

平成22年社会福祉施設等調査
保護施設・老人福祉施設等調査票
身体障害者社会参加支援施設

(平成22年10月1日調査)

厚生労働省

*施設番号	
*調査番号	
(1)法人名 (運営法人名を記入してください。)	
(2)施設名	
(3)施設の所在地	〒 TEL () - () - ()

(1)(2)(3)及び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。

(4)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。	認可・届出・設置年月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 月
----------	------------------------	--	------------	------------------------------	-----

(6)設置主体・経営主体	※下記リストから、それぞれ該当する番号を選択し、左の各欄に記入してください。			
設置主体	経営主体	01 国・独立行政法人 02 都道府県 03 市区町村	04 一部事務組合・広域連合 05 社会福祉法人 06 医療法人	07 公益法人・日本赤十字社 08 営利法人(会社) 09 その他の法人 10 その他(個人を含む。)

(7)施設の種類の種類名 訂正あり 新種類番号

(8)定員 人 (9)在所者数 被措置者 人 その他 人

(10)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

(11)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		6 その他の療養員
	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	
常勤専従(換算数不要)									
常勤兼務									
非常勤									
常勤専従(換算数不要)									
常勤兼務									
非常勤									

(12)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方(または、担当部署等)と連絡先(電話番号)を記入してください。また、常駐されている場合は「常駐している」にチェックを入れてください。

調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須)	<input type="checkbox"/> 常駐している
上記以外連絡先(携帯、FAX等)	電話 (- -)

ご協力ありがとうございました。