用者なし					
		支 援 費 単 価 区 分				そ の 他
		区 分 1	区 分 2	区 分 3	遅延性意識障害者等	
	利用実人員数 (人)					
	利用延人員数 (人)					
	利用日数合計 (日)					
	加算の状況 送迎サービス(延人員)					
(12) 介護保険法による指定	1 指定あり 2 指定なし					

※ 6 ページに従事者数を記入してください。

4 知的障害者居宅介護等事業の状況

(13) サービスの提供状況	9 月中の営業日数 _____ 日						
	9 月中のサービス提供状況						
	☒ 1 「9 月中」の利用者あり 2 「9 月中」の利用者なし						
		支 援 費 単 価 区 分				その他	
		30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	1時間30分以上		
		利用実人員数(人)					
		訪問回数合計(回)					
	指定居宅介護の内容(回数)	1 身体介護が中心					
2 家事援助が中心							
3 移動介護が中心							
うち身体介護を伴うもの							
(14) 介護保険法による指定	1 指定あり 2 指定なし						

※ 6 ページに従事者数を記入してください。

5 知的障害者デイサービス事業の状況

(15) 事業所形態	1 単独型 2 併設型					
(16) サービスの提供状況	①定 員 _____ 人					
	②9 月中の開催日数 _____ 日					
	9 月中のサービス提供状況					
	☒ 1 「9 月中」の利用者あり 2 「9 月中」の利用者なし					
		支 援 費 単 価 区 分			その他	
		区 分 1	区 分 2	区 分 3		
		利用実人員数(人)				
		利用延人員数(人)				
4 時 間 未 満						
4 時間以上 6 時間未満						
6 時 間 以 上						
加算の状況	給食サービス(延人員)					
	入浴サービス(延人員)					
	送迎サービス(延人員)					
(17) 介護保険法による指定	1 指定あり 2 指定なし					

※ 6 ページに従事者数を記入してください。

次ページにつづきます

6 知的障害者短期入所事業の状況

(18) 事業所形態	1 併設型 → 定員 _____ 人 9月中の開催日数 _____ 日					
	2 空床型					
(19) サービスの提供状況	9月中のサービス提供状況					
	↓ 1 「9月中」の利用者あり 2 「9月中」の利用者なし					
		支 援 費 単 価 区 分				そ の 他
		区 分 1	区 分 2	区 分 3	重症心身障害者	
	利用実人員数(人)					
	利用延人員数(人)					
	うち宿泊を伴うもの					
	利用日数合計(日)					
加算の状況 送迎サービス(延人員)						
(20) 介護保険法による指定	1 指定あり 2 指定なし					

※ 7ページに従事者数を記入してください。

7 知的障害者地域生活援助事業の状況

(21) 利用定員	1 4人 2 5人 3 6人 4 7人					
(22) サービスの提供状況	9月中のサービス提供状況					
	↓ 1 「9月中」の利用者あり 2 「9月中」の利用者なし					
		支 援 費 単 価 区 分				そ の 他
		区 分 1	区 分 2			
	9月末日の利用者数(人)					
9月中の利用日数合計(日)						
(23) 入退居の状況	(平成15年10月1日～平成16年9月30日の間に入居した者及び退居した者について記入して下さい)					
	入 居 者 の 入 居 前 の 場 所					
	1 家 庭	2 養護学校寄宿舎	3 社会福祉施設	4 グループホーム等の共同住宅	5 アパート等	6 そ の 他
	人	人	人	人	人	人
	退 居 者 の 退 居 後 の 行 先					
	1 家 庭	2 社会福祉施設	3 グループホーム等の共同住宅	4 アパート等	5 病 院・診療所	6 そ の 他
	人	人	人	人	人	人
(24) 支援体制(複数回答)	1 知的障害者更生施設(入所) 5 知的障害者通勤寮					
	2 知的障害者更生施設(通所) 6 知的障害児施設					
	3 知的障害者授産施設(入所) 7 その他					
	4 知的障害者授産施設(通所)					

※ 7ページに従事者数を記入してください。

8 児童居宅介護等事業の状況

(25) サービスの提供状況	9 月中の営業日数 _____ 日					
	9 月中のサービス提供状況					
	☐ 1 「9 月中」の利用者あり ☐ 2 「9 月中」の利用者なし					
		支 援 費 単 価 区 分				その他
		30分未満	30分以上 1 時間未満	1 時間以上 1 時間30分未満	1 時間30分以上	
	利用実人員数 (人)					
	訪問回数合計 (回)					
	指定居宅介護の内容(回数)	1 身体介護が中心				
		2 家事援助が中心				
		3 移動介護が中心				
うち身体介護を伴うもの						
(26) 介護保険法による指定	1 指定あり 2 指定なし					

