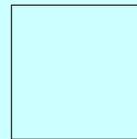




政府統計

平成26年社会福祉施設等調査
障害福祉サービス等・障害児通所支援等事業所票
(平成26年10月1日調査)



E

厚生労働省

Header form containing fields for: *一連番号, *調査番号, 法人名, 事業所名, 事業所の所在地, and TEL.

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。

Instructions and checkboxes for: (1) 併設の状況, (2) 苦情解決のための取組状況, (3) 事業の種類・事業所番号.

Main table with columns: サービスの種類, 事業所番号, 事業所名, 活動状況 (1つに○), 回答ページ. Includes a large '見本' watermark.

※ 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する場合があります。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を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。

Contact information fields: 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).

記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のままご返送下さい。

0011 居宅介護サービス

記入者名

電話番号 ()-()-()

(4) 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	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 回
通院介助(身体介護を伴う)が中心	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 回
家事援助が中心	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 回
通院介助(身体介護を伴わない)が中心	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 回
通院等乗降介助が中心	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 回

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。

(5) 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	実務者研修修了者	旧介護職員基礎研修課程修了者	旧ホームヘルパー1級研修課程修了者	初任者研修修了者(旧ホームヘルパー2級研修課程修了者含む)	障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者(旧ホームヘルパー3級研修課程修了者含む)	その他の職員
常勤専従(換算数不要)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
常勤兼務	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
常勤兼務の換算数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
非常勤	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
非常勤の換算数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

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

0012 重度訪問介護サービス

記入者名

電話番号 ()-()-()

(6) 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」の人数と回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)
<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回

(7) 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	実務者研修修了者	旧介護職員基礎研修課程修了者	旧ホームヘルパー1級研修課程修了者	初任者研修修了者(旧ホームヘルパー2級研修課程修了者含む)	障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者(旧ホームヘルパー3級研修課程修了者含む)	重度訪問介護従事者養成研修修了者	その他の職員
常勤専従(換算数不要)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
常勤兼務	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
常勤兼務の換算数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
非常勤	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
非常勤の換算数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

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1) 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

(補問2) 従事者のうち、重度訪問介護従事者養成研修修了者で、「①肢体不自由者に対する研修修了者」、「②知的障害者・精神障害者に対する研修修了者」の人数を記入してください。重複している場合は、「③双方の研修修了者」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

①肢体不自由者に対する研修のみの修了者 人 ②知的障害者・精神障害者に対する研修のみの修了者 人

③「①肢体不自由者に対する研修」及び「②知的障害者・精神障害者に対する研修」双方の研修修了者(①②に計上した人数は含まず) 人

(8) 同行援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「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)
身体介護を伴う	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 回
身体介護を伴わない	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 回

(9) 同行援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	実務者研修 修了者	旧介護職員基礎 研修課程修了者	旧ホームヘル パー1級研修課 程修了者	初任者研修修了者 (旧ホームヘルパー 2級研修課程修了 者含む)	障害者居宅介護従業者基 礎研修課程修了者(旧 ホームヘルパー3級研修 課程修了者含む)	同行援護従 事者養成研 修修了者	その他の 職 員
常勤専従 (換算数不要)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
常勤兼務	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
常勤兼務 の換算数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非常勤	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非常勤 の換算数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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。 → 人
他のサービスと掛け持ちしている者も含めます。

(10) 行動援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「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)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
訪問回数合計(回)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回

(11) 行動援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	実務者研修 修了者	旧介護職員基礎 研修課程修了者	旧ホームヘル パー1級研修課 程修了者	初任者研修修了者 (旧ホームヘルパー 2級研修課程修了 者含む)	障害者居宅介護従業者基 礎研修課程修了者(旧 ホームヘルパー3級研修 課程修了者含む)	行動援護従 事者養成研 修修了者	その他の 職 員
常勤専従 (換算数不要)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
常勤兼務	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
常勤兼務 の換算数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非常勤	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非常勤 の換算数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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。 → 人
他のサービスと掛け持ちしている者も含めます。

