

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： 令和 4 年 10 月 1 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	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	04-2995-6393		
Email	shienkikakuka@mhlw.go.jp		
URL	http://www.rehab.go.jp		
施設長氏名	芳賀 信彦		
調査対応担当者	高橋 文孝 (所属、職名：自立支援局 視覚機能訓練課)		
利用定員	20 名	開設年	平成 18 年 10 月 1 日
理念・基本方針			
<p>(基本理念)</p> <p>① 私たちは、利用者の基本的人権を尊重します。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(基本方針)</p> <p>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。</p>			
開所時間 (通所施設のみ)	09:00 ~ 17:00		

【利用者の状況に関する事項】

○成人施設の場合（老人福祉サービスを除く）

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
3名	名	名	名	名	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
1名	3名	1名	2名	1名	4名
					合計
					15名

○障害等の状況（保育所を除く）

・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	8名	5名	1名	名	1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	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	8名	5名	1名	名	1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

○サービス利用期間の状況（保育所を除く）

～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
11名	4名	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： 3.7か月）

【職員の状況に関する事項】

○成人施設の場合

	総数	施設長	事務員	主任指導員	指導員
常勤	9名	名	名	2名	7名
非常勤	3名	名	名	名	3名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護師	OT、PT
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名

社会福祉士	9名（1名）
介護福祉士	名（名）
保育士	名（名）
	名（名）
	名（名）

（非常勤職員の有資格者数は（ ）に記入）

(保育所を除く)

(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) における施設入所支援 (定員 20 名)
※通所及び訪問訓練を含む |
|--|

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

- ・ 令和 4 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

新型コロナウイルスのため、視覚機能訓練課としてボランティアの受け入れは行っていないが、利用者へ対して外出ボランティア (ところざわ外出支援ボランティア ラポート) などの紹介を行い、週末等に利用者が多数利用している。
--

【実習生の受け入れ】

- ・ 令和 4 年度における実習生の受け入れ数 (実数)

社会福祉士	2 人
介護福祉士	人
その他	2 人

【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 56 年) に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	27.634 m ²
	入所 (通所) 者 1 人あたり 67 m ² (延べ床面積 ÷ 定員)
(2) 居室数 (入所施設の場合)	個室 室
	2 人部屋 75 室
	3 人部屋 室
	4 人部屋 室
	5 人以上の部屋 室
(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
(4) 建築 (含大改築) 年	平成 52 年
(5) 主な設備	防火・防災用非常通報装置、スプリンクラー設備、消火栓・消火器・ナースコール、非常持ち出し用物品等

【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。

- ・毎日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
- ・嗜好調査や満足度調査の実施
- ・生活や訓練面に関して、利用者が日頃感じていることを幅広く聞く手段として「利用者の皆さんの声」ボックス及び専用メールアドレスの設置

【その他特記事項】

貴施設（事業所）の特徴的な取り組み等について具体的にご記入ください。

- ・入寮、通所での訓練のほか、高齢視覚障害者（原則65歳以上）を対象とした訪問訓練を実施している。
- ・訓練項目について、歩行訓練・日常生活訓練（掃除・洗濯・調理など）、ICT訓練（パソコンやスマートフォンなど）・点字訓練・ロービジョン訓練などのほか、ブラインドメイク（化粧）やヨガも行っている。
- ・視覚障害に関する各種研修会等で、視覚機能訓練課職員が講師依頼を受けることが多くあり、対応している。

【第三者評価の受審状況】

- ・受審回数（前回の受審時期）

3 回（平成 元 年度）