

秘

総務省承認No 26594  
承認期限 平成18年12月31日まで

平成18年社会福祉施設等調査  
児童福祉施設調査票

厚生労働省

(平成18年10月1日調査)

法人名															
施設名															
施設の所在地・郵便番号・電話番号	施設の所在地														
	郵便番号										電話番号				

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											福祉事務所符号		
現在の活動状況	<input type="checkbox"/> 1 活動中 <input type="checkbox"/> 2 休止中 <input type="checkbox"/> 3 廃止												

※過去1年間とは「平成17年10月1日から平成18年9月30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を記入してください。

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

問2 設置・経営主体についてあてはまる番号を記入してください。

1 国	7 社会福祉事業団	14 公益法人である財団	設置主体	
2 都道府県	8 社会福祉法人(7を除く)	15 特定非営利活動法人(NPO)		
3 指定都市	9 日本赤十字社	16 営利法人(株式・合名・合資・合同会社)	経営主体	
4 中核市	10 医療法人	17 その他の法人		
5 その他の市・町村	11 学校法人	18 個人		
6 一部事務組合・広域連合	12 宗教法人	19 その他		
	13 公益法人である社団			

問3 認可・届出・設置年月について記入してください。

				年	月
1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月

問4 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接分してください。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5 居室の数及び延床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(室)	延床面積(㎡)
1 人用		
2 人用		
3 人用		
4 人以上用		

注: □欄に変更がある場合は赤字で下または横の欄に記入してください。

問6 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。ただし、施設内における診療所を除きます。

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、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

併 設 施 設 の 種 類	
1 授産施設	9 母子福祉施設
2 保護施設（1を除く）	10 精神障害者社会復帰施設（1を除く）
3 老人福祉施設	11 その他の社会福祉施設等（1を除く）
4 身体障害者更生援護施設（1を除く）	12 介護老人保健施設
5 婦人保護施設	13 病院
6 保育所	14 診療所
7 児童福祉施設（保育所を除く）	15 その他
8 知的障害者援護施設（1を除く）	

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 次の介護機器等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 等	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 過去1年間にボランティアの来訪がありましたか。ボランティアの所属する団体等の種類ごとに来訪の状況について、それぞれあてはまる番号に○をつけてください。

	来訪が なかった	週3日以上 来訪があった	週1～2日 程度来訪が あった	月1～2日 程度来訪が あった	年1～10日 程度来訪が あった
1 学 校 関 係	1	2	3	4	5
2 町 内 会 ・ 自 治 会	1	2	3	4	5
3 宗 教 団 体	1	2	3	4	5
4 1～3以外の女性団体	1	2	3	4	5
5 1～3以外の青年団体	1	2	3	4	5
6 老 人 ク ラ ブ	1	2	3	4	5
7 1～6以外の団体	1	2	3	4	5
8 個 人	1	2	3	4	5
9 (再掲)特定非営利活動法人 (NPO)	1	2	3	4	5



## Ⅱ 在所者の状況

在所者の状況については、特に注意書きのない場合はすべて平成18年9月末日時点の状況で記入してください。年齢は10月1日現在の満年齢により記入してください。

問12 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13 入所・通所者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。

		入所者数 (人)	通所者数 (人)
在所者	被措置者 (母子生活支援施設にあっては入所人員)		
	その他 (母子生活支援施設にあっては私的契約人員)		

問14 入所前の居住地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	

問15 (1) 性・年齢階級別に入所者数及び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数のみ入所者数欄へ記入してください。

		入所者数 (人)		通所者数 (人)	
		男	女	男	女
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歳以上				

(2) 母子生活支援施設の母親の入所者数を記入してください。

		入所者数 (人)
1	17歳以下	
2	18・19	
3	20～24	
4	25～29	
5	30～39	
6	40～49	
7	50～59	
8	60歳以上	

問16 身体障害者手帳を持つ在所者について、障害の区分・等級別に入所者数及び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
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						

