



国務省承認 No27415
承認期限 平成21年3月31日

障害者支援施設等調査票

(平成20年10月1日調査)

都道府県
指定都市 名
中核市

*福祉事務所
符 号

*市区町村
符 号

福祉事務所名

注1 (1)~(7)の項目については、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。
注2 *の箇所は施設では記入しないでください。

* 配付番号

①

*施設番号	施設の種類	訂正	1あり	2なし
(1)法人名	(2)施設名			
(3)施設の所在地・郵便番号・電話番号			(4)活動の状況	(5)認可・届出・設置年月
施設の所在地			1 活動中	1 明治 年 月
郵便番号			2 休止中	2 大正
電話番号			3 廃止	3 昭和
電話番号			4 平成	
(6)設置主体・経営主体				
01 国	05 その他の市・町村	09 日本赤十字社	13 公益法人である社団	17 その他の法人
02 都道府県	06 一部事務組合・広域連合	10 医療法人	14 公益法人である財団	18 個人
03 指定都市	07 社会福祉事業団	11 学校法人	15 特定非営利活動法人(NPO)	19 その他
04 中核市	08 社会福祉法人(7を除く)	12 宗教法人	16 営利法人(会社)	
				設置主体
				経営主体

②

(7)定員 人 (8)在所者数 人

③

(9)年齢階級別在所者数(人)(10月1日現在)

17歳以下	18・19歳	20~24歳	25~29歳	30~34歳	35~39歳	40~44歳	45~49歳
50~54歳	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

④

(10)職種・常勤・非常勤別従事者数(人)

	1 施設長(管理人)			2 サービス管理責任者		3 生活指導・支援員		4 職業・作業指導員		セラピスト			
	1のうち社会福祉士					3のうち社会福祉士		4のうち社会福祉士	6 理学療法士	6 作業療法士	7 その他の療養員		
常勤専従													
常勤兼務													
換算数													
非常勤													
換算数													
	8 心理・職能判定員		9 医師	10 保健師	11 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												
常勤兼務													
換算数													
非常勤													
換算数													

(11)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

*組み合わせ 老 障 児 保 事

裏面につづきます。

(12) 過去1年間(平成19年10月1日～平成20年9月30日)の退所理由別退所者数

過去1年間の退所者について、退所理由別に計上してください。

退 所 理 由					
1 就 職	2 家庭復帰	3 他の社会福祉施設等へ転所	4 入 院	5 死 亡	6 その他
人	人	人	人	人	人

(補問) 上記(12)の退所者(退所理由が「4入院」、「5死亡」は除く。)の退所後の住まいはどこですか。あてはまる住居に計上してください。

退 所 後 の 住 居 (夜 の 住 ま い)					
1 自宅・アパート等	2 グループホーム(共同生活援助)	3 ケアホーム(共同生活介護)	4 福祉ホーム	5 入所施設	6 その他
人	人	人	人	人	人

注:(補問)「退所後の住居(夜の住まい)」の人数の合計と「(12)の退所理由「1、2、3、6」の人数の合計は合わせてください。

(13) 指定障害者支援施設の有無、サービスの種類

指定障害者支援施設の「指定の有無」について、あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

また、指定の有無「①あり」と回答した施設は、「指定されている昼間実施サービス」のあてはまる番号すべてに○をつけてください。

指定の有無	1 あり	「指定されている昼間実施サービス」の種類 (複数回答可)					
	2 なし	1 生活介護	2 自立訓練(機能訓練)	3 自立訓練(生活訓練)	4 就労移行支援	5 就労継続支援(A型)	6 就労継続支援(B型)

指定障害者支援施設の昼間実施サービス(指定障害者支援施設のみ記入してください。)

以下の(14)(15)については、上記の(13)において、指定の有無「①あり」と回答した施設のみ記入してください。

(14) 昼間実施サービスの定員

該当する給付対象者等の昼間実施サービスの定員を記入してください。

介護給付対象者	人	訓練等給付対象者	人	特定旧法受給者	人
---------	---	----------	---	---------	---

(15) サービスの種類別9月中の利用者の状況

「指定されている昼間実施サービス」の「9月中の利用者の有無」について、あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

また、9月中の利用者が「①あり」の場合は、「利用実人員(人)」「利用延人数(人)」も記入してください。

	1 生活介護サービス	2 自立訓練サービス(機能訓練)	3 自立訓練サービス(生活訓練)	4 就労移行支援サービス	5 就労継続支援サービス(A型)	6 就労継続支援サービス(B型)
9月中の利用者の有無	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし
利用実人員(人)						
利用延人数(人)						

(補問) 上記(15)の「自立訓練サービス(機能訓練、生活訓練)」の9月中のそれぞれの利用実人員のうち、「サービス費Ⅰ」「サービス費Ⅱ」別に「利用実人員(人)」「利用延人数(人)」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)
自立訓練サービス(機能訓練)	利用実人員(人)		
	利用延人数(人)		
自立訓練サービス(生活訓練)	利用実人員(人)		
	利用延人数(人)		

(※) 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、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(電話番号)を記入してください。なお、FAX、E-メールアドレスの記入は任意です。

調査票記入者名	
(連絡先)	電話 (- -) FAX (- -) E-メール

ご協力ありがとうございました。