



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
障害福祉サービス等事業所票

(平成23年10月1日調査)



E

厚生労働省

*一連番号	
*調査番号	
(1) 法人名 (運営法人名を記入してください。)	
(2) 事業所名 ※事業所名に修正がある場合は(7)の各事業所名も確認の上、修正してください。	
(3) 事業所の所在地	〒 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) 経営主体	01 国 02 都道府県 03 市区町村 04 一部事務組合・広域連合 05 社会福祉協議会	06 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 07 医療法人 08 公益法人 09 農業協同組合及び連合会 10 消費生活協同組合及び連合会	11 営利法人(会社) 12 特定非営利活動法人(NPO) 13 その他の法人 14 01~13以外(個人を含む。)
----------	--	--	---

※右記リストから該当する番号を選択し、上欄に記入してください。

(5) 併設の状況 ※同一法人(実質的同一経営を含む)が同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事業所について、該当する番号すべてに○をつけてください。	1 身体障害者更生援護施設 2 知的障害者援護施設 3 児童福祉施設	4 精神障害者社会復帰施設 5 指定障害者支援施設 6 介護保険施設・事業所	7 1~6との併設はない
---	--	--	--------------

(6) 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 2 苦情解決責任者を設置	3 共同で第三者委員を設置 4 単独で第三者委員を設置	5 1~4以外の取組を実施している 6 1~5のいずれも実施していない
--	-----------------------------	--------------------------------	--

(7) 事業の種類・事業所番号 ※調査票は住所ごとに送付していますので、別住所におけるサービスの記入は不要です。 ※障害者支援施設の昼間実施サービスは「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。	・9月30日現在、貴事業所において指定を受けている次の0011~0046の各事業について、該当する「活動状況」1つに○をつけ、印字されている事業所番号、事業所名を確認してください。変更・誤りがある場合は、赤字で余白に修正をしてください。 記入後は、サービスの種類ごとに右側に示したページへ進んでください。 ・印字されていない事業があった場合は、該当する「サービスの種類」欄の事業所番号、事業所名等を記入してください。 ・下記サービスについて、休止中や廃止中を出している場合は「休止中」「廃止」に○をつけてください。以降のページは記入不要です。 ・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、記入してください。(同一法人・同一住所のサービス事業所の場合、以下の全サービス(障害者支援施設の昼間実施サービスを除く)について、この調査票に記入してください。)		
--	--	--	--

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
0011 居宅介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	2 ページ
0012 重度訪問介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	2 ページ
0013 行動援護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	3 ページ
0021 療養介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	3 ページ
0022 生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	4 ページ
0023 児童デイサービス			1 活動中 2 休止中 3 廃止	4 ページ
0014 重度障害者等包括支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	5 ページ
0051 相談支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	5 ページ
0031 共同生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	6・7 ページ
0033 共同生活援助			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
0024 短期入所			1 活動中 2 休止中 3 廃止	8 ページ
0041 自立訓練(機能訓練)			1 活動中 2 休止中 3 廃止	9 ページ
0042 自立訓練(生活訓練)			1 活動中 2 休止中 3 廃止	10 ページ
0043 就労移行支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	11 ページ
0045 就労継続支援(A型)			1 活動中 2 休止中 3 廃止	12 ページ
0046 就労継続支援(B型)			1 活動中 2 休止中 3 廃止	12 ページ

※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。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。

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

0011 居宅介護サービス

記入者名

電話番号()-()-()

(8) 居宅介護サービスの提供状況

9月中の営業日数

※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

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	人	回	人	回
通院介助(身体介護を伴う)が中心	人	回	人	回
家事援助が中心	人	回	人	回
通院介助(身体介護を伴わない)が中心	人	回	人	回
通院等乗降介助が中心	人	回	人	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。

(9) 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	ホームヘルパー			重度訪問介護従事者養成研修修了者	行動援護従事者養成研修修了者	その他の職員
		1級	2級	3級			
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							

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。

0012 重度訪問介護サービス

記入者名

電話番号()-()-()

(10) 重度訪問介護サービスの提供状況

9月中の営業日数

※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)
人	人	回	回

(11) 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	ホームヘルパー			重度訪問介護従事者養成研修修了者	行動援護従事者養成研修修了者	その他の職員
		1級	2級	3級			
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							

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。

0013 行動援護サービス 記入者名 電話番号()-()-()

(12) 行動援護サービスの提供状況

9月中の営業日数

※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	人
訪問回数合計(回)	回	回

(13) 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	ホームヘルパー			重度訪問介護従事者養成研修修了者	行動援護従事者養成研修修了者	その他の職員
		1級	2級	3級			
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							

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

0021 療養介護サービス 記入者名 電話番号()-()-()

(14) 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

(15) 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()-()-()

※障害者支援施設の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。

(16) 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

(17) 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

0023 児童デイサービス

記入者名

電話番号()-()-()

(18) 児童デイサービスの提供状況

定員

 人

9月中の開催日数

 日

※利用者がいない日であっても、
事業所として開催していた場合は
開催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。

(19) 児童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。

	サービス 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)				
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()-()-()

(20) 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

(補間) 「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

(21) 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		

(補間) 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

0051 相談支援事業

記入者名

電話番号()-()-()

(22) 職員の資質向上のための取組状況

この1年間(平成22年10月1日～平成23年9月30日)に職員の資質向上のための取組をしましたか。

(補間) 「職員の資質向上のための取組をした」場合、どのような取組をしましたか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

