

《心理判定員 - 2》	専任常勤		兼任常勤		人、非常勤・嘱託		合計		人		兼任の場合の職務に占める身更相業務の割合 %	
	専門的担当領域 身更相判定業務における主たる業務	身更相経験年数	相 験 数	業 務 知 見	業 務 相 談 所	福 祉 事 務 所	施 設 病 院	その他	資格1 身更相での任用資格	資格2 採用時資格		資格3 個人的資格の保有状況
9	<input type="checkbox"/> 補装具判定 <input type="checkbox"/> 施設入所判定 <input type="checkbox"/> 障害程度判定 <input type="checkbox"/> 訪問指導 <input type="checkbox"/> 研修	年	年	年	年	年	年	年	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 心理学専修 <input type="checkbox"/> 身障等2年以上	<input type="checkbox"/> 福祉職 <input type="checkbox"/> 心理職 <input type="checkbox"/> 一般行政職 <input type="checkbox"/> その他		
10	<input type="checkbox"/> 補装具判定 <input type="checkbox"/> 施設入所判定 <input type="checkbox"/> 障害程度判定 <input type="checkbox"/> 訪問指導 <input type="checkbox"/> 研修	年	年	年	年	年	年	年	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 心理学専修 <input type="checkbox"/> 身障等2年以上	<input type="checkbox"/> 福祉職 <input type="checkbox"/> 心理職 <input type="checkbox"/> 一般行政職 <input type="checkbox"/> その他		

(5) 職能判定員の配置状況等について下表により作成してください。

《職能判定員》	専任常勤		兼任常勤		人、非常勤・嘱託		合計		人		兼任の場合の職務に占める身更相業務の割合 %	
	専門的担当領域 身更相判定業務における主たる業務	身更相経験年数	相 験 数	業 務 知 見	業 務 相 談 所	福 祉 事 務 所	施 設 病 院	その他	資格1 身更相での任用資格	資格2 採用時資格		資格3 個人的資格の保有状況
1	<input type="checkbox"/> 補装具判定 <input type="checkbox"/> 施設入所判定 <input type="checkbox"/> 障害程度判定 <input type="checkbox"/> 訪問指導 <input type="checkbox"/> 研修	年	年	年	年	年	年	年	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 心理学専修 <input type="checkbox"/> 身障等2年以上	<input type="checkbox"/> 福祉職 <input type="checkbox"/> 心理職 <input type="checkbox"/> 一般行政職 <input type="checkbox"/> その他		
2	<input type="checkbox"/> 補装具判定 <input type="checkbox"/> 施設入所判定 <input type="checkbox"/> 障害程度判定 <input type="checkbox"/> 訪問指導 <input type="checkbox"/> 研修	年	年	年	年	年	年	年	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 心理学専修 <input type="checkbox"/> 身障等2年以上	<input type="checkbox"/> 福祉職 <input type="checkbox"/> 心理職 <input type="checkbox"/> 一般行政職 <input type="checkbox"/> その他		
3	<input type="checkbox"/> 補装具判定 <input type="checkbox"/> 施設入所判定 <input type="checkbox"/> 障害程度判定 <input type="checkbox"/> 訪問指導 <input type="checkbox"/> 研修	年	年	年	年	年	年	年	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 心理学専修 <input type="checkbox"/> 身障等2年以上	<input type="checkbox"/> 福祉職 <input type="checkbox"/> 心理職 <input type="checkbox"/> 一般行政職 <input type="checkbox"/> その他		
4	<input type="checkbox"/> 補装具判定 <input type="checkbox"/> 施設入所判定 <input type="checkbox"/> 障害程度判定 <input type="checkbox"/> 訪問指導 <input type="checkbox"/> 研修	年	年	年	年	年	年	年	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 心理学専修 <input type="checkbox"/> 身障等2年以上	<input type="checkbox"/> 福祉職 <input type="checkbox"/> 心理職 <input type="checkbox"/> 一般行政職 <input type="checkbox"/> その他		

