



総務省承認 No27616  
承認期限 平成22年3月31日

障害者支援施設等調査票

(平成21年10月1日調査)

注1 (1)~(7)の項目については、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。

注2 \*の箇所は施設では記入しないでください。

\*市区町村符号

\* 発送番号

Grid for \*市区町村符号

\*施設番号, 施設の訂正 (1 あり, 2 なし)

(1) 法人名, (2) 施設名

(3) 施設の所在地, 郵便番号, 電話番号

(4) 活動の状況, (5) 認可・届出・設置年月, (6) 設置主体・経営主体

(7) 定員, (8) 在在者数, 入所者数, 通所者数

(9) 年齢階級別在在者数 (人) (10月1日現在)

(10) 入所前の居住地別在在者数 (人)

(11) 障害区分・等級別身体障害者手帳所持在在者数 (人)

(12) 障害程度別療育手帳所持在在者数 (通所者含む) (人), (13) 身体障害者手帳と療育手帳同時所持在在者数 (通所者含む) (人)

(14) 障害程度区分別の在在者数 (通所者含む) (人), (15) 過去1年間 (平成20年10月1日~平成21年9月30日) の退所理由・退所後の住居 (夜の住まい) 別退所者数 (人)

\*組み合わせ 老障児保事

裏面につづきます。



(19) 1週間(9月24日～9月30日)の実労働時間・職種別常勤従事者数(人) ※残業時間を含めた実際の労働時間について、あてはまる人数を記入ください。								
職種	実労働時間							
	25時間未満	25～30時間未満	30～35時間未満	35～40時間未満	40～45時間未満	45～50時間未満	50時間以上	
1 保健師・看護師								
2 理学・作業療法士								
3 職業・作業指導員								
4 心理・職能判定員								
5 生活指導・支援員								
(20) 経験年数・職種別常勤従事者数(人)	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 保健師・看護師								
4 理学・作業療法士								
5 職業・作業指導員								
6 心理・職能判定員								
7 生活指導・支援員								
8 栄養士								
9 調理員								
(21) 年齢・職種別常勤従事者数(人)	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	(22)介護福祉士養成校からの実習生受入れ状況(過去1年間)		
1 施設長						1 受入れあり		
2 医師						受入日数 日		
3 保健師・看護師						受入延人数 人		
4 理学・作業療法士						2 受入れなし		
5 職業・作業指導員						(23)社会福祉士養成校からの実習生受入れ状況(過去1年間)		
6 心理・職能判定員						1 受入れあり		
7 生活指導・支援員						受入日数 日		
8 栄養士						受入延人数 人		
9 調理員								
(25) 福祉職俸給表に準じた給与体系の導入状況	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					2 受入れなし		
(26)施設内における医療処置実施の有無	1 あり    2 なし					(24)精神保健福祉士養成校からの実習生受入れ状況(過去1年間)		
(27)苦情解決のための取組状況	※該当する番号すべてに○をつけてください。					1 受入れあり		
1 苦情受付窓口を設置	3 共同で第三者委員を設置	5 1～4以外の取組を実施している			受入日数 日			
2 苦情解決責任者を設置	4 単独で第三者委員を設置	6 1～5のいずれも実施していない			受入延人数 人			
					2 受入れなし			
(※)調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先(電話番号)を記入してください。なお、FAX、E-メールアドレスの記入は任意です。		調査票記入者名						
		(連絡先)			電話	(    -    -    )		
					FAX	(    -    -    )		
			E-メール					

ご協力ありがとうございました。