

基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 2019 年 7 月 8 日

設置・運営主体	厚生労働省		
設置主体	厚生労働省		
経営主体	厚生労働省		
事業所名 (施設名)	国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局肢体機能訓練課	種別	自立訓練(機能訓練)
所在地	〒 359-8555 埼玉県所沢市並木4-1		
電 話	04-2995-3100		
FAX	04-2993-2552		
Email			
URL	http://www.rehab.go.jp		
施設長氏名	飛松 好子		
調査対応担当者	渡邊 雅浩 (所属、職名： 自立支援局 肢体機能訓練課長)		
利用定員	90 名	開設年	昭和 28 年 1 月 1 日
		統合	平成 28 年 7 月 1 日
理念・基本方針			
(基本理念) ① 私たちは、利用者の基本的人権を尊重します。 ② 私たちは、利用者の自立と主体性を尊重したサービスを提供します。 ③ 私たちは、利用者が社会の一員として、あらゆる活動に参加できるよう支援します。			
(基本方針) 障害者基本法、社会福祉法の基本理念に基づき、障害者総合支援法に規定される障害者とその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活が営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る支援を行い、もって障害者の福祉の増進を図るとともに、障害の有無に関わらず誰もが相互に人格と個性を尊重し、安心して暮らすことができる地域社会の実現に寄与することを目指します。			

開所/退所時間 (通所施設のみ)	
---------------------	--

【利用者の状況に関する事項】

○利用者の年齢

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
- 名	3 名	12 名	2 名	2 名	3 名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
- 名	4 名	6 名	1 名	1 名	- 名
					合 計
					34 名

○障害等の状況

・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級	7 級
視覚障害	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名
聴覚又は平衡機能の障害	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名
音声・言語、そしゃく機能の障害	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名
肢体不自由	34 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名
重複障害（別掲）	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名
合 計	34 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障害（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

A ※	B	C
- 名	- 名	- 名

※「A」には丸付きのAを含む。

・精神障害（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1 級	2 級	3 級
統合失調症	- 名	- 名	- 名
そううつ病	- 名	- 名	- 名
非定型精神病	- 名	- 名	- 名
てんかん	- 名	- 名	- 名

中毒精神病	- 名	- 名	- 名
器質精神病	- 名	- 名	- 名
その他の精神疾患	- 名	- 名	- 名
合 計	- 名	- 名	- 名

○障害支援区分の状況（介護保険対象サービス事業所のみご記入ください。）

区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
- 名	- 名	1 名	6 名	14 名	13 名

○サービス利用期間の状況

～6か月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
20 名	10 名	4 名	- 名	- 名	- 名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
- 名	- 名	- 名	- 名		

(平均利用期間： 0.50 年)

【職員の状況に関する事項】

	総数	施設長	主任（事務員）	サービス管理責任者	主査（支援員）
常勤	52 名	名	名	2 名	名
非常勤	4 名	名	名	名	名
	主任（支援員）	支援員	臨時職員（支援員）	看護師	OT, PT, SP, VT, 自訓
常勤	名	4 名	名	11 名	13 名
非常勤	名	名	名	名	1 名
	栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	名	21 名	名	名	1（部長）名
非常勤	名	3 名	名	名	名

○他の有資格者数

社会福祉士	7 名 (名)
介護福祉士	21 名 (1 名)
精神保健福祉士	3 名 (名)
保育士	- 名 (名)
ヘルパー1級	名 (名)
ヘルパー2級	名 (名)

(注) 職員の状況に関する事項 (補足)

自立支援局所沢センターは、指定障害者支援施設（多機能型）として障害福祉サービスを提供している。上記以外の各サービスを統括する職員を以下のとおり配置している。

- ・局長1名（常勤）
- ・事務員9名（常勤5名、非常勤4名）、派遣職員
- ・栄養士1名（常勤）、調理師1名（常勤）、委託業者
- ・医師1名（常勤）

	名 () 名)
--	-------------------------------

(非常勤職員の有資格者数は () に記入)

【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 救護施設における通所事業 (定員 5 名)

- ・ 自立訓練 (機能訓練) 事業における施設入所支援 (定員90名)

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

- ・ 平成 30 年度におけるボランティアの受け入れ数 (延べ人数)

_____ 0 人

- ・ ボランティアの業務

【実習生の受け入れ】

- ・ 平成 30 年度における実習生の受け入れ数 (実数)

社会福祉士 1 人

介護福祉士 人

その他 2 人 (OT)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準 (昭和 5 6 年) に基づいて記入。

(1) 建物面積	6,293 m ²	
	入所(通所)者 1 人あたり	70 m ² (延べ床面積÷定員)
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築 (含大改築) 年	平成	28 年

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設 (事業所) において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

- ・毎月のホームルームの実施や利用者との面接、終了時調査の実施
- ・給食関係では、嗜好調査や満足度調査の実施

【その他特記事項】

【第三者評価の受審状況】

- ・合計受審回数 前回の受審時期

2 回 (平成 24 年度)