



政府統計

平成30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30年10月1日調査)

F

厚生労働省

*一連番号
*調査番号

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。

法人名 (運営法人名を記入してください。)
事業所名 ※事業所名に修正がある場合は(1)の各事業所名もご確認の上、修正してください。
事業所の所在地 〒 TEL()-()-()
法人番号

(1) 事業の種類・事業所番号
・印字されたサービスについて、「活動状況」に○をつけてください。休止届や廃止届を出している場合は「2 休止中」又は「3 廃止」に○をつけてください。(2ページ以降は記入不要です。)
・このページに印字されたサービスについてのみ、サービスの提供状況等を2ページ以降に記入してください。印字のないサービスについては記入不要です。
なお、障害者支援施設の昼間実施サービスについてはこの調査票に記入せず、活動状況の「3 廃止」に○をつけてご返送ください。
・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、記入をお願いします。

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. Rows include services like 0011 居宅介護, 0012 重度訪問介護, etc.

見本

(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。)

(2) 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「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。
注：ここでいう「利用実人員」の計上のしかたは、例えば、同じ利用者(1人)に「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。

	障害者(18歳以上)		障害児(18歳未満)	
	利用実人員	訪問回数合計	利用実人員	訪問回数合計
身体介護が中心	人	回	人	回
通院介助(身体介護を伴う)が中心	人	回		回
家事援助が中心	人	回		回
通院介助(身体介護を伴わない)が中心	人	回		回
通院等乗降介助が中心	人	回		回

(3) 居宅介護サービスの従事者数

・「9月中の利用者なし」でも、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。
・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。

	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)							
常勤兼務							
常勤兼務 の換算数							
非常勤							
非常勤 の換算数							

(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、喀痰吸引等研修を修了し、認定証が交付された人数を
記入してください。
複数の研修を修了している場合は、左側の研修優先で計上してください。

→

1号研修	2号研修	3号研修
<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

0012 重度訪問介護サービス

記入者名

電話番号()-()-()

(4) 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	うち移動介護	訪問回数合計	うち移動介護
人	人	回	回

(5) 重度訪問介護サービスの従事者数

・「9月中の利用者なし」でも、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。
 ・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。

	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 従業者養成 研修修了者	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、略痰吸引等研修を修了し、認定証が交付された人数を記入してください。複数の研修を修了している場合は、左側の研修優先で計上してください。

1号研修	2号研修	3号研修
<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

(補問3) 行動障害を有する利用者に対する研修等を利用はできますか。

1 利用可能 2 利用できない

(補問4) 従事者のうち、「行動障害を有する利用者に対する研修」を修了した者及びそのうちの「サービス提供責任者」の人数を記入してください。

行動障害を有する利用者に対する研修修了者	うちサービス提供責任者
<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

見

本

0015 同行援護サービス

記入者名

電話番号()-()-()

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

(7) 同行援護サービスの従事者数

・「9月中の利用者なし」でも、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。
 ・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。

	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 従業者養成 研修修了者	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、「同行援護従業者養成研修修了者」及びそのうちの「サービス提供責任者」の人数を記入してください。

従事者のうち 同行援護従業者 養成研修修了者	うちサービス提供責任者
<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

(8) 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	人
訪問回数合計	回	回

(9) 行動援護サービスの従事者数
 ・「9月中の利用者なし」でも、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。
 ・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。

	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)	行動援護従業者養成研修修了者	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。他のサービス提供責任者も含まれます。

(補問2) 従事者のうち「行動援護従業者養成研修修了者」又は「強度行動障害支援者養成研修(基礎及び実践)修了者」とそのうちの「サービス提供責任者」の人数を記入してください。

従事者のうち行動援護従業者養成研修修了者	人
従事者のうち強度行動障害支援者養成研修(基礎及び実践)修了者	人



※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。

(10) 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30日現在の「利用期間別利用実人員」「利用延人数」を記入してください。9月中に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

利用期間別利用実人員			利用延人数
1年以下	1年超3年以下	3年超	
人	人	人	人

(11) 療養介護サービスの従事者数
 ・「9月中の利用者なし」でも、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。

	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					

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。

(12) 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30日現在の「利用期間別利用実人員」「利用延人数」を記入してください。
9月中に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

利用期間別利用実人員			利用延人数
1年以下	1年超3年以下	3年超	
人	人	人	人

(13) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成29年10月1日～平成30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							
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

(14) 生活介護サービスの従事者数

・「9月中の利用者なし」でも、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。

	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						

0014 重度障害者等包括支援サービス

記入者名

電話番号()-()-()

