

総務庁承認No. 22024
承認期限 平成12年12月31日まで
厚 1 - 1 - 19 - 4
平成12年6月23日登録

厚生省

平成12年社会福祉施設等調査

児童福祉施設調査票

(平成12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								
施設番号	<table border="1"> <tr> <td>県</td> <td>種類</td> <td>一連番号</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	県	種類	一連番号				福祉事務所符号
県	種類	一連番号						
現在の活動状況	<table border="1"> <tr> <td>1 活 動 中</td> <td>2 休 止 中</td> </tr> </table>		1 活 動 中	2 休 止 中				
1 活 動 中	2 休 止 中							

※過去1年間とは、「平成11年10月2日から平成12年10月1日まで」をいいます。
 以下同じ。

I 施設の状況

問1 施設の種類のついてあてはまる番号に○をつけてください。

1 乳児院	10 肢体不自由児施設
2 母子生活支援施設	11 肢体不自由児通園施設
3 児童養護施設	12 肢体不自由児療護施設
4 知的障害児施設	13 重症心身障害児施設
5 自閉症児施設	14 情緒障害児短期治療施設
6 知的障害児通園施設	15 児童自立支援施設
7 盲児施設	16 知的障害者更生施設（入所）
8 ろうあ児施設	17 知的障害者更生施設（通所）
9 難聴幼児通園施設	

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の別々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 身体障害者更生授産施設（1を除く。）	
5 婦人保護施設	
6 保育所	
7 児童福祉施設（保育所を除く。）	
8 知的障害者授産施設（1を除く。）	
9 母子福祉施設	
10 精神障害者社会復帰施設（1を除く。）	
11 その他の社会福祉施設等（1を除く。）	
12 介護老人保健施設	
13 病院	
14 診療所（施設内診療所を除く。）	
15 その他（ ）	

問5 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6 居室の数及び延床面積を記入してください。

ただし、母子生活支援施設及び通所部門のみの施設は記入不要です。

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	延床面積(㎡)
1 人用		
2 人用		
3 人用		
4人以上用		

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9 パソコン等の情報機器を設置していますか。あてはまる番号に○をつけてください。

- | | |
|----------|-----------|
| 1 設置している | 2 設置していない |
|----------|-----------|

→パソコン等を利用して行っている業務について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- | |
|------------------------|
| 1 在所者の処遇に関する記録等 |
| 2 経理・財務等の事務処理 |
| 3 施設の定員・提供するサービス等の情報提供 |
| 4 他の社会福祉施設等との情報交換 |
| 5 その他 () |

問10 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、施設が受託している場合及び、9月中の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	
心身障害児(者)ホームヘルプサービス事業		1	2	
巡回療育 相談等 事業	外来相談	1	2	
	巡回相談	1	2	
障害児(者)短期入所事業		1	2	

問11 過去1年間に来訪したボランティアの奉仕内容について、それぞれあてはまる番号に○をつけてください。
 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 った	希望 あり	希望 なし
技 術 関 係	美容・美	1	2	1	2
	マッサージ	1	2	1	2
	自動車	1	2	1	2
	大工・左官	1	2	1	2
	塗装・電気	1	2	1	2
	補具の修理	1	2	1	2
作 業 関 係	庭木の手入れ	1	2	1	2
	掃除・洗濯	1	2	1	2
	おむつ・衣類の整理	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
	散歩・外出の介助	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
そ の 他	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
	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		

問12 在所者の処遇向上を図るために、今後、充実させたいことは何ですか。最も充実させたいものを一つ選び番号に○をつけてください。

- | |
|---|
| 1 施設・設備の整備
2 職員の安定的な確保
3 職員の資質・専門性
4 サービスの内容
5 在所者の生活自立の支援
6 在所者とのコミュニケーション
7 他の社会福祉施設等との情報交換
8 その他()
9 特になし |
|---|

Ⅱ 在 所 者 の 状 況

※「Ⅱ 在 所 者 の 状 況」のすべての設問について、分場のある施設は、分場も含めた数で計上してください。
また、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。