0021 療養介護サービス

記入者名

電話番号()-()-()

※医療型障害児入所施設の基準により療養介護事業所の指定を受けている場合は、この調査票ではなく「C児童福祉施設等調査票」に記入してください。調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(12) 療養介護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	
人	人	人	人	人

(13) 療養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	看 護 師	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)	人	人	人
非常勤の従事者数(人)	人	人	人

0022 生活介護サービス

記入者名

電話番号()-()-()

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(14) 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	
人	人	人	人	人

(15) 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)	人	人	人
非常勤の従事者数(人)	人	人	人

0014 重度障害者等包括支援サービス

記入者名

電話番号 ()-()-()

(16) 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)	人	人	人
利用日数合計(日)	日	日	日

(17) 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)	人	人	人
非常勤の従事者数(人)	人	人	人

0052 計画相談支援サービス

記入者名

電話番号 ()-()-()

(18) 計画相談支援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

※ 9月中にサービス利用支援(計画作成)又は継続サービス利用支援(モニタリング)を提供した人数を記入してください。

(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) 人

(19) 計画相談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。

	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)	人	人	人
非常勤の従事者数(人)	人	人	人

0053 地域相談支援サービス(地域移行支援)

記入者名

電話番号 ()-()-()

(20) 地域移行支援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」を記入してください。

利用実人員(人)

人

(21) 地域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。

	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)	人	人	人
非常勤の 従事者数(人)	人	人	人

0054 地域相談支援サービス(地域定着支援)

記入者名

電話番号 ()-()-()

(22) 地域定着支援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」を記入してください。

利用実人員(人)

人

(23) 地域定着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。

	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)	人	人	人
非常勤の 従事者数(人)	人	人	人

(24) 事業所形態(複数回答)

1 単独型	2 併設型	3 空床型
-------	-------	-------

定員 人

注:「2 併設型」のみ記入してください。

(25)短期入所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)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
利用日数合計(日)	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 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、一度も退所せず3か月以上連続して利用し続けている者 人

(26) 短期入所サービスの従事者数

※ (24)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。(「3 空床型」の事業所は記入不要)

※ 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
常勤専従 (換算数不要)	<input type="text"/>					
常勤兼務	<input type="text"/>					
常勤兼務 の換算数	<input type="text"/>					
非常勤	<input type="text"/>					
非常勤 の換算数	<input type="text"/>					
	介 護 職 員	うち介護福祉士	児童指導員	保 育 士	その他の 職 員	
常勤専従 (換算数不要)	<input type="text"/>					
常勤兼務	<input type="text"/>					
常勤兼務 の換算数	<input type="text"/>					
非常勤	<input type="text"/>					
非常勤 の換算数	<input type="text"/>					

(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)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
非常勤の従事者数(人)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

以下の設問については表紙(1ページ)の「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。

(27) 事業所形態(複数回答)

- 1 共同生活援助サービス事業所(外部サービス利用型共同生活援助サービス事業所を除く。)
- 2 外部サービス利用型共同生活援助サービス事業所

(28) 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

(29) 定員(階級)別住居箇所数

サテライト型住居を除くすべての「共同生活住居」について(3カ所あれば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								

(30) サテライト型住居箇所数

- 1 サテライト型住居あり
- 2 サテライト型住居なし

(補問) 「サテライト型住居あり」の場合、「サテライト型住居箇所数」を記入してください。

サテライト型住居箇所数 カ所

(31) 9月中の共同生活援助サービスの利用状況

平成26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	
	1 利用者あり	2 利用者なし
共同生活援助サービス事業所(外部サービス利用型共同生活援助サービス事業所を除く。)の利用者		
外部サービス利用型共同生活援助サービス事業所の利用者		

(32) 利用期間別利用実人員(9月30日現在)

(31)で「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。また、それぞれのうち、「サテライト型住居」の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		
		1年以下	1年超3年以下	3年超
共同生活援助サービス事業所(外部サービス利用型共同生活援助サービス事業所を除く。)	人	人	人	人
うちサテライト型住居	人	人	人	人
外部サービス利用型共同生活援助サービス事業所	人	人	人	人
うちサテライト型住居	人	人	人	人

