秘

政府統計

令和元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

（令和元年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。**

（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。）

	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
障害福祉サービス等	0011 居宅介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	2ページへ
	0012 重度訪問介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	3ページへ
	0015 同行援護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	3ページへ
	0013 行動援護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	4ページへ
	0021 療養介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	4ページへ
	0022 生活介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	5ページへ
	0014 重度障害者等包括支援			1 活動中　2 休止中　3 廃止	5ページへ
	0052 計画相談支援			1 活動中　2 休止中　3 廃止	6ページへ
	0053 地域相談支援（地域移行支援）			1 活動中　2 休止中　3 廃止	6ページへ
	0054 地域相談支援（地域定着支援）			1 活動中　2 休止中　3 廃止	7ページへ
	0024 短期入所			1 活動中　2 休止中　3 廃止	7ページへ
	0033 共同生活援助			1 活動中　2 休止中　3 廃止	8･9ページへ
	0041 自立訓練（機能訓練）			1 活動中　2 休止中　3 廃止	10ページへ
	0042 自立訓練（生活訓練）			1 活動中　2 休止中　3 廃止	11ページへ
	0034 宿泊型自立訓練			1 活動中　2 休止中　3 廃止	12ページへ
	0043 就労移行支援			1 活動中　2 休止中　3 廃止	13ページへ
	0045 就労継続支援（Ａ型）			1 活動中　2 休止中　3 廃止	14ページへ
	0046 就労継続支援（Ｂ型）			1 活動中　2 休止中　3 廃止	14ページへ
	0035 自立生活援助			1 活動中　2 休止中　3 廃止	15ページへ
	0047 就労定着支援			1 活動中　2 休止中　3 廃止	15ページへ
障害児通所支援等	0061 児童発達支援			1 活動中　2 休止中　3 廃止	16ページへ
	0065 居宅訪問型児童発達支援			1 活動中　2 休止中　3 廃止	16ページへ
	0063 放課後等デイサービス			1 活動中　2 休止中　3 廃止	17ページへ
	0064 保育所等訪問支援			1 活動中　2 休止中　3 廃止	17ページへ
	0055 障害児相談支援			1 活動中　2 休止中　3 廃止	17ページへ

見本

0011 居宅介護サービス	記入者名　　電話番号（　　）-（　　）-（　　）

（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	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

（３）居宅介護サービスの従事者数

・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。

見本

	ホームヘルパー						その他の職員
	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）	
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
人	人	人

（補問３） 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。 →

社会福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	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

・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。

	ホームヘルパー							その他の職員
	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	
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
人	人	人

（補問3）行動障害を有する知的障害者等の利用はできますか。 → 1　利用できる　　2　利用できない

（補問4）従事者のうち、「行動障害を有する者に対する研修」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。 →

従事者のうち行動障害を有する者に対する研修修了者	うちサービス提供責任者
人	人

（補問5）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。 →

社会福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	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	人	人
訪問回数合計	回	回

（7）同行援護サービスの従事者数

・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。

	ホームヘルパー							その他の職員
	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	
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
人	人

（補問3）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。 →

社会福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人

0013 行動援護サービス

記入者名　　電話番号（　　）-（　　）-（　　）

（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

・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。

	ホームヘルパー							その他の職員
	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	
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、「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又は強度行動障害支援者養成研修（基礎及び実践）修了者	うちサービス提供責任者
人	人

（補問3）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。 →

社会福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人

見本

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。

（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」及び**9月中の**「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		
1年以下	1年超3年以下	3年超
人	人	人

利用延人数
人

（11）療養介護サービスの従事者数

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	.	.	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	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。

(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」及び**9月中の**「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		
1年以下	1年超3年以下	3年超
人	人	人

利用延人数
人

(13) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間（平成30年10月1日～令和元年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							
就職	他の障害福祉サービス等を利用（利用先）				入院	死亡	その他
	就労移行支援事業所	就労継続支援（A型）事業所	就労継続支援（B型）事業所	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

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	.	.	.	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人	人

見本

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

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1）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

（補問2）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人	人

0052 計画相談支援サービス

記入者名　　電話番号（　　）-（　　）-（　　）

(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

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	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	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（　　）-（　　）-（　　）

(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30年10月1日～令和元年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				
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

見本

(21) 過去1年間の利用者の状況

過去1年間（平成30年10月1日～令和元年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					
入所施設	精神科病院	救護施設 更正施設	刑事施設	更正保護施設	その他
人	人	人	人	人	人

