



(平成30年10月1日調査)

B

厚生労働省

*施設番号								
*調査番号								

※障害児入所施設の基準により障害者支援施設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。

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

法 人 名（運営法人名を記入してください。）	
施 設 名	
施 設 の 所 在 地	〒 TEL()-()-()
法 人 番 号	 施設の種類名
(1) 活 動 の 状 況	1 活動中 2 休止中 3 廃止 ※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。
(2) 在所者数（9月30日現在） ※入所者及び通所者それぞれの合計を記入してください。	

入所者・通所者別在所者数			
入所者数		通所者数	

年齢階級別在所者数									
17歳以下	18～24歳	25～29歳	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60歳以上
人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

身体障害者手帳所持者一療育手帳所持者年齢区分別在所者数		
	18歳未満	18歳以上
身体障害者手帳	人	人
療 育 手 帳	人	人

(3) 入所者数(9月30日現在) ※障害者支援施設の入所者が対象です。通所者は計上しないでください。

入所期間別入所者数						
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
人	人	人	人	人	人	人

(4) 退所理由・退所後の住居(夜の住まい)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

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		人	人	人			人
2 グループホーム（共同生活援助）		人	人	人			人
3 福祉ホーム		人	人	人			人
4 入所施設		人	人	人			人
5 その他		人	人	人			人
6 合計		人	人	人	人	人	人

裏面に続きます。

【●(5)～(8)は全施設、記入してください】

(5) 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。

		1 施設長 (管理人)		2 サービス 管 理 者 責 任 者		3 生活指導 ・ 支援員		4 職業・作業 指 導 員		セラピスト		5 理 学 士		6 作 業 士		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		4 のうち 社会福祉士		理 療 法 士		作 療 法 士		その他の 療 法 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 心理・職能 判 定 員		9 医 師 保 健 師 手 護		11 精神保健 福 祉 士		12 介護職員		12 のうち 介護福祉士		13 介 護 士 福 祉 士		14 介 護 士 福 祉 士		15 介 護 士 福 祉 士		16 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	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.		

(6) 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
精神保健福祉士養成校から	1 受け入れあり	2 受け入れなし
(7) 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

(8) 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

【●(9)は地域活動支援センターのみ、お答えください】

(9) 地域活動支援センターの9月中の「利用実人員」「利用延人数」
※「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、「利用延人数」は「10」となります。

	利用実人員		人	利用延人数		人
--	-------	--	---	-------	--	---

【●(10)、(11)は障害者支援施設のみ、お答えください】

(10) 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、「F 障害福祉サービス等・障害児通所支援等事業所票」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は、「F 障害福祉サービス等・障害児通所支援等事業所票」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(「生活介護」「自立訓練(機能訓練・生活訓練)」「就労移行支援」「就労継続支援(A型・B型)」)を実施している障害者支援施設は、下欄に事業所番号を記入してください。

事業所番号					

補問2-1 「指定されているサービス」の種類について、実施しているサービスの種類の番号に○をつけてください。
また、「9月中の」について、該当する番号に○をつけ、9月中の利用者数も記入してください。

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

補問2-2 「自立訓練サービス(機能訓練・生活訓練)」の9月中のそれぞれについて、「サービス費Ⅰ」「サービス費Ⅱ」別に「利用実人員」「利用延人数」を記入してください。
※「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、「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「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		人
	利用延人数		人		人
自立訓練サービス(生活訓練)	利用実人員		人		人
	利用延人数		人		人

(11) 施設内における医療処置実施の有無

1 あり2 なし

※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。