

秘

総務省承認No. 23404
承認期限 平成15年12月31日まで

厚生労働省

平成15年社会福祉施設等調査

児童福祉施設調査票

(平成15年10月1日現在)

施設の名			
------	--	--	--

施設の所在地 ・郵便番号・ 電話番号	施設の所在地		
	郵便番号		電話番号

都道府県・指定都市・中核市・福祉事務所記入欄

都道府県 指定都市 中核市	名		
福祉事務所名			
施設番号	県	種類	一連番号
事業者番号			
現在の活動状況	1 活動中	2 休止中	

※過去1年間とは「平成14年10月2日から平成15年10月1日まで」をいいます。
以下同じ。

I 施設の状況

問1 施設の種類のついてあてはまる番号を記入してください。

1 乳児院	10 肢体不自由児施設	
2 母子生活支援施設	11 肢体不自由児通園施設	
3 児童養護施設	12 肢体不自由児療護施設	
4 知的障害児施設	13 重症心身障害児施設	
5 自閉症児施設	14 情緒障害児短期治療施設	
6 知的障害児通園施設	15 児童自立支援施設	
7 盲児施設	16 知的障害者更生施設(入所)	
8 ろうあ児施設	17 知的障害者更生施設(通所)	
9 難聴幼児通園施設		

問2 設置・経営主体についてあてはまる番号を記入してください。

1 国	7 社会福祉事業団	14 公益法人である財団	設置主体
2 都道府県	8 社会福祉法人(7を除く)	15 特定非営利活動法人(NPO)	
3 指定都市	9 日本赤十字社	16 株式会社	経営主体
4 中核市	10 医療法人	17 有限会社	
5 その他の市・町村	11 学校法人	18 その他の法人	
6 一部事務組合	12 宗教法人	19 個人	
	13 公益法人である社団	20 その他	

問3 認可・届出・設置年月について記入してください。

年	月

問4 建物の延面積を記入してください。
同一の建物を2種類以上の施設で併用している場合、併用部分については、それぞれの施設の建物の専用部分の広さで按分してください。

建築延面積(m ²)

問5 居室の数及び延床面積を記入してください。
なお、小数点以下は四捨五入し整数で計上してください。

	室	数	延床面積(m ²)
1	人用		
2	人用		
3	人用		
4	人以上用		

問6 併設する施設がありますか。あてはまる番号に○をつけてください。

併設とは、「同一法人（法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。）が同一又は隣接の敷地内で異なる施設を運営する場合」をいいます。

1 併設施設がある 2 併設施設はない

→ 併設施設がある場合は併設施設の種類別に、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

併 設 施 設 の 種 類
1 授産施設
2 保護施設（1を除く）
3 老人福祉施設
4 身体障害者更生援護施設（1を除く）
5 婦人保護施設
6 保育所
7 児童福祉施設（保育所を除く）
8 知的障害者援護施設（1を除く）
9 母子福祉施設
10 精神障害者社会復帰施設（1を除く）
11 その他の社会福祉施設等（1を除く）
12 介護老人保健施設
13 病院
14 診療所（施設内診療所を除く）
15 その他（ ）

問7 次の業務について外部委託を行っていますか。業務ごとにあてはまる番号に○をつけてください。

	全 部 委 託	一 部 委 託	委 託 して いない
寝 具	1	2	3
貸 お む つ	1	2	3
洗 濯	1	2	3
給 食	1	2	3
清 掃	1	2	3
保 守 管 理	1	2	3
警 備	1	2	3
会 計 処 理	1	2	3

問8 次の介護機器等を導入していますか。それぞれあてはまる番号に○をつけてください。
なお、導入している場合はその導入台数を記入してください。

介 護 機 器	導入している		導入していない	
		台数	導入予定有	導入予定無
特 殊 浴 槽	1		2	3
電 動 ギ ャ ジ ベ ッ ド	1		2	3
電 動 車 い す	1		2	3
大 型 全 自 動 洗 濯 機	1		2	3
大 型 乾 燥 機	1		2	3
天 井 走 行 型 リ フ ト	1		2	3
徘 徊 等 防 止 設 備	1		2	3
ナースコール設備	1		2	3

問9 パソコン等の情報機器を設置していますか。あてはまる番号に○をつけてください。

1 設置している	2 設置していない
----------	-----------

↓
パソコン等を利用して行っている業務について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1 在所者の処遇に関する記録等 2 経理・財務、職員管理等の事務処理 3 施設の定員・提供するサービス等の情報提供 4 他の社会福祉施設等との情報交換 5 その他 ()

