



統計法に基づく  
一般統計調査

平成23年社会福祉施設等調査  
障害者支援施設等調査票

(平成23年10月1日調査)



B

厚生労働省

*施設番号	
*調査番号	
(1) 法人名 (運営法人名を記入してください。)	
(2) 施設名	
(3) 施設の所在地	〒 ( ) ( ) ( ) TEL ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

(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) 活動の状況	1 活動中	※休止中・廃止は、それぞれ届出を提出している場合のみ○をつけてください。9月30日時点で届出を出していない場合は活動中に○をつけ、各設問に回答してください。 ※休止中・廃止の場合は、以下、記入不要です。	(5) 認可・届出・設置年月	1 明治	年	月
	2 休止中			2 大正		
3 廃止			3 昭和			
			4 平成			
(6) 設置主体・経営主体		※下記リストから、それぞれ該当する番号を選択し、左の各欄に記入してください。				
設置主体	経営主体	01 国・独立行政法人	04 一部事務組合・広域連合	07 公益法人・日本赤十字社		
		02 都道府県	05 社会福祉法人	08 営利法人(会社)		
		03 市区町村	06 医療法人	09 その他の法人		
				10 その他(個人を含む。)		

(7) 施設の種類の種類名

※種類名に変更がある場合には「訂正あり」を○で囲み、変更後の施設に該当する「新種類番号」を「手引末頁のリスト」より選択し、右欄に記入してください。ただし、事業所に変更された場合は調査票が異なりますので、お問い合わせください。

訂正あり ○ 新種類番号

こちらに記入いただく番号は0150~0930になります。それ以外の種類への変更はお問い合わせください。

(8) 定員 人

(9)・(10) 在所者数(人)

(9) 年齢階級別在所者数(9月30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	

※(9)年齢階級別の合計の人数を、入所者、通所者別に記入してください。

(10) 在所者数 入所者数 人 通所者数 人

(11) 職種・常勤・非常勤別従事者数(人) ※換算数は小数点以下第1位まで記入してください。

	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		5 セラピスト		7 その他の療法員	
	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		理学療法士	作業療法士		
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												
	8 心理・職能判定員		9 医師		10 保健師		11 精神保健福祉士		12 介護職員		16 その他の職員	
	12のうち介護福祉士											
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												

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用場合があります。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を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。

調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須)	(ふりがな)
	電話 ( - - )
上記以外連絡先(携帯、FAX等)	

裏面につづきます。

(12) 9月30日現在における 入所期間別入所者数(人) ※障害者支援施設及び旧法施設のう ち入所施設の入所者が対象です。 通所施設及び通所者は計上しない ください。	6月以下	6月超 1年以下	1年超 1年6月以下	1年6月超 2年以下	2年超 3年以下	3年超 5年以下	5年超

(13) 過去1年間(平成22年10月1日～平成23年9月30日)の退所理由・退所後の住居(夜の住まい)別退所者数(人)

退所後の住居	退所理由	就職	家庭復帰	他の社会福祉 施設等へ転所	入院	死亡	その他
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							
7 計							

(14) 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

地域活動支援センターのみ記入してください。 ※施設の種類の地域活動支援センターに変更になった場合も記入してください。

(15) 地域活動支援センターの9月中の 「利用実人員(人)」「利用延人数(人)」	利用実人員(人)	利用延人数(人)
--	----------	----------

障害者支援施設のみ記入してください。 ※施設の種類の障害者支援施設に変更になった場合も記入してください。

(16) 障害者支援施設の指定昼間実施サービスの有無・種類・事業所番号、サービスの種類別利用状況  
 ※障害者支援施設の昼間実施サービス(6種類)につきましては、「E 障害福祉サービス等事業所票」ではなく、この調査票に記入してください。  
 障害者支援施設以外の施設が実施するサービス、障害者支援施設が実施する下記6種類以外のサービスにつきましては、「E 障害福祉サービス等事業所票」に各サービスごとに記入してください。

障害者支援施設について、指定の状況に該当する番号に○をつけてください。 1 あり→補問へ 2 なし(補問回答不要)

補問1 「指定されている昼間実施サービス」の種類について、実施しているサービスの種類の番号に○をつけ、事業所番号を記入してください。

補問2 「補問1で○をつけたサービス」の「9月中の利用者の有無」について、該当する番号に○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。

サービスの種類	事業所番号	9月中の利用者の有無	利用実人員(人)	利用延人数(人)
1 生活介護		1 あり 2 なし		
2 自立訓練(機能訓練)		1 あり 2 なし		補問2-2へ
3 自立訓練(生活訓練)		1 あり 2 なし		
4 就労移行支援		1 あり 2 なし		
5 就労継続支援(A型)		1 あり 2 なし		
6 就労継続支援(B型)		1 あり 2 なし		

補問2-2 「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。  
 ※サービス費別の「利用実人員」は9月中に同じ者が10日利用しても「1」となりますが、同「利用延人数」は「10」となります。ただし、1日に同じ者が2回利用した場合の同「利用延人数」は「1」となります。(利用回数ではないので2回にはなりません。)

	サービス費Ⅰ(入所・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)	

ご協力ありがとうございました。