

秘

総務省承認 No.27418  
承認期限 平成21年3月31日

平成20年社会福祉施設等調査  
障害福祉サービス等事業所票

厚生労働省

(平成20年10月1日調査)

注1:(1)~(4),(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:\*印の箇所は事業所では記入しないでください。

\* 一 連 番 号

\* 福祉事務所 符 号

\* 市 区 町 村 符 号

\* 配 付 番 号

(\*) 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、事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所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: - -  
FAX: - -  
E-メール

(1) 法人名 (2) 事業所名

(3) 事業所の所在地(注1) 郵便番号 ( )-( )-( ) 電話番号 ( )-( )-( )

(4) 経営主体(注1) 該当する番号一つに○をつけてください。  
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)  
03 市町村 08 社団・財団法人 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  
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 3 児童福祉施設 5 指定障害者支援施設 7 1~6との併設はない  
2 知的障害者援護施設 4 精神障害者社会復帰施設 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 (注1) 10月1日現在、貴事業所において指定を受けている次の01~16の事業について、「活動状況」の一つに○をつけ、印字されている事業所番号、事業所名、事業開始年月を確認してください。変更・誤りがある場合、(注1)の修正をしてください。記入後は、サービスの種類ごと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。

サービスの種類	活動状況(一つに○)	事業所番号	事業所名	事業開始年月	サービス別調査項目
01 居宅介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			1 昭和 2 平成 年 月	2ページ (8ページ) へ 進んで ください。 (以下同じ)
02 重度訪問介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			1 昭和 2 平成 年 月	3・(8) ページへ
03 行動援護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			1 昭和 2 平成 年 月	3ページ (9ページ) へ
04 療養介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			1 昭和 2 平成 年 月	4・(9) ページへ
05 生活介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			1 昭和 2 平成 年 月	4ページ (10ページ) へ
06 児童 デイサービス	1 活動中 2 休止中 3 廃止			1 昭和 2 平成 年 月	5ページ (10ページ) へ
07 短期入所	1 活動中 2 休止中 3 廃止			1 昭和 2 平成 年 月	6ページ (11ページ) へ
08 重度障害者 等包括支援	1 活動中 2 休止中 3 廃止			1 昭和 2 平成 年 月	7ページ (11ページ) へ
09 相談支援	1 活動中 2 休止中 3 廃止			1 昭和 2 平成 年 月	
10 共同生活介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			1 昭和 2 平成 年 月	
11 共同生活援助	1 活動中 2 休止中 3 廃止			1 昭和 2 平成 年 月	
12 自立訓練 (機能訓練)	1 活動中 2 休止中 3 廃止			1 昭和 2 平成 年 月	
13 自立訓練 (生活訓練)	1 活動中 2 休止中 3 廃止			1 昭和 2 平成 年 月	
14 就労移行支援	1 活動中 2 休止中 3 廃止			1 昭和 2 平成 年 月	
15 就労継続支援 (A型)	1 活動中 2 休止中 3 廃止			1 昭和 2 平成 年 月	
16 就労継続支援 (B型)	1 活動中 2 休止中 3 廃止			1 昭和 2 平成 年 月	

\* 組み合わせ 老 障 児 保 事

「サービスの種類」ごとにページが続きます。  
( )内のページは「従事者数」に関する項目です。

### 1 居宅介護サービス

(1) 介護保険法による指定      1 指定あり      2 指定なし

(2) サービスの提供状況      9月中の営業日数   日

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1) 「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。

(補問2) 9月中の利用実人員のうち、「利用者負担上限額管理加算対象者」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。

\* 8ページの従事者数も記入してください。

### 2 重度訪問介護サービス

(1) 介護保険法による指定      1 指定あり      2 指定なし

(2) サービスの提供状況      9月中の営業日数   日

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」「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)

(補問2) 9月中の利用実人員のうち、「利用者負担上限額管理加算対象者」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。

\* 8ページの従事者数も記入してください。

### 3 行動援護サービス

(1) 介護保険法による指定      1 指定あり      2 指定なし

(2) サービスの提供状況      9月中の営業日数   日

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」「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)		

(補問2) 9月中の利用実人員のうち、「利用者負担上限額管理加算対象者」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。

\* 8ページの従事者数も記入してください。

#### 4 療養介護サービス

(1) 介護保険法による指定      1 指定あり      2 指定なし

(2) 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  
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)	

\* 8ページの従事者数も記入してください。

#### 5 生活介護サービス

(1) 介護保険法による指定      1 指定あり      2 指定なし

(2) サービスの提供状況      9月中の営業日数  日

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月中の利用実人員のうち、「利用者負担上限額管理  
加算対象者」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。

\* 9ページの従事者数も記入してください。

#### 6 児童デイサービス

(1) サービスの提供状況      定員  人      9月中の開催日数  日

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月中の利用実人員のうち、「利用者負担上限額管理  
加算対象者」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。

(補問3) 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。

\* 9ページの従事者数も記入してください。

## 7 短期入所サービス

(1) 介護保険法による指定      1 指定あり      2 指定なし

(2) 事業所形態 (複数回答)      1 単独型      2 併設型      3 空床型

(3) サービスの提供状況      定員    人      注:「2 併設型」のみ記入してください。

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」「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)		