（補問）過去1年間（平成30年10月1日～令和元年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		グループホーム	宿泊型自立訓練	他の障害者施設	他の病院	高齢者施設	その他
1人暮らし等の自立した生活	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

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	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	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（　　）-（　　）-（　　）

（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30年10月1日～令和元年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

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	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人	人

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に○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）
・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	.	.	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人	人

見本

0033 共同生活援助サービス

記入者名　　電話番号（　　）-（　　）-（　　）

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	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	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	カ所

(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	
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30日現在）

(33)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。
・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

見本

(37) 過去１年間の入退居の状況

過去１年間（平成30年10月１日～令和元年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		グループホーム	福祉ホーム	入所施設	病院	特別支援学校の寄宿舎	その他
	1人暮らし･結婚等の自立した生活	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30年10月１日～令和元年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		グループホーム	福祉ホーム	入所施設	病院	死亡	その他
	1人暮らし･結婚等の自立した生活	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

・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	.	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。 →

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人	人

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	.	.	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。 →

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人	人

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	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人	人

見本

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30年10月1日～令和元年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。

見本

退所理由							
就職	他の障害福祉サービス等を利用（利用先）				入院	死亡	その他
	就労移行支援事業所	就労継続支援（A型）事業所	就労継続支援（B型）事業所	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

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	.	.	.	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	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30年10月1日～令和元年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							
就職	他の障害福祉サービス等を利用（利用先）				入院	死亡	その他
	就労移行支援事業所	就労継続支援（A型）事業所	就労継続支援（B型）事業所	その他の事業所等			
人	人	人	人	人	人	人	人

見本

(44) 自立訓練（生活訓練）サービスの従事者数

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	.	.	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人	人

0034 宿泊型自立訓練サービス	記入者名　　電話番号（　　）-（　　）-（　　）

(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30年10月1日～令和元年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							
自宅・アパート等		グループホーム	福祉ホーム	入所施設	病院	特別支援学校の寄宿舎	その他
1人暮らし・結婚等の自立した生活	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							
自宅・アパート等		グループホーム	福祉ホーム	入所施設	病院	死亡	その他
1人暮らし・結婚等の自立した生活	親・兄弟等に扶養された生活						
人	人	人	人	人	人	人	人

見本

(48) 宿泊型自立訓練サービスの従事者数

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	.	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	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」及び9月中の「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30年10月1日～令和元年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							
就職	他の障害福祉サービス等を利用（利用先）				入院	死亡	その他
	就労移行支援事業所	就労継続支援（A型）事業所	就労継続支援（B型）事業所	その他の事業所等			
人	人	人	人	人	人	人	人

(51) 就労移行支援サービスの従事者数

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	.	.	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人	人

見本

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」及び9月中の「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		
1年以下	1年超3年以下	3年超
人	人	人

利用延人数
人

(53) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間（平成30年10月1日～令和元年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							
就職	他の障害福祉サービス等を利用（利用先）				入院	死亡	その他
	就労移行支援事業所	就労継続支援（A型）事業所	就労継続支援（B型）事業所	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

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	.	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	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。

(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」及び9月中の「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		
1年以下	1年超3年以下	3年超
人	人	人

利用延人数
人

(56) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間（平成30年10月1日～令和元年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							
就職	他の障害福祉サービス等を利用（利用先）				入院	死亡	その他
	就労移行支援事業所	就労継続支援（A型）事業所	就労継続支援（B型）事業所	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

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	.	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人	人

見本

0035 自立生活援助サービス

記入者名　　電話番号（　　）-（　　）-（　　）

(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。

利用期間別利用実人員	
1年以下	1年超1年6月以下
人	人

(59) 過去1年間の利用者の状況

過去1年間（平成30年10月1日～令和元年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					
グループホーム	入所施設	精神科病院	1人暮らし	家族と同居	その他
人	人	人	人	人	人

(60) 自立生活援助サービスの従事者数

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）			
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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人	人

原本

0047 就労定着支援サービス

記入者名　　電話番号（　　）-（　　）-（　　）

(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

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）			
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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人	人

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

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	.	.	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人	人

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

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	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人	人

見本

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

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	.	.	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人	人

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	人	訪問回数合計	回

見本

(70) 保育所等訪問支援の従事者数

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	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人	人

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	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

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	.	.	.

（補問）従事者のうち、それぞれの資格保有者の人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。
また、公認心理師のうち、心理職として従事している者がいる場合はその人数も記入してください。

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	公認心理師	うち心理職として従事している者
人	人	人	人	人