※表が足りない場合は、コピーした表に記入して、添付してください。
 ※心理判定員、職能判定員に係る「身更相での任用資格」欄は、「身体障害者更生相談所の設置運営について（平成5年3月31日 社援更第107号）の第1の3の(2)職能判定員、職能判定員は、次の各号のいずれかにか該当する者であること。」による分類です。「身障等2年以上」とは、身体障害者福祉司その他社会福祉事業に従事する者として2年以上その職務を行い、前2号に準ずる学識経験を有すると認められる者である。
 ※「心理学専修」とは、「学校教育法に基づき旧大学において、心理学を専修する科目を修めて卒業した者」である。「身障等2年以上」とは、身体障害者福祉司その他社会福祉事業に従事する者として2年以上その職務を行い、前2号に準ずる学識経験を有すると認められる者である。

(6) 身体障害者福祉司等の配置状況等について下表により作成してください。
 《身体障害者福祉司等—1》 専任常勤 人、兼任常勤 人、非常勤・嘱託 人、合計 人

1	専任 常勤	兼任 常勤	非常勤・嘱託	専任常勤		兼任常勤		非常勤・嘱託		合計		兼任の場合の職務に占める身更相業務の割合 %
				身更相経験年数	知更相業務経験年数	業務経験年数	児童相談所	施設	その他	身更相資格	採用職種	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※記入上の説明が次ページにあります。

ア 障害保健福祉圏域単位に身障福祉司を配置する必要性についてお聞かせください。(該当する□にレ点を付すとともに、その理由を記載してください。)

- 必要性を感じている。 → (圏域毎に 1名、 2名、 3名程度必要)
 必要性を感じない。

理由：

イ 身体障害者福祉司について、都道府県においては実務経験者を得ることが困難になっています。これまでの任用上の問題も含め、任用に係る御意見をお聞かせください。

(6) 職能判定はどなたが行っていますか。(該当する□にレ点を付してください。複数回答可)

- 職能判定員 心理判定員 作業療法士 その他 ()

(7) その他の職員

職 種	担 当 業 務	雇用形態	摘 要

(2) コンピューターの導入状況

<input type="checkbox"/> ケース台帳をコンピューターで管理している。 <input type="checkbox"/> 判定書をコンピューターで作成、出力している。 <input type="checkbox"/> 統計をコンピューター処理している。 <input type="checkbox"/> 事務所内にランを敷設している。 <input type="checkbox"/> 所内の全職員の机上にパソコンが設置されている。	<input type="checkbox"/> ホームページを開設している。 <input type="checkbox"/> 他の機関との間でEメールでの送受信が可能 <input type="checkbox"/> コンピューターで情報をデータベース化している。 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 ()
---	--

II 更生相談

1 来所相談

(1) 医学的判定において必要な諸検査（エックス線撮影、血液検査等）を行っていただけますか。（該当する□にレ点を付すとともに、記述をお願いします。）

行っている。 → 更生相談所又は併設医療機関で実施 → 単純レ線 MRI CT 筋電図
 他医療機関に依頼 呼吸機能検査 心電図 呼吸機能検査 血液検査
 その他 ()

行っていない。 → 理由： ()

(2) 各種診断書の作成をしていますか。（該当する□にレ点を付すとともに、記述をお願いします。）

作成している。 → 内容： 身体障害者手帳 障害年金 各種手当 その他 ()
 診断書作成条件： ()

作成していない。 → 理由： ()

(3) 検査料及び診断書の費用負担はどうしていますか。（該当する□にレ点を付してください。）

更生相談に関しては全て無料
 検査料については診療報酬請求
 診断書（文書料）は本人負担
 全て本人負担

(4) 実施科目・相談体制 (該当する□にレ点を付すとともに、必要な数字等を記入してください。)