(通所者数)

	1級	2級	3級	4級	5級	6級
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						

※「5 身体の重複障害」は「1 視覚障害」と「2 聴覚・言語障害」、「1 視覚障害」と「4 内部障害」等の1～4の障害区分間での身体上の障害の重複をいい、知的障害及び精神障害との重複や、同一障害区分内（視力と視野の障害等）での重複は含めません。この「5 身体の重複障害」欄に記入した者は、他の1～4欄には記入しません。

問17 療育手帳を持つ在所者（通所者を含む。）について、障害の程度別に在所者数を記入してください。

	0～4 歳	5～9 歳	10～14 歳	15～17 歳	18・19 歳	20～24 歳	25～29 歳	30～39 歳	40～49 歳	50～59 歳	60歳 以上
重 度											
そ の 他											

問18 身体障害者手帳と療育手帳の両方を持っている在所者（通所者を含む。）数を記入してください。

	人
--	---

問19 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。  
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年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
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								

### Ⅲ 従事者の状況

問20 職種別に常勤－非常勤別従事者数及び過去1年間の常勤職員の採用－退職者数を記入してください。

	常 勤						非 常 勤				過去1年間	
	専 従		兼 務		換 算 数		換 算 数				常 勤 職 員 の 採 用 者 数	退 職 者 数
1 施 設 長												
2 社会福祉士の資格を (1 保有している 2 保有していない)												
3 児 童 指 導 員												
4 生 活 指 導 員												
5 社会福祉士 (再掲)												
6 母 子 指 導 員												
7 作 業 指 導 員												
8 職 業 指 導 員												
9 保育士・児童生活支援員												
10 児童自立支援専門員												
11 児 童 厚 生 員												
12 医 師												
13 保 健 師												
14 看 護 師												
15 生 活 支 援 員												
セラピスト	16 理学療法士											
	17 作業療法士											
	18 言語聴覚士											
	19 その他の療法士											
20 介 助 員												
21 介護福祉士 (再掲)												
22 管 理 栄 養 士												
23 栄 養 士												
24 調 理 員												
25 事 務 員												
26 用 務 員												
27 そ の 他 の 職 員												

注：1) 「常勤」は、施設が定めた勤務時間（所定労働時間）のすべてを勤務している者をいいます。  
 (施設の勤務時間数のすべてを勤務しているパートタイマーを含む。)

- ①専従…施設内の他の職務及び併設施設等の他の職務に従事しない者
- ②兼務…施設内の複数の職務に従事する者、又は併設施設等にも従事する者

「非常勤」は、常勤以外の従事者をいいます。

(他の施設等にも勤務するなど収入及び時間的拘束の伴う仕事を持っている者、短時間のパートタイマー等)

- 2) 10月1日の新規採用者及び休暇中（産前・産後休暇を含む。）の者、欠勤者、育児休業の代替職員は含みますが、10月1日に退職した者及び休職・休業中（育児休業・介護休業を含む。）の者は含みません。
- 3) 「常勤職員の採用者数」「同退職者数」欄は専従の職員のみとし、人事異動及び代替職員によるものは含みません。

問21 次の職種の常勤従事者数を経験年数別に記入してください。

	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 児童・生活指導員								
4 保育士・ 児童生活支援員								
5 保健師・看護師								
6 セラピスト								
7 管理栄養士・栄養士								
8 調理員								

問22 福祉職俸給表に準じた給与体系を導入していますか。あてはまる番号に○をつけてください。

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 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 |
|----------------|-----------------|

問23 苦情解決のための取組を行っていますか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- |               |
|---------------|
| 1 苦情受付窓口を設置   |
| 2 苦情解決責任者を設置  |
| 3 共同で第三者委員を設置 |
| 4 単独で第三者委員を設置 |

調査票記入者名

(連絡先)

ご協力ありがとうございました。