\* 「1 単独型」及び「2 併設型」に○をつけた事業所のみ、9ページの従事者数も記入してください。

## 8 重度障害者等包括支援サービス

(1) 介護保険法による指定      1 指定あり      2 指定なし

(2) サービスの提供状況      9月中の営業日数   日

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、サービスの類型別に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)			

\* 10頁の従事者数も記入してください。

## 9 相談支援事業

(1) 介護保険法による指定      1 指定あり      2 指定なし

(2) 職員の資質向上のための取組状況

この1年間(平成19年10月1日～平成20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	1 事業所独自の研修を実施	3 「相談支援従事者指導者養成研修」に参加 (国が実施)
2 しない	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)	4 1～3以外の研修に参加

(3) サービス利用計画書作成費の利用状況

1 9月中の利用者あり      2 9月中の利用者なし

↓

(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)

\* 10頁の従事者数も記入してください。

10 共同生活介護サービス ・ 11 共同生活援助サービス

「注:事業所全体(一体型含む。)について、記入してください。」

(1) 「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)の有無

「一体型指定事業所」ですか。
1 はい 2 いいえ

(2) 定員

提供サービス別「共同生活住居」の総定員を記入してください。

① 「共同生活介護サービス」の共同生活住居の総定員	② 「共同生活援助サービス」の共同生活住居の総定員	③ 「一体型指定事業所」の一体型共同生活住居の総定員
人	人	人

注:③の「一体型指定事業所」の一体型共同生活住居の総定員は、2つのサービスの延べ数としなくてください。  
例えば、一体型共同生活住居で「共同生活介護」の定員が10人、「共同生活援助」の定員が10人の場合、総定員は10人と計上します。

(3) 「共同生活住居」の定員別箇所数

すべての「共同生活住居」について、定員別箇所数を記入してください。

2人 ~4人	5人	6人	7人	8人	9人	10人	11人 ~20人	21人 ~30人

(4) 9月中のサービスの利用状況

平成20年9月中に支給決定を受けた利用者の有無をひとつ選んで○をつけてください。  
また、「2 利用者あり」の場合は、「9月末日利用者数(人)」を記入してください。

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

(5) 過去1年間の入退居の状況

過去1年間(平成19年10月1日~平成20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 過去1年間に「共同生活介護」で支給決定を受けた利用者

入居者の入居前の場所・状況(人)							
自宅・アパート等		グループ	4 福祉ホーム	5 入所施設	6 病院	7 養護学校の寄宿舎	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 ホーム、ケアホーム					
退居者の退居後の行先・状況(人)							
自宅・アパート等		グループ	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 ホーム、ケアホーム					

② 過去1年間に「共同生活援助」で支給決定を受けた利用者

入居者の入居前の場所・状況(人)							
自宅・アパート等		グループ	4 福祉ホーム	5 入所施設	6 病院	7 養護学校の寄宿舎	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 ホーム、ケアホーム					
退居者の退居後の行先・状況(人)							
自宅・アパート等		グループ	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 ホーム、ケアホーム					

\* 10頁の従事者数も記入してください。

## 12 自立訓練(機能訓練)サービス

(1) 介護保険法による指定      1 指定あり      2 指定なし

(2) サービスの提供状況      9月中の営業日数 日

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1) 「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。

(補問2) 9月中の利用実人員のうち、「利用者負担上限額管理加算対象者」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。

\* 11頁の従事者数も記入してください。

## 13 自立訓練(生活訓練)サービス

(1) 介護保険法による指定      1 指定あり      2 指定なし

(2) 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)

(3) サービスの提供状況      9月中の営業日数 日

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1) 「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」「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。

(補問2) 9月中の利用実人員のうち、「利用者負担上限額管理加算対象者」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。

\* 11頁の従事者数も記入してください。



# 従 事 者 数

## ○ 各サービスの従事者数

※ 各サービスごとに従事している者を計上してください。

「複数(16種類のうち、指定を受けているものすべて)のサービスに従事している者又は非常勤の従事者の換算数は、その職種、サービスごとに従事する時間等で按分して、計上してください。」

### (1) 「居宅介護」「重度訪問介護」「行動援護」の各サービスの従事者数(人)

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。

		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			
1 居宅介護サービス	常勤専従							
	常勤兼務							
	換算数	.	.	.	.	.	.	.
	非常勤							
	換算数	.	.	.	.	.	.	.
2 重度訪問介護サービス	常勤専従							
	常勤兼務							
	換算数	.	.	.	.	.	.	.
	非常勤							
	換算数	.	.	.	.	.	.	.
3 行動援護サービス	常勤専従							
	常勤兼務							
	換算数	.	.	.	.	.	.	.
	非常勤							
	換算数	.	.	.	.	.	.	.