※ 7 ページに従事者数を記入してください。

9 児童デイサービス事業の状況

(27) 1 日当たり平均利用者	1 10人以下 2 11人以上20人以下 3 21人以上		
(28) サービスの提供状況	①定 員 _____ 人		
	②9 月中の開催日数 _____ 日		
	9 月中のサービス提供状況		
	☐ 1 「9 月中」の利用者あり ☐ 2 「9 月中」の利用者なし		
		支援費対象	そ の 他
	利用実人員数 (人)		
	利用延人員数 (人)		
	加算の状況 送迎サービス(延人員)		

※ 7 ページに従事者数を記入してください。

10 児童短期入所事業の状況

(29) 事業所形態	1 併設型 → 定 員 _____ 人 9 月中の開催日数 _____ 日						
	2 空床型						
(30) サービスの提供状況	9 月中のサービス提供状況						
	☐ 1 「9 月中」の利用者あり ☐ 2 「9 月中」の利用者なし						
		支 援 費 単 価 区 分					その他
		区分 1	区分 2	区分 3	遷延性意識障害児等	重症心身障害児	
	利用実人員数 (人)						
	利用延人員数 (人)						
	うち宿泊を伴うもの						
	利用日数合計 (日)						
	加算の状況 送迎サービス(延人員)						

※ 7 ページに従事者数を記入してください。

次ページにつづきます

G) 従事者数			常 勤						非 常 勤			
			専 従		兼 務		換 算 数				換 算 数	
			男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
身 体 障 害 者 福 祉 法	1 身体障害者 居宅介護等 事業	1 介護福祉士										
		2 ホームヘルパー										
		ホームヘルパー 1 級										
		ホームヘルパー 2 級										
		ホームヘルパー 3 級										
		ガイドヘルパー等										
		3 その他の職員										
	従事する者のうちサービス提供責任者 _____ 人											
	2 身体障害者 デイサービ ス事業	1 指導員										
		2 介護職員										
3 その他の職員												
3 身体障害者 短期入所事 業 (従事者数に ついては、 「併設型」に ○をつけた事 業所のみ記入 してください)	1 医師											
	2 保健師・看護師											
	3 心理判定員											
	4 職能判定員											
	5 職業指導員											
	6 生活支援員											
	7 栄養士											
	8 理学・作業療法士											
	9 あん摩マッサージ 指圧師											
	10 その他の職員											
知 的 障 害 者 福 祉 法	4 知的障害者 居宅介護等 事業	1 介護福祉士										
		2 ホームヘルパー										
		ホームヘルパー 1 級										
		ホームヘルパー 2 級										
		ホームヘルパー 3 級										
		ガイドヘルパー等										
		3 その他の職員										
	従事する者のうちサービス提供責任者 _____ 人											
	5 知的障害者 デイサービ ス事業	1 指導員										
		2 介護職員										
3 その他の職員												

			常 勤						非 常 勤				
			専 従		兼 務		換 算 数				換 算 数		
			男	女	男	女	男	女			男	女	
知的障害者福祉法	6 知的障害者短期入所事業 (従事者数については、「併設型」に○をつけた事業所のみ記入してください。)	1 医師					.	.			.	.	
		2 保健師・看護師					.	.			.	.	
		3 心理判定員					.	.			.	.	
		4 職能判定員					.	.			.	.	
		5 作業指導員					.	.			.	.	
		6 生活支援員					.	.			.	.	
		7 栄養士					.	.			.	.	
		8 理学・作業療法士					.	.			.	.	
		9 あん摩マッサージ指圧師					.	.			.	.	
		10 保育士・児童指導員					.	.			.	.	
		11 その他の職員					.	.			.	.	
	7 知的障害者地域生活援助事業	1 世話人					.	.			.	.	
児童福祉法	8 児童居宅介護等事業	1 介護福祉士					.	.			.	.	
		2 ホームヘルパー					.	.			.	.	
		ホームヘルパー1級					.	.			.	.	
		ホームヘルパー2級					.	.			.	.	
		ホームヘルパー3級					.	.			.	.	
		ガイドヘルパー等					.	.			.	.	
		3 その他の職員					.	.			.	.	
	従事する者のうちサービス提供責任者 _____ 人												
	福祉法	9 児童デイサービス事業	1 指導員					.	.			.	.
			2 保育士					.	.			.	.
3 その他の職員							.	.			.	.	
10 児童短期入所事業 (従事者数については、「併設型」に○をつけた事業所のみ記入してください。)		1 医師					.	.			.	.	
		2 保健師・看護師					.	.			.	.	
		3 心理判定員					.	.			.	.	
		4 職能判定員					.	.			.	.	
		5 職業指導員					.	.			.	.	
		6 生活支援員					.	.			.	.	
		7 栄養士					.	.			.	.	
		8 理学・作業療法士					.	.			.	.	
		9 あん摩マッサージ指圧師					.	.			.	.	
10 保育士・児童指導員						.	.			.	.		
11 その他の職員					.	.			.	.			

ご協力ありがとうございました。