(15) 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
利用日数合計	日	日	日

(16) 重度障害者等包括支援サービスの従事者数

・「9月中の利用者なし」でも、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。

	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、喀痰吸引等研修を修了し、認定証が交付された人数を記入してください。複数の研修を修了している場合は、左側の研修優先で計上してください。

1号研修	2号研修	3号研修
人	人	人

(17) 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

(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

・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。

(18) 計画相談支援サービスの従事者数

・「9月中の利用者なし」でも、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。

	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	⋮	⋮	⋮

(19) 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

(20) 過去1年間の地域移行支援サービスの利用期間

過去1年間(平成29年10月1日～平成30年9月30日)に利用した者について、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。
9月30日より前に利用が終了した場合、利用終了日時時点の利用期間を記入してください。

利 用 期 間				
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
人	人	人	人	人

(21) 過去1年間の利用者の状況

過去1年間(平成29年10月1日～平成30年9月30日)に利用した者について、利用時の場所・状況を記入してください。

利 用 時 の 場 所 ・ 状 況					
1 入所施設	2 精神科病院	3 救護施設 更正施設	4 刑事施設	5 更正保護 施設	6 そ の 他
人	人	人	人	人	人

(補問) 過去1年間(平成29年10月1日～平成30年9月30日)に利用した者のうち、利用後に利用時の場所から移動した者について
行先・状況を記入してください。

利 用 後 の 行 先 ・ 状 況							
自宅・アパート等		3 グループ ホーム	4 宿 泊 型 自立訓練	5 他 の 障害者施設	6 他 の 病 院	7 高 齢 者 施 設	8 そ の 他
1 1人暮らし等の 自立した生活	2 家族に扶養 された生活						
人	人	人	人	人	人	人	人

(22) 地域移行支援サービスの従事者数

・「9月中の利用者なし」でも、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。

	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	⋮	⋮	⋮

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()-()-()

(23) 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

(24) 過去1年間の地域定着支援サービスの利用期間

過去1年間(平成29年10月1日～平成30年9月30日)に利用した者について、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。9月30日より前に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

利 用 期 間				
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
人	人	人	人	人

(25) 地域定着支援サービスの従事者数

・「9月中の利用者なし」でも、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。

	管 理 者	相 談 支 援 員 専 門 員	そ の 他 の 職
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

0024 短期入所サービス

記入者名

電話番号()-()-()

(26) 事業所形態 ※該当する番号すべて○をつけてください。

1 単独型 2 併設型 3 空床型

(27) 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) 「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	人
利 用 日 数 合 計	日	日

(28) 短期入所サービスの従事者数

・(26)で「1 単独型」又は「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」のみに○をつけた事業所は記入不要です)
・「9月中の利用者なし」でも、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。

	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)						
常 勤 兼 務						
常勤兼務 の換算数
非 常 勤						
非常勤 の換算数
	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)						
常 勤 兼 務						
常勤兼務 の換算数
非 常 勤						
非常勤 の換算数

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すべての住居について記入してください。

(29) 事業所形態 ※該当する番号すべてに○をつけてください。

- 1 共同生活援助事業所(日中サービス支援型及び外部サービス利用型を除く。)
2 日中サービス支援型共同生活援助事業所
3 外部サービス利用型共同生活援助事業所

(30) 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

(31) 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								

(32) 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 人

(33) 共同生活援助サービスの提供状況

	9月中の利用者の有無	
	1 利用者あり	2 利用者なし
共同生活援助事業所(日中サービス支援型及び外部サービス利用型を除く。)	1 利用者あり	2 利用者なし
日中サービス支援型共同生活援助事業所	1 利用者あり	2 利用者なし
外部サービス利用型共同生活援助事業所	1 利用者あり	2 利用者なし

(34) 利用期間別利用実人員(9月現在)

(33)で「1 利用者あり」の場合、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。

・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。

	利用期間		
	1年以下	1年超3年以下	3年超
共同生活援助事業所(日中サービス支援型及び外部サービス利用型を除く。)	人	人	人
うちサテライト型住居	人	人	人
日中サービス支援型共同生活援助事業所	人	人	人
外部サービス利用型共同生活援助事業所	人	人	人
うちサテライト型住居	人	人	人

(35) 「共同生活援助事業所」及び「日中サービス支援型共同生活援助事業所」における特例による個人単位居宅介護等の利用状況

(29)で「1 共同生活援助事業所(日中サービス支援型及び外部サービス利用型を除く。)」又は「2 日中サービス支援型共同生活援助事業所」に○をつけた事業所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) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「利用実人員」「利用時間合計」をサービス別に記入してください。

