

秘



平成24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24年10月1日調査)

A

厚生労働

| | | |
|----------------------|-------|---------------------|
| *施設番号 | | |
| *発送番号 | | |
| 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 () - () - () |

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 | ※ 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。 | | | | | | | | | | | |
| | 2 休止中 | ※ 休止中・廃止の場合は、以下、記入不要です。 | | | | | | | | | | | |
| | 3 廃止 | | | | | | | | | | | | |
| (2)・(3) 在所者数(人) | | | | | | | | | | | | | |
| (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) 入所前の居住地別在所者数(人) | 同一市区町村内 | 同一県内の他の市区町村内 | | | | 県外 | | その他 | | | | | |
| (5) 障害区分・等級別身体障害者手帳所持在所者数(通所者含む)(人) | 1級 | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | (6) 身体障害者手帳と療育手帳同時所持在所者数(通所者含む)(人) | | | | | | |
| 1 視覚障害(重複除く) | | | | | | | | | | | | | |
| 2 聴覚・言語障害(重複除く) | | | | | | | | | | | | | |
| 3 肢体不自由(重複除く) | | | | | | | | | | | | | |
| 4 内部障害(重複除く) | | | | | | | | | | | | | |
| 5 身体の重複障害(1～4の重複) | | | | | | | | | | | | | |
| (7) 障害程度別療育手帳所持在所者数(通所者含む)(人) | 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歳以上 | |
| 1 重度 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 その他 | | | | | | | | | | | | | |
| (8) 主な退所理由・在所期間別退所者数(過去1年間) | 6月未満 | 6月以上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 | | | | | |
| 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 入院 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 死亡 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 その他 | | | | | | | | | | | | | |

裏面につづきます。

(9) 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。

Table with columns for job types (施設長, 生活指導・相談員, etc.) and gender (男, 女). Includes rows for full-time and part-time staff counts.

見本

Table for (10) 経験年数・職種別常勤従事者数(人) and (11) 介護福祉士養成校からの実習生受入れ状況(過去1年間).

Table for (13) 福祉職俸給表に準じた給与体系の導入状況 and (14) 苦情解決のための取組状況.

※ 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。

Form for contact information: 調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須), 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。