※共同生活介護(ケアホーム)を利用していた者が継続して利用している場合は、その利用期間を通算します。
 ※サテライト型住居の利用期間は、サテライト型住居入居前の共同生活住居の利用期間を通算します。

(33) 「外部サービス利用型共同生活援助サービス事業所」における9月中の受託居宅介護サービスの提供状況

※(27)で「2 外部サービス利用型共同生活援助サービス事業所」に○を付けた事業所のみ記入してください。平成26年9月中の受託居宅介護サービスの提供状況について、該当する番号をひとつ選んで○をつけてください。

- 1 受託居宅介護サービスの利用者あり
- 2 受託居宅介護サービスの利用者なし

(補問) 「9月中の受託居宅介護サービスの利用者あり」の場合、9月中の「受託居宅介護サービスの利用実人員」を記入してください。

受託居宅介護サービスの利用実人員 人

(34) 過去1年間の入退居の状況

過去1年間(平成25年10月1日～平成26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 共同生活援助サービス事業所(外部サービス利用型共同生活援助サービス事業所を除く。)の利用者

利用者の入居前の場所・状況(人)							
1 大春らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等に扶養された生活	3 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
人	人	人	人	人	人	人	人
利用者の退居後の行先・状況(人)							
1 大春らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等に扶養された生活	3 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
人	人	人	人	人	人	人	人

② 外部サービス利用型共同生活援助サービス事業所の利用者

利用者の入居前の場所・状況(人)							
1 大春らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等に扶養された生活	3 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
人	人	人	人	人	人	人	人
利用者の退居後の行先・状況(人)							
1 大春らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等に扶養された生活	3 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
人	人	人	人	人	人	人	人

(35) 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。

共同生活援助サービス事業所(外部サービス利用型共同生活援助サービス事業所を除く。)

※8ページ(27)で「1 共同生活援助サービス事業所(外部サービス利用型共同生活援助サービス事業所を除く。)」に○を付けた事業所のみ記入してください。

	サービス管理責任者	世話人	生活支援員	その他の職員
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	・	・	・	・

外部サービス利用型共同生活援助サービス事業所

※8ページ(27)で「2 外部サービス利用型共同生活援助サービス事業所」に○を付けた事業所のみ記入してください。

	サービス管理責任者	世話人	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) 「共同生活援助サービス事業所(外部サービス利用型共同生活援助サービス事業所を除く。）」、「外部サービス利用型共同生活援助サービス事業所」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。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)	人	人	人
非常勤の従事者数(人)	人	人	人

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(36) 自立訓練(機能訓練)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1) 「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」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 1年6月以下	1年6月超 2年以下	2年超 2年6月以下	2年6月超 3年以下	3年超
人	人	人	人	人	人	人

(補問2) 「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)	人	人
利用延人数(人)	人	人

※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「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。

(37) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成25年10月1日～平成26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			
人	人	人	人	人	人	人	人

(38) 自立訓練(機能訓練)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	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
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)	人	人	人
非常勤の従事者数(人)	人	人	人

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(39) 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) 人

(40) 自立訓練(生活訓練)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1) 「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」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 1年6月以下	1年6月超 2年以下	2年超 2年6月以下	2年6月超 3年以下	3年超
<input type="text"/> 人						

(補問2) 「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)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
利用延人数(人)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

※ 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「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。

(41) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成25年10月1日～平成26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			
<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

(42) 自立訓練(生活訓練)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	保健師・看護師	生活支援員	訪問支援員	その他の 職 員
常勤専従 (換算数不要)	<input type="text"/>				
常勤兼務	<input type="text"/>				
常勤兼務 の換算数	<input type="text"/>				
非常勤	<input type="text"/>				
非常勤 の換算数	<input type="text"/>				

(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)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
非常勤の従事者数(人)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

(43) 定員

.....	人
-------	---

(44) 宿泊型自立訓練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 1年6月以下	1年6月超 2年以下	2年超 2年6月以下	2年6月超 3年以下	3年超
人	人	人	人	人	人	人