	居宅介護サービス	重度訪問介護サービス
利用実人員	人	人
利用時間合計	時間	時間

(36) 「外部サービス利用型共同生活援助事業所」における受託居宅介護サービスの提供状況

(29)で「3 外部サービス利用型共同生活援助事業所」に○をつけた事業所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) 「9月中の利用者あり」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

(37) 過去1年間の入退居の状況

過去1年間(平成29年10月1日～平成30年9月30日)に入居した者について、①～③別に該当する者を計上してください。

	利用者の入居前の場所・状況							
	自宅・アパート等		3 グループホーム	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 一人暮らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等に扶養された生活						
①共同生活援助事業所(日中サービス支援型及び外部サービス利用型を除く。)	人	人	人	人	人	人	人	人
②日中サービス支援型共同生活援助事業所	人	人	人	人	人	人	人	人
③外部サービス利用型共同生活援助事業所	人	人	人	人	人	人	人	人

過去1年間(平成29年10月1日～平成30年9月30日)に退居した者について、①～③別に該当する者を計上してください。

	利用者の退居後の行先・状況							
	自宅・アパート等		3 グループホーム	4 福祉ホーム	5 入所施設	6 病院	7 死亡	8 その他
	1 一人暮らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等に扶養された生活						
①共同生活援助事業所(日中サービス支援型及び外部サービス利用型を除く。)	人	人	人	人	人	人	人	人
②日中サービス支援型共同生活援助事業所	人	人	人	人	人	人	人	人
③外部サービス利用型共同生活援助事業所	人	人	人	人	人	人	人	人

(38) 共同生活援助サービスの従事者数

・「9月中の利用者なし」でも、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。

共同生活援助事業所(日中サービス支援型及び外部サービス利用型を除く。)

8ページ(29)で「1 共同生活援助事業所(日中サービス支援型及び外部サービス利用型を除く。)」に○をつ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

日中サービス支援型共同生活援助事業所

8ページ(29)で「2 日中サービス支援型共同生活援助事業所」に○をつ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	看護師	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事業所

8ページ(29)で「3 外部サービス利用型共同生活援助事業所」に○をつ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

※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) 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30日現在の「利用期間別利用実人員」を記入してください。9月中に利用が終了した場合、利用終了日時時点の利用期間を記入してください。

利用期間					
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

(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。
・「利用実人員」の計上について、例えば、同じ利用者(1人)に「サービス費Ⅰ」と「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。

	サービス費Ⅰ(通所)	サービス費Ⅱ(訪問)
利用実人員	人	人
利用延人数	人	人

(40) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成29年10月1日～平成30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。

1 就職	退 所 理 由				6 入院	7 死亡	8 その他
	他の障害福祉サービス等を利用(利用先)						
	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

(41) 自立訓練(機能訓練)サービスの従事者数

・「9月中の利用者なし」でも、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。

	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						

※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。

(42) 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30日現在の「利用期間別利用実人員」を記入してください。9月中に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

利用期間					
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

(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。
・「利用実人員」の計上について、例えば、同じ利用者(1人)に「サービス費Ⅰ」と「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。

	サービス費Ⅰ(通所)	サービス費Ⅱ(訪問)
利用実人員	人	人
利用延人数	人	人

(43) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成29年1月1日～2017年12月31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							
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

(44) 自立訓練(生活訓練)サービスの従事者数

・「9月中の利用者なし」でも、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。

	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)					
常 勤 兼 務					
常勤兼務 の換算数					
非 常 勤					
非常勤 の換算数					

(45) 定員

人

(46) 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。
9月中に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

利用期間					
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

(47) 過去1年間の入退所の状況

過去1年間(平成29年10月1日～平成30年9月30日)に入所した者及び退所した者について、該当するを計上してください。

利用者の入所前の場所							
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	3 グループホーム	4 福祉ホーム	5 入所施設	6 病院	7 別支援の舎 と寄居校舎	8 その他
人	人	人	人	人	人	人	人
利用者の退所後の行先・状況							
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	3 グループホーム	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

(48) 宿泊型自立訓練サービスの従事者数

- ・「9月中の利用者なし」でも、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。

	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

※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。

(49) 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30日現在**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。
9月中に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

利用期間別利用実人員			利用延人数
2年以下	2年超3年以下	3年超	
人	人	人	人

(50) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成29年10月1日～平成30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							
1 就 職	福祉サービス等を利用(利用先)			その他の理由			
	2 就労継続支援(A型)事業所	3 就労継続支援(B型)事業所	5 その他の事業所等	6 入 居 死 亡	8 その他		
人	人	人	人	人	人	人	人

