

総務庁承認 No. 2 0 6 6 0
承認期限 平成9年12月31日まで
厚 1 - 1 - 19 - 3
平成9年6月13日登録

厚生省

平成9年社会福祉施設等調査

身体障害者福祉施設調査票

(平成9年10月1日現在)

施設の名 称	
--------	--

施設の所在地	
--------	--

※

過去1年間に施設の名 称及び所在地について変更がありましたか。

変更のあった場合は該当する番号に○をつけてください。

1 施設の名 称を変更	2 施設の所在地を変更
-------------	-------------

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	
県 種類 一 連 番 号	
施設番号	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8年10月2日から平成9年10月1日まで」をいいます。

以下同じ。

I 施設 の 状 況

問1 施設の種類についてあてはまる番号に○をつけてください。

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	6 重度身体障害者更生援護施設

問2 経営主体についてあてはまる番号に○をつけてください。

(公 営)		(私 営)	
1 国	7 社会福祉事業団	13 公益法人である社団	
2 都道府県	8 社会福祉法人(7を除く。)	14 公益法人である財団	
3 指定都市	9 日本赤十字社	15 株式会社	
4 中核市	10 医療法人	16 その他の法人	
5 その他の市・町村	11 学校法人	17 個人	
6 一部事務組合	12 宗教法人	18 その他	

問3 過去1年間に新設された施設・休止から再開した施設のみ記入してください。

(1) 認可・届出・設置年月について記入してください。

平成	年	月
----	---	---

(2) 設置主体についてあてはまる番号に○をつけてください。

(公 立)		(私 立)	
1 国	7 社会福祉事業団	13 公益法人である社団	
2 都道府県	8 社会福祉法人(7を除く。)	14 公益法人である財団	
3 指定都市	9 日本赤十字社	15 株式会社	
4 中核市	10 医療法人	16 その他の法人	
5 その他の市・町村	11 学校法人	17 個人	
6 一部事務組合	12 宗教法人	18 その他	

問4 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。

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施設数を記入してください。

	併設施設数
1 授産施設	
2 保護施設（1を除く。）	
3 老人福祉施設	
4 身体障害者更生援護施設（1を除く。）	
5 婦人保護施設	
6 児童福祉施設	
7 精神薄弱者援護施設（1を除く。）	
8 母子福祉施設	
9 精神障害者社会復帰施設（1を除く。）	
10 その他の社会福祉施設等（1を除く。）	
11 老人保健施設	
12 病院	
13 診療所（施設内診療所を除く。）	
14 その他（ ）	

問5 建物の状況について記入してください。

(1) 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	㎡
-------	---

(2) 建築後25年以上（昭和47年10月1日以前）の建物がありますか。ある場合は、主たる建物の構造についてあてはまる番号に○をつけてください。

1 ある	2 ない	建物の構造
		1 鉄骨・鉄筋コンクリート
		2 石・ブロック・レンガ造り
		3 木造・木骨モルタル

問6 居室の数及び延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	延面積(㎡)
1 人用		
2 人用		
3 人用		
4 人以上用		

問7 入浴の状況について記入してください。

(1) 施設で定めている在所者の入浴回数を記入してください。

一般入浴	週	回
特別入浴	週	回

(2) 入浴日以外でも希望により入浴できますか。あてはまる番号に○をつけてください。

1 できる	2 できない
-------	--------

問8 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 ある	2 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。

(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 定期的な住診などの診療体制

1 国・公的病院
2 大学病院
3 医療法人病院
4 個人病院
5 その他の病院
6 有床診療所
7 無床診療所

問9 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10 次の介護機器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	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11 次の在宅福祉サービスの実施の有無について、あてはまる番号に○をつけてください。

また、「実施有」の施設は、9月中の利用延人員を記入してください。

なお、市町村や社会福祉協議会などの施設以外の団体が実施主体の場合であっても、施設が協力している場合及び利用者がいなくても実施する体制ができている場合は「実施有」としてください。

	実施の有無		9月中の利用延人員 (人)
	有	無	
身体障害者ホームヘルプサービス事業	1	2	
身体障害者 サービス事業	機 能 訓 練	1	2
	基 礎 社 会 適 応 訓 練	1	2
	更 生 相 談	1	2
	介 護 方 法 の 指 導	1	2
	ス ポ ー ツ ・ レ ク リ エ ー シ ョ ン	1	2
	健 康 指 導	1	2
	創 作 的 活 動 事 業	1	2
	入 浴 サ ー ビ ス	1	2
	給 食 サ ー ビ ス	1	2
	介 護 サ ー ビ ス	1	2
送 迎 サ ー ビ ス	1	2	
身体障害者短期入所事業	1	2	

問12 過去1年間に来訪したボランティアの専任内容について、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専任内容について、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	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
	歯 科 診 療	1	2	1	2
	寿 司 ・ 菓 子 等 の 作 成	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 っ ・ 衣 類 の 整 理 ・ 繕 い も の	1	2	1	2
	製 品 の 搬 入 ・ 搬 出	1	2	1	2
	各 種 行 事 の 手 伝 い	1	2	1	2
介 助 関 係	散 歩 ・ 外 出 介 助	1	2	1	2
	身 の ま わ り の 世 話	1	2	1	2
	入 浴 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 指 導	1	2	1	2
	レ ク リ エ ー シ ョ ン ・ 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		