問10 (I) 過去1年間にボランティアの来訪がありましたか。

- | |
|--------|
| 1 あった |
| 2 なかった |

ボランティアの所属する団体等が来訪した日数について、それぞれあてはまる番号に○をつけてください。

	週3日以上 の 来訪があった	週1～2日 程	月1～2日 程	年1～10日 程
1 学 校 関 係	1	2	3	4
2 町 内 会 ・ 自 治 会	1	2	3	4
3 宗 教 団 体	1	2	3	4
4 1～3以外の女性団体	1	2	3	4
5 1～3以外の青年団体	1	2	3	4
6 老 人 ク ラ ブ	1	2	3	4
7 1～6以外の団体	1	2	3	4
8 個 人	1	2	3	4
(再掲) 特定非営利活動法人 (NPO)	1	2	3	4

(2) 過去1年間に来訪したボランティアの奉仕内容について、それぞれあてはまる番号に○をつけてください。

なお、希望の有無については来訪の実績に関係なく施設として今後希望する奉仕内容について、それぞれあてはまる番号に○をつけてください。

		来訪の実績		希望の有無	
		来訪があった	来訪はなかった	希望あり	希望なし
技術関係	美容師	1	2	1	2
	美容師	1	2	1	2
	美容師	1	2	1	2
	美容師	1	2	1	2
	美容師	1	2	1	2
	美容師	1	2	1	2
	美容師	1	2	1	2
	美容師	1	2	1	2
作業関係	庭木の手入れ	1	2	1	2
	掃除	1	2	1	2
	おむつ・衣類の整理	1	2	1	2
	製品の種類	1	2	1	2
介助関係	散歩のまわり	1	2	1	2
	身のまわり	1	2	1	2
	入浴	1	2	1	2
指導関係	華道	1	2	1	2
	和裁	1	2	1	2
	俳句	1	2	1	2
	音楽	1	2	1	2
	学芸	1	2	1	2
	美術	1	2	1	2
	スポーツ	1	2	1	2
	レクリエーション	1	2	1	2
その他	演劇・演芸・歌謡・民謡の上演	1	2	1	2
	話し相手・遊び相手	1	2	1	2

Ⅱ 在 所 者 の 状 況

※ 「Ⅱ 在 所 者 の 状 況」 の す べ て の 設 問 に つ い て 、 分 場 の 有 る 施 設 は 、 分 場 も 含 め た 数 で 計 上 し て く だ さ い 。 ま た シ ョ ー ト ス テ イ 等 の 在 宅 福 祉 サ ー ビ ス の 対 象 者 は 含 め ま せ ン 。

問 1 定員を記入してください。ただし、母子生活支援施設は世帯数を記入してください。

定 員	
-----	--

問 2 知的障害者更生施設のみお答えください。

分場がありますか。あてはまる番号に○をつけてください。

1 分場がある	2 分場はない
---------	---------

→ 分場がある場合は分場の状況について記入してください。

(1) 分場の数を記入してください。

分 場 数	
-------	--

(2) 分場の定員（複数の分場がある場合はその合計）を記入してください。

分場の定員総数	
---------	--

問 3 入所・通所者別に在 所 者 数 を 記 入 し て く だ さ い 。

(1) 知的障害者更生施設（入所）及び知的障害者更生施設（通所）以外がお答えください。

ただし、母子生活支援施設は世帯数を「入所者数」欄に、世帯人員を「通所者数」欄に記入してください。

		入所者数（人）	通所者数（人）
在 所 者	被措置者（母子生活支援施設にあっては入所人員）		
	その他（母子生活支援施設にあっては私的契約人員）		
	計		

(2) 知的障害者更生施設（入所）及び知的障害者更生施設（通所）のみお答えください。

障害程度区別に記入してください。

		入所者数（人）	通所者数（人）
在 所 者	区 分 A		
	区 分 B		
	区 分 C		
	被 措 置 者		
	そ の 他		
	計		

問4 性・年齢別に入所・通所者数を記入してください。

ただし、母子生活支援施設は児童のみ記入し、知的障害者更生施設は問5でお答えください。

		入所者数(人)			通所者数(人)		
		男	女	計	男	女	計
1	0歳						
2	1						
3	2						
4	3						
5	4						
6	5						
7	6						
8	7						
9	8						
10	9						
11	10						
12	11						
13	12						
14	13						
15	14						
16	15						
17	16						
18	17						
19	18・19						
20	20～24						
21	25～29						
22	30～39						
23	40～49						
24	50～59						
25	60～64						
26	65～69						
27	70歳以上						
28	計						

問5 性・年齢階級別に知的障害者更生施設の入所・通所者数及び母子生活支援施設の児童以外の在所者数を記入してください。

	入所者数(人)			通所者数(人)		
	男	女	計	男	女	計
17歳以下						
18・19						
20～24						
25～29						
30～39						
40～49						
50～59						
60～64						
65～69						
70歳以上						
計						

問6 入所前の居住地別に入所者数を記入してください。
ただし、母子生活支援施設は世帯数を記入してください。

同一市区町村内	
同一県内の他の市区町村内	
県外	
その他	
計	

問7 身体障害者手帳を持つ在所者について、障害の区分・等級別に入所・通所者数を記入してください。
(入所者数)