(45) 過去1年間の入退所の状況

過去1年間(平成25年10月1日～平成26年9月30日)に入所した者及び退所した者について、該当する者を計上してください。

利用者の入所前の場所・状況(人)							
自宅・アパート等		3 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 寄宿舍	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						
人	人	人	人	人	人	人	人
利用者の退所後の行先・状況(人)							
自宅・アパート等		3 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						
人	人	人	人	人	人	人	人

(46) 宿泊型自立訓練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	保健師・看護師	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)	人	人	人
非常勤の従事者数(人)	人	人	人

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(47) 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) 人

(48) 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

(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)
	2年以下	2年超3年以下	3年超	
<input type="text"/> 人				

(49) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成25年10月1日～平成26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			
<input type="text"/> 人							

(50) 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)	<input type="text"/>				
常勤兼務	<input type="text"/>				
常勤兼務の換算数	<input type="text"/>				
非常勤	<input type="text"/>				
非常勤の換算数	<input type="text"/>				

(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)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
非常勤の従事者数(人)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

0045 就労継続支援(A型)サービス

記入者名

電話番号 ()-()-()

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(51) 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

(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	
人	人	人	人	人

(52) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成25年10月1日～平成26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			
人	人	人	人	人	人	人	人

(53) 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				
常勤専従 (換算数不要)					(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。			
常勤兼務								
常勤兼務の換算数	・	・	・	・				
非常勤								
非常勤の換算数	・	・	・	・				
					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)	人	人	人
					非常勤の従事者数(人)	人	人	人

0046 就労継続支援(B型)サービス

記入者名

電話番号 ()-()-()

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(54) 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

(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	
人	人	人	人	人

(55) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成25年10月1日～平成26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			
人	人	人	人	人	人	人	人

(56) 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				
常勤専従 (換算数不要)					(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。			
常勤兼務								
常勤兼務の換算数	・	・	・	・				
非常勤								
非常勤の換算数	・	・	・	・				
					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)	人	人	人
					非常勤の従事者数(人)	人	人	人

0061 児童発達支援サービス

記入者名

電話番号 ()-()-()

(57) 児童発達支援サービスの提供状況 定員 人 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) 人 利用延人数(人) 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。

(58) 児童発達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。

	児童発達支援管理責任者	指導員	保育士	その他の職員
常勤専従 (換算数不要)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
常勤兼務	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
常勤兼務の換算数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非常勤	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非常勤の換算数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(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)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
非常勤の従事者数(人)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

0063 放課後等デイサービス

記入者名

電話番号 ()-()-()

(59) 放課後等デイサービスの提供状況 定員 人 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) 人 利用延人数(人) 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。

(60) 放課後等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。

	児童発達支援管理責任者	指導員	保育士	その他の職員
常勤専従 (換算数不要)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
常勤兼務	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
常勤兼務の換算数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非常勤	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非常勤の換算数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(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)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
非常勤の従事者数(人)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

(61) 保育所等訪問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、9月中の「利用実人員」「訪問回数合計」を記入してください。

利用実人員(人)	<input type="text"/>	訪問回数合計(回)	<input type="text"/>
----------	----------------------	-----------	----------------------

(62) 保育所等訪問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。

	児童発達支援管理責任者	訪問支援員	その他の職員
常勤専従(換算数不要)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
常勤兼務	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
常勤兼務の換算数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非常勤	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非常勤の換算数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(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)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
非常勤の従事者数(人)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

(63) 障害児相談支援サービスの提供状況 9月中の利用者あり 2 9月中の利用者なし ※9月中に障害児支援利用援助(計画作成)又は継続障害児支援利用援助(モニタリング)を提供した人数を記入してください。

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「利用実人員」を記入してください。 → 利用実人員(人) 人

(64) 障害児相談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。

	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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
常勤兼務	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
常勤兼務の換算数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非常勤	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非常勤の換算数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(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)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
非常勤の従事者数(人)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人