

秘

総務省承認No 26591
承認期限 平成18年12月31日まで

平成18年社会福祉施設等調査
老人福祉施設等調査票

厚生労働省

(平成18年10月1日調査)

法人名					
施設名					
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 指定都市名 中核市					
福祉事務所名					
施設番号					福祉事務所符号
現在の活動状況	<input type="checkbox"/> 1 活動中 <input type="checkbox"/> 2 休止中 <input type="checkbox"/> 3 廃止				

※過去1年間とは「平成17年10月1日から平成18年9月30日まで」をいいます。以下同じ。

I 施設の状況

問1 施設の種類に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（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 営利法人(株式・合名・合資・合同会社)	経営主体	
4 中核市	10 医療法人	17 その他の法人		
5 その他の市・町村	11 学校法人	18 個人		
6 一部事務組合・広域連合	12 宗教法人	19 その他		
	13 公益法人である社団			

問3 認可・届出・設置年月について記入してください。

				年	月
1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	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(室)	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		

注：□欄に変更がある場合は赤字で下または横の欄に記入してください。

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。ただし施設内における診療所を除きます。

- 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 保護施設	9 知的障害者援護施設
2 特別養護老人ホーム	10 母子福祉施設
3 老人日帰り介護施設	11 精神障害者社会復帰施設
4 老人介護支援センター	12 その他の社会福祉施設等
5 老人福祉施設（2, 3, 4を除く）	13 介護老人保健施設
6 身体障害者更生援護施設	14 病院
7 婦人保護施設	15 診療所
8 児童福祉施設	16 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 等	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 過去1年間にボランティアの来訪がありましたか。ボランティアの所属する団体等の種類ごとに、来訪の状況について、それぞれあてはまる番号に○をつけてください。

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

問10 過去1年間のボランティアの奉仕内容ごとに来訪の実績について、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	
		来あ 訪っ がた	来な 訪か はた	希望 あり	希望 なし
技 術 関 係	理容・美容	1	2	1	2
	マッサージ	1	2	1	2
	自動車運転	1	2	1	2
	大工・左官・塗装・電気	1	2	1	2
	補装具・補助具の修理	1	2	1	2
	機械類の補修	1	2	1	2
	点訳・手話	1	2	1	2
作 業 関 係	庭木の手入れ・園芸・草むしり	1	2	1	2
	清掃・洗濯	1	2	1	2
	おむつ・衣類の整理・繕いもの	1	2	1	2
	製品の搬入・搬出	1	2	1	2
介 助 関 係	各種行事の手伝い	1	2	1	2
	散歩・外出介助	1	2	1	2
	身のまわりの世話	1	2	1	2
指 導 関 係	入浴介助	1	2	1	2
	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
	スポーツ指導	1	2	1	2
そ の 他	レクリエーション・ゲームの指導	1	2	1	2
	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	1	2	

問11 過去1年間に介護福祉士養成校からの介護実習生受入れはありましたか。あった場合はその受入日数と延人数を記入してください。

1 介護実習生の受入れがあった 2 介護実習生の受入れがなかった

受入日数(日)	
延人数(人)	

問12 介護保険法による（介護予防）特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護の指定状況について、それぞれあてはまる番号に○をつけてください。

事業の種類	指定の有無	
	有	無
（介護予防）特定施設入居者生活介護	1	2
地域密着型特定施設入居者生活介護	1	2

問13 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、それぞれあてはまる番号に○をつけてください。

事業の種類		指定の有無	
		有	無
居宅サービス	（介護予防）訪問介護	1	2
	（介護予防）訪問入浴介護	1	2
	（介護予防）通所介護	1	2
	（介護予防）短期入所生活介護 定員 <input type="text"/> 人	1	2
	（介護予防）特定施設入居者生活介護	1	2
	（介護予防）福祉用具貸与	1	2
	特定（介護予防）福祉用具販売	1	2
居宅介護支援		1	2
地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護	1	2
	（介護予防）認知症対応型通所介護	1	2
	（介護予防）小規模多機能型居宅介護	1	2
	（介護予防）認知症対応型共同生活介護	1	2
	地域密着型特定施設入居者生活介護	1	2
介護予防支援		1	2