	1級	2級	3級	4級	5級	6級	計
1 視覚障害							
2 聴覚・言語障害							
3 肢体不自由							
4 内部障害							
5 身体の重複障害							
6 計							

(通所者数)

	1級	2級	3級	4級	5級	6級	計
1 視覚障害							
2 聴覚・言語障害							
3 肢体不自由							
4 内部障害							
5 身体の重複障害							
6 計							

注：5の「身体の重複障害」は「視覚障害と聴覚・言語障害」、「視覚障害と内部障害」等の1～4の障害区分間での身体上の障害の重複をいい、知的障害及び精神障害との重複や、同一障害区分内（視力と視野の障害等）での重複は含めません。この「身体の重複障害」欄に記入した者は、他の欄には記入しません。

問8 療育手帳を持つ在所者について、障害の程度別に在所者（通所者を含む。）数を記入してください。

	0～4歳	5～9	10～14	15～17	18・19	20～24	25～29	30～39	40～49	50～59	60～64	65～69	70歳以上	計
重 度														
そ の 他														
計														

問9 身体障害者手帳と療育手帳の両方を持っている在所者（通所者を含む。）数を記入してください。

人

問10 入所者について、主たる退所理由・入所期間別に過去1年間の退所者数を記入してください。
ただし、母子生活支援施設については母親の退所理由で世帯数を記入してください。

	1年未満	1年以上2年未満	2～3	3～4	4～5	5～10	10～15	15年以上	計
1 就 職									
2 家 庭 復 帰									
3 他 の 社 会 福 祉 施 設 等 へ 転 所									
4 公 営 住 宅 へ 入 居									
5 入 院									
6 死 亡									
7 そ の 他									
8 計									

Ⅲ 従事者の状況

問1 職種別に常勤-非常勤別職員数及び過去1年間の常勤職員の採用-退職者数を記入してください。

	常 勤						非 常 勤				過去1年間	
	専 従		兼 務		換 算 数		換 算 数				常勤職員 の 採用者数	退職者 数の
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女		
1 施 設 長					.	.						
2 社会福祉士(再掲)					.	.						
3 児 童 指 導 員					.	.						
4 生 活 指 導 員					.	.						
5 社会福祉士(再掲)					.	.						
6 母 子 指 導 員					.	.						
7 作 業 指 導 員					.	.						
8 職 業 指 導 員					.	.						
9 保育士・児童生活支援員					.	.						
10 児童自立支援専門員					.	.						
11 児 童 厚 生 員					.	.						
12 医 師					.	.						
13 保 健 師					.	.						
14 看 護 師					.	.						
15 生 活 支 援 員					.	.						
セラピスト	16 理学療法士				.	.						
	17 作業療法士				.	.						
	18 言語聴覚士				.	.						
	19 その他の療法員				.	.						
20 介 助 員	21 介護福祉士(再掲)				.	.						
					.	.						
22 栄 養 士					.	.						
23 調 理 員					.	.						
24 事 務 員					.	.						
25 用 務 員					.	.						
26 その他の職員					.	.						

注：1) 常勤は、施設が定めた勤務時間(所定労働時間)のすべてを勤務している者をいいます。

①専従は、専ら当該施設のその職種に従事している者をいいます。

②兼務は、当該施設において複数の職種に従事している者、または、併設施設・事業所に従事している者をいいます。

非常勤は、常勤以外の従事者をいい、1日又は週の勤務時間が当該職種の一般の職員より短い者をいいます。

2) 育児休業中及び介護休業中は従事者に含めませんが、その代替職員は含めます。(産前・産後休暇を含む。)

3) 「常勤職員の採用者数」「同退職者数」欄には、人事異動によるものは含めません。

問2 育児休業制度について記入してください。(平成14年10月2日～平成15年10月1日)

(1) 育児休業制度の対象常勤職員数及び利用常勤職員数を記入してください。

対象常勤職員数 (人)	利用常勤職員数 (人)			
	計	① 育児休業	② 育児短時間勤務 (部分休業)	③ ①と②の併用

注：対象常勤職員数とは、3歳未満の子供のいる職員であって育児休業法等の対象となる常勤職員数をいいます。

(2) 次の職種について、育児休業制度の対象常勤職員数及び利用常勤職員数 ((1)の利用常勤職員数のうち①育児休業を利用した職員のみ) を記入してください。

	対象常勤職員数 (人)	「①育児休業」利用常勤職員の利用期間別職員数 (人)					
		計	3月未満	3～6	6～9	9～12	12月以上
児童・生活・作業指導員・ 児童自立支援専門員							
母子指導員・保育士・ 児童生活支援員							
セラピスト							

問3 苦情解決のための取組みを行っていますか。あてはまる番号すべてに○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 |

ご協力ありがとうございました。