(補問) 「1 居宅介護サービス」「2 重度訪問介護サービス」「3 行動援護サービス」のそれぞれの従事者のうち、「サービス提供責任者」の人数(実数)をそれぞれに記入してください。

	従事者のうち、サービス提供責任者(人)
1 居宅介護サービス	
2 重度訪問介護サービス	
3 行動援護サービス	

### (2) 「療養介護サービス」の従事者数(人)

		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
		4 療養介護サービス	常勤専従			
	常勤兼務					
	換算数	.	.	.	.	.
	非常勤					
	換算数	.	.	.	.	.

(補問) 「療養介護サービス」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。

	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)			

○ 各サービスの従事者数

(3) 「生活介護サービス」の従事者数(人)

		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
5 生活 介護 サ ー ビ ス	常勤専従						
	常勤兼務						
	換算数	.	.	.	.	.	.
	非常勤						
	換算数	.	.	.	.	.	.

(補問) 「生活介護サービス」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。

		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)				

(4) 「児童デイサービス」の従事者数(人)

		サービス 管理責任者	指導員	保育士	その他の 職員
6 児 童 デ イ サ ー ビ ス	常勤専従				
	常勤兼務				
	換算数	.	.	.	.
	非常勤				
	換算数	.	.	.	.

(補問)

「児童デイサービス」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。

		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) 「短期入所サービス」の従事者数(人)

		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
7 短 期 入 所 サ ー ビ ス	常勤専従							
	常勤兼務							
	換算数	.	.	.	.	.	.	.
	非常勤							
	換算数	.	.	.	.	.	.	.

  

		児童指導員	保育士	その他の職員
7 短 期 入 所 サ ー ビ ス	常勤専従			
	常勤兼務			
	換算数	.	.	.
	非常勤			
	換算数	.	.	.

(補問)

「短期入所サービス」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。

		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)				

○ 各サービスの従事者数

※ 各サービスごとに従事している者を計上してください。

「複数(16種類のうち、指定を受けているものすべて)のサービスに従事している者又は非常勤の従事者の換算数は、その職種、サービスごとに従事する時間等で按分して、計上してください。」

(6) 「重度障害者等包括支援サービス」の従事者数(人)

		サービス 提供責任者	その他の職員
8 包括支援 サービス	常勤専従		
	常勤兼務		
	換算数	.	.
	非常勤		
	換算数	.	.

(補問)

「重度障害者等包括支援サービス」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。

	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) 「相談支援事業」の従事者数(人)

		管理者	相談支援 専門員	その他の職員
9 相談支援 事業	常勤専従			
	常勤兼務			
	換算数	.	.	.
	非常勤			
	換算数	.	.	.

(補問)

「相談支援事業」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。

	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)			

(8) 「共同生活介護サービス・共同生活援助サービス」等の従事者数(人)

		サービス 管理責任者	世話人	生活支援員	その他の職員
10 共同生活 介護 サービス	常勤専従				
	常勤兼務				
	換算数	.	.	.	.
	非常勤				
	換算数	.	.	.	.
11 共同生活 援助 サービス	常勤専従				
	常勤兼務				
	換算数	.	.	.	.
	非常勤				
	換算数	.	.	.	.
10+11 介護と 援助の 一体型 サービス	常勤専従				
	常勤兼務				
	換算数	.	.	.	.
	非常勤				
	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。

	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)			

○ 各サービスの従事者数

(9) 「自立訓練(機能訓練)サービス」「自立訓練(生活訓練)サービス」の従事者数(人)

		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
12 (機能訓練) サービス	常勤専従						
	常勤兼務						
	換算数	.	.	.	.	.	.
	非常勤						
	換算数	.	.	.	.	.	.
13 (生活訓練) サービス	常勤専従						
	常勤兼務						
	換算数	.	.	.	.	.	.
	非常勤						
	換算数	.	.	.	.	.	.

(補間) 「自立訓練(機能訓練)サービス」「自立訓練(生活訓練)サービス」の各々の従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。

		社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士
自立訓練 12 (機能訓練) サービス	常勤の従事者数(人)			
	非常勤の従事者数(人)			
自立訓練 13 (生活訓練) サービス	常勤の従事者数(人)			
	非常勤の従事者数(人)			

(10) 「就労移行支援サービス」「就労継続支援(A型)サービス」「就労継続支援(B型)サービス」の従事者数(人)

		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
14 就労移行 支援 サービス	常勤専従					
	常勤兼務					
	換算数	.	.	.	.	.
	非常勤					
	換算数	.	.	.	.	.
15 就労継続 支援(A型) サービス	常勤専従					
	常勤兼務					
	換算数	.	.	.	.	.
	非常勤					
	換算数	.	.	.	.	.
16 就労継続 支援(B型) サービス	常勤専従					
	常勤兼務					
	換算数	.	.	.	.	.
	非常勤					
	換算数	.	.	.	.	.

(補間) 「就労移行支援サービス」「就労継続(A型)サービス」「就労継続(B型)サービス」の各々の従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。

		社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士
14 就労移行 支援 サービス	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	常勤の従事者数(人)			
	非常勤の従事者数(人)			
16 就労継続 支援 (B型) サービス	常勤の従事者数(人)			
	非常勤の従事者数(人)			