(51) 就労移行支援サービスの従事者数

- ・「9月中の利用者なし」でも、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。

	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

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。

(52) 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30日現在の「利用期間別利用実人員」「利用延人数」を記入してください。9月中に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

利用期間別利用実人員			利用延人数
1年以下	1年超3年以下	3年超	
人	人	人	人

(53) 過去1年間の退所者の状況

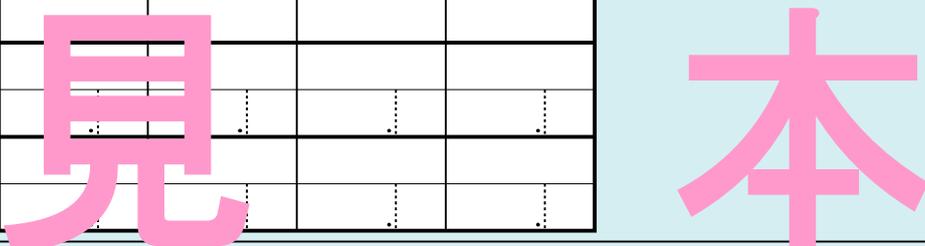
過去1年間(平成29年10月1日～平成30年9月30日)に退所した者について、次の退所理由別に人数を記入してください。

1 就職	退 所 理 由				6 入院	7 死亡	8 その他
	他の障害福祉サービス等を利用(利用先)						
	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

(54) 就労継続支援(A型)サービスの従事者数

・「9月中の利用者なし」でも、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。

	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)				
常勤兼務				
常勤兼務の換算数				
非常勤				
非常勤の換算数				



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。

(55) 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30日現在の「利用期間別利用実人員」「利用延人数」を記入してください。9月中に利用が終了した場合、利用終了日時点の利用期間を記入してください。

利用期間別利用実人員			利用延人数
1年以下	1年超3年以下	3年超	
人	人	人	人

(56) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成29年10月1日～平成30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。

1 就職	退 所 理 由				6 入院	7 死亡	8 その他
	他の障害福祉サービス等を利用(利用先)						
	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

(57) 就労継続支援(B型)サービスの従事者数

・「9月中の利用者なし」でも、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。

	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)				
常勤兼務				
常勤兼務の換算数				
非常勤				
非常勤の換算数				

(58) 自立生活援助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

(59) 過去6ヶ月間の利用者の状況

過去6ヶ月間(平成30年4月1日～平成30年9月30日)に利用した者について、該当する者を計上してください。

利用前の場所・状況					
1 グループホーム	2 入所施設	3 精神科病院	4 1人暮らし	5 家族と同居	6 その他
<input type="text"/> 人					

(60) 自立生活援助サービスの従事者数

・「9月中の利用者なし」でも、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。

	サービス管理責任者	地域生活支援員	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"/>

見

本

(61) 就労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

(62) 就労定着支援サービスの従事者数

・「9月中の利用者なし」でも、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。

	サービス管理責任者	就労定着支援員	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"/>

0061 児童発達支援 記入者名 _____ 電話番号()-()-()

(63) 児童発達支援の提供状況 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) 「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

(64) 児童発達支援の従事者数 ・「9月中の利用者なし」でも、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。

	児童発達支援 管理責任者	児童指導員	保育士	障害福祉サービス 経験者	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

0065 居宅訪問型児童発達支援 記入者名 _____ 電話番号()-()-()

(65) 居宅訪問型児童発達支援の提供状況 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 訪問回数合計 _____ 回

(66) 居宅訪問型児童発達支援の従事者数 ・「9月中の利用者なし」でも、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。

	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)			
常勤兼務			
常勤兼務 の換算数
非常勤			
非常勤 の換算数

0063 放課後等デイサービス 記入者名 _____ 電話番号()-()-()

(67) 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) 「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

(68) 放課後等デイサービスの従事者数 ・「9月中の利用者なし」でも、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。

	児童発達支援 管理責任者	児童指導員	保育士	障害福祉サービス 経験者	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

0064 保育所等訪問支援

記入者名

電話番号()-()-()

(69) 保育所等訪問支援の提供状況

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	<input type="text"/> 人	訪問回数合計	<input type="text"/> 回
-------	------------------------	--------	------------------------

(70) 保育所等訪問支援の従事者数

・「9月中の利用者なし」でも、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。

	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"/>

見本

0055 障害児相談支援

記入者名

電話番号()-()-()

(71) 障害児相談支援の提供状況

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	<input type="text"/> 人
-------	------------------------

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。

(72) 障害児相談支援の従事者数

・「9月中の利用者なし」でも、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。

	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"/>