Ⅱ 在 所 者 の 状 況

問1 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まれません。以下同じ。)

定員	在所者		入所者数(人)	通所者数(人)
		被措置者		
		措置以外の者		
		計		

問2 性・年齢階級別に入所・通所者数を記入してください。

(入所者数)

	17歳以下	18・19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～64	65～69	70歳以上	計
男										
女										
計										

(通所者数)

	17歳以下	18・19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～64	65～69	70歳以上	計
男										
女										
計										

問3 入所前の居住地別に入所者数を記入してください。

同一市区町村内に住んでいた	
同一県内の他の市区町村内に住んでいた	
県外に住んでいた	
その他	
計	

問4 身体障害者手帳を持つ在所者について、障害の等級別に入所・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	不詳	計
1 視覚障害								
2 聴覚・言語障害								
肢体不自由	3 上肢							
	4 下肢							
	5 体幹							
	6 運動機能							
7 内部障害								
8 身体の重複障害								
9 計								

(通所者数)

	1級	2級	3級	4級	5級	6級	不詳	計
1 視覚障害								
2 聴覚・言語障害								
肢体不自由	3 上肢							
	4 下肢							
	5 体幹							
	6 運動機能							
7 内部障害								
8 身体の重複障害								
9 計								

- 注：1) 「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」等の身体上の障害の重複をいい、精神機能障害との重複及び肢体不自由同士の重複は含まれません。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。
- 2) 「上肢と下肢」等の肢体不自由同士の重複は障害の程度が重い方を記入してください。
- 3) 半身不随は「体幹」とします。また、「運動機能」は幼児期以前の非進行性の病変による障害に限ります。

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 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 職員について、職種別に専任・兼任別従事者数、社会福祉士、介護福祉士、理学療法士、作業療法士の有資格者数及び過去1年間の専任職員の採用・退職別職員数を記入してください。

	職員数 (人)				有資格者数				過去1年間		
	計	専任		兼任		社会福祉士	介護福祉士	理学療法士	作業療法士	専任職員の採用者数	退職者数
		男	女	男	女						
1 施設長											
2 生活指導員											
3 職業指導員											
4 作業指導員											
セラピスト											
5 理学療法士											
6 作業療法士											
7 その他の療法士											
8 心理判定員											
9 職能判定員											
10 医師											
11 保健婦											
12 看護婦(士)											
13 養母											
14 介助員											
15 栄養士											
16 調理員											
17 事務員											
18 用務員											
19 その他の職員											
20 計											

- 注：1) 専任・兼任の区分は当該施設のみに勤務する場合は専任とし、他の施設にも勤務するなど、他にも収入及び時間的拘束を伴う仕事をもっている場合は兼任とします。
 2) 産前・産後の休暇中、育児休業中及び介護休業中の者は従事者に含めるが、その代替職員は含めません。
 3) 職員数には委託先から派遣されている者は含めません。
 4) 施設内で2種類以上の職種を兼務している場合は主なもの一つを決めて記入してください。なお、施設長が他の職種も兼務する場合は施設長とします。
 5) 「専任職員の採用者数」「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8年10月2日～平成9年10月1日)

(1) 育児休業制度の対象専任職員数及び利用専任職員数を記入してください。

対象専任職員数 (人)	利用専任職員数(人)			
	計	① 育児休業	② 育児短時間勤務 (部分休業)	③ ①と②の併用

注：対象専任職員数とは、1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専任職員数をいいます。

(2) 次の職種について、育児休業制度の対象専任職員数及び利用専任職員数((1)の利用専任職員数のうち①育児休業を利用した職員のみ)を記入してください。

	対象専任職員数 (人)	育児休業期間別利用専任職員数(人)				
		計	3月未満	3～6	6～9	9～12
生活・職業指導員						
寮母						
セラピスト						

問3 介護休業制度について記入してください。

制度ありの場合は、利用専任職員数を記入してください。(平成8年10月2日～平成9年10月1日)

1 介護休業制度あり	→	利用専任職員数(人)
2 介護休業制度なし		

問4 次の職種について研修会の状況を記入してください。(平成8年10月2日～平成9年10月1日)

	内部研修会		外部研修会	
	回数	参加実人員	回数	参加実人員
施設長	回	人	回	人
生活・職業指導員				
寮母				
セラピスト				

問5 求人方法について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。(平成8年10月2日～平成9年10月1日)

1 新聞や雑誌、就職情報誌などへの掲載	7 福祉人材バンクへの依頼
2 広報誌などへの掲載	8 ナースセンターへの依頼
3 知人、縁故などによる紹介	9 市町村で一括採用
4 学校での紹介	10 その他
5 公共職業安定所への依頼	
6 就職説明会の開催	11 求人なし

ご協力ありがとうございました。