



(平成30年10月1日調査)

C

厚生労働省

※障害児入所施設の基準により障害者支援施設又は療養介護事業所の指定を受けている場合も、この調査票に記入してください。

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。

(2) 在所有者数(9月30日現在)
※入所者及び通所者の合計を記入してください。

(3) 主な退所理由・在所期間別退所者数 (過去１年間) ※平成29年10月１日～平成30年９月30日	１年未満	１年以上 ２年未満	２年以上 ３年未満	３年以上 ４年未満	４年以上 ５年未満	５年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
１ 就職	人	人	人	人	人	人	人	人
２ 家庭復帰	人	人	人	人	人	人	人	人
３ 他の社会福祉施設等への転所	人	人	人	人	人	人	人	人
４ 入院	人	人	人	人	人	人	人	人
５ 死亡	人	人	人	人	人	人	人	人
６ その他	人	人	人	人	人	人	人	人

裏面に続きます。

(4)-1 職種・常勤－非常勤別従事者数(人) ※換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

※太点線で囲っている箇所については「(4)-2子育て支援員の常勤－非常勤別従事者数」にも回答してください。

		1 施設長	1のうち 社会福祉士	2 職業・作業 指導員	3 生活・児童指導員、 児童自立支援専門員	3のうち 社会福祉士	4 児童 厚生員	5 保育士	6 児童生活 支援員	6のうち 社会福祉士	7 母子 支援員
常勤専従 (換算数不要)	男										
	女										
常勤兼務	男										
	女										
常勤兼務 の換算数	男	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	女	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
非常勤	男										
	女										
非常勤 の換算数	男	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	女	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
		8 医師	セラピスト 9 理学療法士	10 作業療法士	11 その他の 療法士	12 保健師 助産師	13 栄養士	14 調理員	15 事務員	16 児童発達 支援管理 責任者	17 その他の 職員
常勤専従 (換算数不要)	男										
	女										
常勤兼務	男										
	女										
常勤兼務 の換算数	男	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	女	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
非常勤	男										
	女										
非常勤 の換算数	男	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	女	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

(4)-2 子育て支援員の常勤－非常勤別従事者数

(4)-1の従事者のうち、子育て支援員であって、研修を修了し「2職業・作業指導員」～「7母子支援員」、「16児童発達支援管理責任者」及び「17その他の職員」の職種に従事している者がいる場合は人数を記入してください。

子育て支援員		
常勤専従	常勤兼務	非常勤
人	人	人

(5) 実習生の受入状況(過去1年間) ※平成29年10月1日～平成30年9月30日

介護福祉士養成校から	1 受け入れあり	2 受け入れなし
社会福祉士養成校から	1 受け入れあり	2 受け入れなし
(6) 福祉職俸給表に準じた 給与体系の導入状況	1 福祉職俸給表に準じている	2 福祉職俸給表に準じていない

(7) 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

※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。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。

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)

ご協力ありがとうございました。