問 1 定員を記入してください。ただし、母子生活支援施設は世帯数を記入してください。

定 員	
-----	--

問 2 知的障害者更生施設のみお答えください。

分場がありますか。あてはまる番号に○をつけてください。

1 分場がある	2 分場はない
---------	---------

→分場がある場合は分場の状況について記入してください。

(1) 分場の数を記入してください。

分 場 数	
-------	--

(2) 分場の定員（複数の分場がある場合はその合計）を記入してください。

分場の定員総数	
---------	--

問 3 入所・通所別に在 所 者 数 を 記 入 し て く だ さ い。

ただし、母子生活支援施設は世帯数を「入所者数」欄に、世帯人員を「通所者数」欄に記入してください。

	被 措 置 者	措 置 以 外 の 者	計
入所者数（人）			
通所者数（人）			

問4 性・年齢別に入所・通所者数を記入してください。

ただし、母子生活支援施設は児童のみ記入し、知的障害者更生施設は問5でお答えください。

		入所者数(人)			通所者数(人)		
		男	女	計	男	女	計
1	0歳						
2	1						
3	2						
4	3						
5	4						
6	5						
7	6						
8	7						
9	8						
10	9						
11	10						
12	11						
13	12						
14	13						
15	14						
16	15						
17	16						
18	17						
19	18・19						
20	20～24						
21	25～29						
22	30～39						
23	40～49						
24	50～59						
25	60～64						
26	65～69						
27	70歳以上						
28	計						

問5 性・年齢階級別に知的障害者更生施設の入所・通所者数及び母子生活支援施設の児童以外の在所者数を記入してください。

	入所者数(人)			通所者数(人)		
	男	女	計	男	女	計
17歳以下						
18・19						
20～24						
25～29						
30～39						
40～49						
50～59						
60～64						
65～69						
70歳以上						
計						

問6 入所前の居住地別に入所者数を記入してください。
ただし、母子生活支援施設は世帯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	
計	

問7 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								
3 肢体不自由								
4 内部障害								
5 身体の重複障害								
6 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								
3 肢体不自由								
4 内部障害								
5 身体の重複障害								
6 計								

注：「身体上の重複障害」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めません。この「身体上の重複障害」欄に記入した者は、他の欄には記入しません。

問8 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。

	0～4歳	5～9	10～14	15～17	18・19	20～24	25～29
重 度							
そ の 他							
計							

	30～39	40～49	50～59	60～64	65～69	70歳以上	計
重 度							
そ の 他							
計							

問9 入所者について、主たる退所理由・入所期間別に過去1年間の退所者数を記入してください。
ただし、母子生活支援施設については母親の退所理由で世帯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
1 就 職					
2 家 庭 復 帰					
3 他 の 社 会 福 祉 施 設 等 へ 転 所					
4 公 営 住 宅 へ 入 居					
5 入 院					
6 死 亡					
7 そ の 他					
8 計					

	5 ～ 10	10 ～ 15	15 年 以 上	計
1 就 職				
2 家 庭 復 帰				
3 他 の 社 会 福 祉 施 設 等 へ 転 所				
4 公 営 住 宅 へ 入 居				
5 入 院				
6 死 亡				
7 そ の 他				
8 計				

Ⅲ 従事者の状況

問1 職種別に専任・兼任別職員数・有資格者数及び過去1年間の専任職員の採用・退職者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	言語聴覚士	専任職員の採用者数	退職者数
		男	女	男	女							
1	施設長											
2	児童指導員											
3	生活指導員											
4	母子指導員											
5	作業指導員											
6	職業指導員											
7	保育士・児童生活支援員											
8	児童自立支援専門員											
9	児童厚生員											
10	医師											
11	保健婦(士)											
12	看護婦(士)											
セラピスト	13	理学療法士										
	14	作業療法士										
	15	その他の療法士										
16	介助員											
17	栄養士											
18	調理員											
19	事務員											
20	用務員											
21	その他の職員											
22	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11年10月2日～平成12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)	「①育児休業」利用専任職員の利用期間別職員数(人)					
		計	3月未満	3～6	6～9	9～12	12月以上
児童・生活・作業指導員・ 児童自立支援専門員							
母子指導員・保育士・ 児童生活支援員							
セラピスト							

問3 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11年10月2日～平成12年10月1日)

1 新聞や雑誌、就職情報誌などへの掲載	7 福祉人材センターへの依頼
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 市町村で一括募集
4 学校での紹介	10 その他
5 公共職業安定所への依頼	11 求人なし
6 就職説明会の開催	

ご協力ありがとうございました。