



平成26年社会福祉施設等調査  
**保護施設・老人福祉施設  
 身体障害者社会参加支援施設** 等調査票  
 (平成26年10月1日調査)



**A**  
 厚生労働省

*施設番号									
*調査番号									

法人名 (運営法人名を記入してください。)			
施設名			
施設の所在地	〒		TEL ( ) - ( ) - ( )
施設の種類名			

以下の項目について、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。  
 \*部分 は記入不要です。

(1)活動の状況	1 活動中 2 休止中 3 廃止	※ 休止中・廃止は、それぞれ届出を提出している場合のみ○をつけてください。9月30日時点で届出を出していない場合は活動中に○をつけ、各設問に回答してください。 ※ 休止中・廃止の場合は、以下、記入不要です。
----------	------------------------	--

(2)・(3) 在 所 者 数

(2) 年齢階級別在 所 者 数 (人) (9月30日現在)							
19歳以下	20～24歳	25～29歳	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳
55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上

↓ ※(2)年齢階級別の合計の人数を、被措置者、その他別に記入してください。

(3) 在 所 者 数	被措置者	人	その他	人
-------------	------	---	-----	---

(4) 職 種 ・ 常 勤 - 非 常 勤 別 従 事 者 数 ( 人 ) ※換算数は小数点以下第1位まで記入してください。

	1 施設長		2 生活指導・相談員		3 職業・作業指導員		セラピスト		
	1のうち社会福祉士		2のうち社会福祉士		3のうち社会福祉士	4 理学療法士	5 作業療法士	6 その他の療法士	
常勤専従 (換算数不要)									
常勤兼務									
常勤兼務の換算数									
非常勤									
非常勤の換算数									
	7 医師	8 保健師 看護師	9 精神保健福祉士	10 介護職員	10のうち介護福祉士	11 栄養士	12 調理員	13 事務員	14 その他の職員
常勤専従 (換算数不要)									
常勤兼務									
常勤兼務の換算数									
非常勤									
非常勤の換算数									

(5) 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 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
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

※ 調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。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を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。	調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須)	(ふりがな)
	電話 ( - - )	
	上記以外連絡先(携帯、FAX等)	

ご協力ありがとうございました。