

平成22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

E

秘 統計法に基づく
一般統計調査

(平成22年10月1日調査)

*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)

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

※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。

(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(一つに○)	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。他のサービスと掛け持ちしている者も含めます。 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。他のサービスと掛け持ちしている者も含めます。 人 注:対象者がいない場合は「0」と記入してください。

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-(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。

	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 相談支援事業 記入者名

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 | 3 「相談支援従事者指導者養成研修」に参加 (国が実施) |
| 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) | 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。

	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)			

9 共同生活介護サービス ・ 10 共同生活援助サービス

記入者名 () () () 電話番号 () () ()

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 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						
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						

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 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						
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						

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



11-(2)短期入所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)			

14 就労移行支援サービス

記入者名

電話番号 ()-()-()

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	・	・	・	・	・

(補間) 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。

	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	(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 の換算数	・	・	・	・	非常勤の 従事者数(人)			

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。

	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	(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 の換算数	・	・	・	・	非常勤の 従事者数(人)			