

秘

総務省承認No. 23402
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
老人福祉施設等調査票
(平成15年10月1日現在)

施設の名称

施設の所在地・郵便番号
施設の所在地
電話番号
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 名
中核市
福祉事務所名
施設番号 県 種類 一連番号
福祉事務所符号
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 養護老人ホーム（一般）	4 軽費老人ホーム（B型）	
2 養護老人ホーム（盲）	5 軽費老人ホーム（介護利用型（ケアハウス））	
3 軽費老人ホーム（A型）	6 有料老人ホーム	

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。

なお、小数点以下は四捨五入し整数で計上してください。

建築延面積 (㎡)

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 (㎡)
1 人 用		
2 人 用		
3 人 用		
4 人 用		
5 ~ 6 人 用		
7 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の別、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

併設施設の種類の別	
1	保護施設
2	特別養護老人ホーム
3	老人日帰り介護施設
4	老人介護支援センター
5	老人福祉施設（2、3、4を除く）
6	身体障害者更生援護施設
7	婦人保護施設
8	児童福祉施設
9	知的障害者援護施設
10	母子福祉施設
11	精神障害者社会復帰施設
12	その他の社会福祉施設等
13	介護老人保健施設
14	病院
15	診療所（施設内診療所を除く）
16	その他（ ）

問7 特定の医療機関と協力体制がとられていますか。併設する医療機関も含めて記入してください。協力医療機関がある場合は、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

ただし、国・公立の大学病院は、「2 大学病院」に含めてください。

1 ある 2 ない

→ (1) 協力医療機関は次のうちどれですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1	国・公的病院
2	大学病院
3	医療法人病院
4	その他の病院
5	診療所

→ (2) 協力内容は次のうちどれですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1	入院治療体制
2	緊急時の診療体制
3	定期的な往診などの診療体制

問8 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9 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 台数	導入していない	
		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10 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。

- | |
|--|
| <p>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 ()</p> |
|--|

問11 介護保険法による併設の居宅サービス事業等の指定状況について、あてはまる番号に○をつけてください。

事業の種類	指定の有無	
	有	無
訪問介護	1	2
訪問入浴介護	1	2
通所介護	1	2
特定施設入所者生活介護	1	2
福祉用具貸与	1	2
居宅介護支援	1	2
短期入所生活介護	1	2

↓

短期入所定員数	人
---------	---

問12 (1) 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	理容・美容・ヘア・メイク	1	2	1	2
	自動車・バイク・バイク	1	2	1	2
	大工・左官・塗装	1	2	1	2
	機械・器具・補助具	1	2	1	2
	点検・修理・補修	1	2	1	2
	歯科・歯科	1	2	1	2
	歯科・歯科	1	2	1	2
	歯科・歯科	1	2	1	2
	歯科・歯科	1	2	1	2
	歯科・歯科	1	2	1	2
作 業 関 係	庭木の手入れ・園芸	1	2	1	2
	掃除・洗濯	1	2	1	2
	おむつ・衣類の整理	1	2	1	2
	製品の搬入・搬出	1	2	1	2
介 助 関 係	散歩・外見の介助	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・茶道・書道	1	2	1	2
	和裁・洋裁	1	2	1	2
	手芸・編物の指導	1	2	1	2
	俳句・短歌の指導	1	2	1	2
	音楽・楽器・民謡・舞踊	1	2	1	2
	学芸・習字の指導	1	2	1	2
	美術・工作の指導	1	2	1	2
	スポーツの指導	1	2	1	2
	レクリエーション・ゲーム	1	2	1	2
	その他	1	2	1	2

Ⅱ 在 所 者 の 状 況

問1 定員及び在所者数を記入してください。(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ん。以下同じ。)

定 員			在	被 措 置 者	
			所	そ の 他	
			者	計	

問2 養護老人ホームのみお答えください。

平成12年10月2日から平成15年10月1日までの間に、特別養護老人ホームに転換した定員がありますか。ある場合は転換した定員数を記入してください。

1 ある 2 ない		転換した定員数
-----------	--	---------

問3 性・年齢階級別に在所者数を記入してください。

	64歳以下	65～69	70～74	75～79	80～84	85～89	90歳以上	計
男								
女								
計								

問4 入所前の居住地別に在所者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5 在所者の要介護認定状況について、あてはまる番号に○をつけてください。

1 要介護認定を申請した在所者がいる	2 要介護認定を申請した在所者はいない
--------------------	---------------------

要介護認定を受けた在所者について、判定結果別に在所者数を記入してください。

また、指定を受けた施設・事業所が提供する居宅サービスの利用について、9月中の状況を記入してください。(養護老人ホームについては、「判定結果別在所者数」のみお答えください。)

	自 立	要 支 援	要 介 護 1	要 介 護 2	要 介 護 3	要 介 護 4	要 介 護 5
判定結果別在所者数 (平成15年10月1日現在)							
特定施設入所者生活介護を利用する 在所者数 (平成15年9月中)	/						
併設事業所の居宅サービスを利用する 在所者数 (平成15年9月中)	/						
併設事業所以外の居宅サービスを利用する 在所者数 (平成15年9月中)	/						

※併設事業所とは、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運営している事業所をいいます。

問6 身体障害者手帳を持つ在所者について、障害の区分・等級別に在所者数を記入してください。

	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7 主たる退所理由・在所期間別に過去1年間の退所者数を記入してください。

	1年未満	1年以上 3年未満	3～5	5～10	10年以上	計
1 家庭復帰						
2 他の社会福祉施設等へ転所						
3 介護老人保健施設へ転所						
4 入院						
5 死亡						
6 その他						
7 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 常勤職員
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女		
1 施設長					.	.						
2 社会福祉士(再掲)					.	.						
3 生活指導員					.	.						
4 社会福祉士(再掲)					.	.						
5 職業指導員					.	.						
6 作業指導員					.	.						
7 機能回復訓練指導員					.	.						
8 理学療法士(再掲)					.	.						
9 作業療法士(再掲)					.	.						
10 介護職員(兼母)					.	.						
11 介護福祉士(再掲)					.	.						
12 介護支援専門員					.	.						
13 医師					.	.						
14 保健師					.	.						
15 看護師					.	.						
16 介助員					.	.						
17 介護福祉士(再掲)					.	.						
18 栄養士					.	.						
19 調理員					.	.						
20 事務員					.	.						
21 用務員					.	.						
22 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・産後休暇中を含む。)

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
生活指導員							
介護職員(寮母)							
保健師・看護師							

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。