☐ 1 し た
☐ 2 し な い

- 1 事業所独自の研修を実施
- 2 「相談支援従事者(初任者・現任)研修」に参加(都道府県が実施)
- 3 「相談支援従事者指導者養成研修」に参加(国が実施)
- 4 1～3以外の研修に参加

(23) サービス利用計画作成費の利用状況

☐ 1 9月中の利用者あり ☐ 2 9月中の利用者なし

※利用計画を作成した人数を記入してください。(請求人数や相談のみの人数を間違えて記入しないでください。)

(補間) 「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

(24) 相談支援事業の従事者数

※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			

(補間) 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

以下の設問については表紙(1ページ)の「共同生活介護」「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。この住居には一体型も含まれます。

(25) 事業所形態(複数回答)

- 1 共同生活介護サービス事業所(ケアホーム)
2 共同生活援助サービス事業所(グループホーム)
3 一体型指定事業所(一体型指定共同生活介護・共同生活援助事業所)

※一体型指定事業所とは、一体型指定共同生活介護事業所及び一体型共同生活援助事業所の指定を受けている事業所をいいます。

(26) 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

(27) 定員(階級)別住居箇所数

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	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所

(28) 9月中のサービスの利用状況

平成23年9月中の利用状況について、該当する番号をそれぞれ1つ選んで○をつけてください。

	9月中の利用者の有無	
「共同生活介護」で支給決定を受けた利用者	1 利用者あり	2 利用者なし
「共同生活援助」で支給決定を受けた利用者	1 利用者あり	2 利用者なし

(29) 利用期間別利用実人員(9月30日現在) ◀

「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。

	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
共同生活介護(ケアホーム)	人	人	人	人
共同生活援助(グループホーム)	人	人	人	人

(30) 過去1年間の入退居の状況

過去1年間(平成22年10月1日~平成23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 「共同生活介護」で支給決定を受けた利用者

利用者の入居前の場所・状況(人)							
自宅・アパート等	グループホーム、ケアホーム	福祉ホーム	入所施設	病院	特別支援の学校・寄宿舎	その他	
1 1人暮らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等により扶養された生活	3	4	5	6	7	8
人	人	人	人	人	人	人	人
利用者の退居後の行先・状況(人)							
自宅・アパート等	グループホーム、ケアホーム	福祉ホーム	入所施設	病院	死亡	その他	
1 1人暮らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等により扶養された生活	3	4	5	6	7	8
人	人	人	人	人	人	人	人

② 「共同生活援助」で支給決定を受けた利用者

利用者の入居前の場所・状況(人)							
自宅・アパート等	グループホーム、ケアホーム	福祉ホーム	入所施設	病院	特別支援の学校・寄宿舎	その他	
1 1人暮らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等により扶養された生活	3	4	5	6	7	8
人	人	人	人	人	人	人	人
利用者の退居後の行先・状況(人)							
自宅・アパート等	グループホーム、ケアホーム	福祉ホーム	入所施設	病院	死亡	その他	
1 1人暮らし・結婚等の自立した生活	2 親・兄弟等により扶養された生活	3	4	5	6	7	8
人	人	人	人	人	人	人	人

(3) 共同生活介護サービス・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。

共同生活介護サービス

※6ページ図で「1 共同生活介護サービス事業所(ケアホーム)」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				

共同生活援助サービス

※6ページ図で「2 共同生活援助サービス事業所(グループホーム)」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			

一体型指定事業所(一体型指定共同生活介護・共同生活援助事業所)

※6ページ図で「3 一体型指定事業所(一体型指定共同生活介護・共同生活援助事業所)」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	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) 「共同生活介護」「共同生活援助」「共同生活介護と共同生活援助の一体型」の各サービスに従事する者(全体)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

(32) 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。

(33) 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)	人	人
利用日数合計(日)	日	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

(34) 短期入所サービスの従事者数

※(34)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	介護職員
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							
	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							

(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

0041 自立訓練(機能訓練)サービス

記入者名

電話番号()-()-()

※障害者支援施設の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。

(35) 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

※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

(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

注:ここでの「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。

(36) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成22年10月1日～平成23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

(37) 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

0042 自立訓練(生活訓練) サービス

記入者名

電話番号()-()-()

※障害者支援施設の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。

(38) 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

(39) 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
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」「サービス費Ⅲ」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)	サービス費Ⅲ(宿泊型自立訓練)
利用実人員(人)	人	人	人
利用延人数(人)	人	人	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「サービス費Ⅰ」「サービス費Ⅱ」「サービス費Ⅲ」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。

(40) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成22年10月1日～平成23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

(41) 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)					
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

0043 就労移行支援サービス

記入者名

電話番号()-()-()

※障害者支援施設の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) 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

(43) 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

(補間) 「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	
人	人	人	人	人

(44) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成22年10月1日～平成23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

(45) 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)					
常 勤 兼 務					
常勤兼務 の換算数					
非 常 勤					
非常勤 の換算数					

(補間) 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

0045 就労継続支援(A型) サービス

記入者名

電話番号()-()-()

※障害者支援施設の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。

(46) 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

(補間)「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

(47) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成22年10月1日～平成23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

(48) 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 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				

(補間) 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

0046 就労継続支援(B型) サービス

記入者名

電話番号()-()-()

※障害者支援施設の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

(補間)「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

(50) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成22年10月1日～平成23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

(51) 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 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				

(補間) 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