問14 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 協力体制がある 2 協力体制がない

(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

Ⅱ 在所者の状況

在所者の状況については、特に注意書きのない場合はすべて平成18年9月末日時点の状況で記入してください。年齢は10月1日現在の満年齢により記入してください。

問15 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(人)		在所者(人)	被措置者	
			その他	

問16 養護老人ホームのみお答えください。過去3年間(平成15年10月1日から平成18年9月30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 転換した定員がある	2 転換していない
-------------	-----------

→

転換した定員数(人)	
------------	--

問17 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歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上
男							
女							

問18 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	

問19 要介護認定状況別に在所者数を記入してください。また、在所者の9月中における介護保険の指定を受けた居宅サービス事業所が提供する居宅サービスの利用の状況についても記入してください。

	認定申請していない	要介護認定申請中	要介護認定結果									
			自立	要支援1	要支援2	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
(1)要介護認定状況別在所者数(人) (平成18年9月末日現在)												
(2)(介護予防)特定施設入居者生活介護を平成18年9月中に利用した在所者数(人)												
(3)地域密着型特定施設入居者生活介護を平成18年9月中に利用した在所者数(人)												
(4)併設事業所の居宅サービスを平成18年9月中に利用した在所者数(人)												
(5)併設事業所以外の居宅サービスを平成18年9月中に利用した在所者数(人)												

注：1) (介護予防) 特定施設入居者生活介護、または地域密着型特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設で、外部サービス利用型である場合は、外部の居宅サービスを利用した場合であっても、(2)または(3)のみに計上してください。
2) 「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20 身体障害者手帳を持つ在り者について、障害の区分・等級別に在り者数を記入してください。

	1級	2級	3級	4級	5級	6級
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						

注：「5 身体の重複障害」は「1 視覚障害」と「2 聴覚・言語障害」、「1 視覚障害」と「4 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「5 身体の重複障害」欄に記入した者は、他の1～4欄には記入しません。

問21. 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年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上
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					

Ⅲ 従事者の状況

問22 職種別に常勤－非常勤別従事者数及び過去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				常勤職員の採用者数	退職者数
	男	女	男	女	換算数	換算数	男	女	男	女		
1 施 設 長												
2 社会福祉士の資格を (1 保有している 2 保有していない)												
3 生活相談員(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 訓 練 指 導 員												
8 理学療法士(再掲)												
9 作業療法士(再掲)												
10 支援員(介護職員)												
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 管 理 栄養士												
19 栄養士												
20 調 理 員												
21 事 務 員												
22 用 務 員												
23 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。

(施設の勤務時間数のすべてを勤務しているパートタイマーを含む)

①専従…施設内の他の職務及び併設施設等の他の職務に従事しない者

②兼務…施設内の複数の職務に従事する者、又は併設施設等にも従事する者

「非常勤」は、常勤以外の従事者をいいます。

(他の施設等にも勤務するなど収入及び時間的拘束の伴う仕事を持っている者、短時間のパートタイマー等)

2) 10月1日の新規採用者及び休暇中(産前・産後休暇を含む。)の者、欠勤者、育児休業の代替職員は含みますが、10月1日に退職した者及び休職・休業中(育児休業・介護休業を含む。)の者は含みません。

3)「常勤職員の採用者数」「同退職者数」欄は専従の職員のみとし、人事異動及び代替職員によるものは含みません。

問23 次の職種の常勤従事者数を経験年数別に記入してください。

	2年未満	2年以上 4年未満	4年以上 6年未満	6年以上 8年未満	8年以上 10年未満	10年以上 12年未満	12年以上 14年未満	14年以上
1 施設長								
2 医師								
3 機能訓練指導員								
4 生活相談員 (生活指導員)								
5 支援員(介護職員)								
6 保健師・看護師								
7 管理栄養士・栄養士								
8 調理員								
9 事務員								

問24 福祉職俸給表に準じた給与体系を導入していますか。あてはまる番号に○をつけてください。

- 1 福祉職俸給表に準じている 2 福祉職俸給表に準じていない

問25 苦情解決のための取組を行っていますか。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

調査票記入者名

(連絡先)

ご協力ありがとうございました。