

秘

総務省承認No. 23403  
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

# 身体障害者福祉施設調査票

(平成15年10月1日現在)

|       |  |  |  |
|-------|--|--|--|
| 施設の名称 |  |  |  |
|-------|--|--|--|

|                          |        |      |  |
|--------------------------|--------|------|--|
| 施設の所在地<br>・郵便番号・<br>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<br>指定都市<br>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               |       |       | 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 肢体不自由者更生施設   | 4 内部障害者更生施設 |  |
| 2 視覚障害者更生施設    | 5 身体障害者療護施設 |  |
| 3 聴覚・言語障害者更生施設 |             |  |

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。  
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。

|        | 室数 | 延床面積 (㎡) |
|--------|----|----------|
| 1 人用   |    |          |
| 2 人用   |    |          |
| 3 人用   |    |          |
| 4 人以上用 |    |          |





問11 (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<br>の来訪があった | 週1～2日<br>程 度 | 月1～2日<br>程 度 | 年1～10日<br>程 度 |
|----------------------|------------------|--------------|--------------|---------------|
| 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    |
|      | 美容師            | 1      | 2       | 1     | 2    |
|      | 美容師            | 1      | 2       | 1     | 2    |
| 作業関係 | 庭木の手入れ・園芸      | 1      | 2       | 1     | 2    |
|      | 掃除             | 1      | 2       | 1     | 2    |
|      | おむつ・衣類の整理      | 1      | 2       | 1     | 2    |
|      | 製品の搬入・搬出       | 1      | 2       | 1     | 2    |
| 介助関係 | 散歩・外出の介助       | 1      | 2       | 1     | 2    |
|      | 身のまわりの介助       | 1      | 2       | 1     | 2    |
|      | 入浴の介助          | 1      | 2       | 1     | 2    |
| 指導関係 | 華道・茶道・書道の指導    | 1      | 2       | 1     | 2    |
|      | 和裁・洋裁・編物の指導    | 1      | 2       | 1     | 2    |
|      | 手工芸の指導         | 1      | 2       | 1     | 2    |
|      | 俳句・短歌の指導       | 1      | 2       | 1     | 2    |
|      | 音楽・楽器・民謡・舞踊の指導 | 1      | 2       | 1     | 2    |
|      | 学習指導           | 1      | 2       | 1     | 2    |
|      | 美術・工作指導        | 1      | 2       | 1     | 2    |
|      | スポーツ・ゲームの指導    | 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    |
|      | その他( )         | 1      | 2       |       |      |



問4 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5 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。

|     | 17歳以下 | 18～19 | 20～29 | 30～39 | 40～49 | 50～59 | 60～64 | 65～69 | 70歳以上 | 計 |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| 重度  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |   |
| その他 |       |       |       |       |       |       |       |       |       |   |
| 計   |       |       |       |       |       |       |       |       |       |   |

問6 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7 入所者について、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<br>2年未満 | 2～3 | 3～4 | 4～5 | 5～10 | 10年以上 | 計 |
|----------------|------|--------------|-----|-----|-----|------|-------|---|
| 1 就職           |      |              |     |     |     |      |       |   |
| 2 結婚           |      |              |     |     |     |      |       |   |
| 3 家庭復帰         |      |              |     |     |     |      |       |   |
| 4 他の社会福祉施設等へ転所 |      |              |     |     |     |      |       |   |
| 5 公営住宅へ入居      |      |              |     |     |     |      |       |   |
| 6 入院           |      |              |     |     |     |      |       |   |
| 7 死亡           |      |              |     |     |     |      |       |   |
| 8 その他          |      |              |     |     |     |      |       |   |
| 9 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<br>採用者数 | 退職者数<br>の |
|                  | 男   | 女 | 男   | 女 | 男     | 女 |       |  | 男     | 女 |               |           |
| 1 施設長            |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 2 社会福祉士(再掲)      |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 3 医師             |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 4 保健師            |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 5 看護師            |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 6 介護職員(寮母)       |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 7 介護福祉士(再掲)      |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 8 理学療法士          |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 9 作業療法士          |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 10 言語聴覚士         |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 11 心理判定員         |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 12 職能判定員         |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 13 あん摩・マッサージ・指圧師 |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 14 聴能訓練師         |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 15 職業指導員         |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 16 生活支援員         |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 17 栄養士           |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 18 調理員           |     |   |     |   | .     | . |       |  | .     | . |               |           |
| 19 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・産後休業中を含む。）

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<br>(人) | 利用常勤職員数(人) |        |                     |          |
|----------------|------------|--------|---------------------|----------|
|                | 計          | ① 育児休業 | ② 育児短時間勤務<br>(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<br>(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 |
| 職業指導員・<br>生活支援員           |                |                           |      |     |     |      |       |
| 介護職員(寮母)                  |                |                           |      |     |     |      |       |
| 理学療法士・<br>作業療法士・<br>言語聴覚士 |                |                           |      |     |     |      |       |

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。