肢体不自由 → 1 1 年度実績 : 回・利用者 人 (4月~12月)
 1 2 年度実績 : 回・利用者 人
 相談スタッフ : 医師 人 → 専門科目 □整形外科 (人) □リハビリテーション科 (人) □脳神経外科 (人)
 □神経内科 (人) □科 (人) □科 (人)
 □身障福祉司 (人) □ケースワーカー (人) □心理判定員 (人) □理学療法士 (人)
 □作業療法士 (人) □義肢装具士 (人) □看護婦・保健婦 (人) □その他 (人)

視覚 → 1 1 年度実績 : 回・利用者 人
 1 2 年度実績 : 回・利用者 人 (4月~12月)
 相談スタッフ : □医師 人 □身障福祉司 (人) □ケースワーカー (人) □心理判定員 (人)
 □視能訓練士 (人) □歩行訓練士 (人) □看護婦・保健婦 (人) □その他 (人)

聴覚 → 1 1 年度実績 : 回・利用者 人
 1 2 年度実績 : 回・利用者 人 (4月~12月)
 相談スタッフ : □医師 人 □身障福祉司 (人) □ケースワーカー (人) □言語聴覚士 (人)
 □心理判定員 (人) □看護婦・保健婦 (人) □その他 (人)

内 部 → 実施科目 : ()
 1 1 年度実績 : 回・利用者 人
 1 2 年度実績 : 回・利用者 人 (4月~12月)
 相談スタッフ : 医師 (人) □身障福祉司 (人) □ケースワーカー (人) □心理判定員 (人)
 □看護婦・保健婦 (人) □その他 (人)

(5) 補装具判定

ア 来所相談のみ判定している補装具を挙げてください。(該当する□にレ点を付してください。)
 電動車いす 車いす 座位保持装置 義手 義足 骨格構造義足 上肢装具 下肢装具 体幹装具
 その他 () □その他 ()
 説明 :

イ 相談・判定の回数 : 回/週、 回/月

ウ 補装具の処方・採型、仮合わせ、適合判定を行っていただけますか。(該当の□にレ点を付すとともに、必要な記述をしてください。) □行っている。…以下のA Bについてお聞かせください。

A 実施種目、実施範囲、判定者等

補装具の種類	実施範囲 (該当する欄にレ点)				判定者 (該当する欄にレ点: 複数可)				摘	要	
	処方	採型	仮合わせ	適合	医師	理学療法士	作業療法士	義肢装具士			その他(記述)
電動車いす											
車いす											
座位保持装置											
義骨格構造											
手その他											
義骨格構造											
足その他											
上肢装具											
下肢装具											
靴型装具											
体幹装具											
歩行器・補助杖											
補聴器											
眼鏡											
その他											

B 処方時、規定(施行細則準則)の処方箋を使用していますか。

使用している。→ 全て使用 種目により使用(種目)

独自の処方箋を使用している。→ {種目:

処方箋は使用していない。→ {理由:

行っていない。→ {理由:

エ 市町村福祉職員の立ち会いについてお伺いします。(該当の□にレ点を付してください。)

- 立ち会いを求めている。→ (必ず 必要時)
- 特に求めているない。→ 求めているないが立ち会いがある。
 市町村によってまちまちである。
 ほとんど立ち会いがない。

オ 装着訓練及び実地観察を実施していますか。(該当の□にレ点を付すとともに、記述をしてください。)

- 実施している。→ 種目及び内容について記述してください。
- | | | | |
|------|---|---|---|
| 種目：① | ② | ③ | ④ |
| 内容： | | | |

実施していない。→ [実施していない理由・意見等]

カ 基準外補装具の判定に当たって特別な対応を行っていますか。(該当の□にレ点を付してください。)

- 基準外補装具審査委員会を設置、又は検討している。→ 自治事務化以前に設置済みである。
 自治事務化に伴い設置した。
 設置を検討している。

- 従来の判定会議で判定している。
- 審査会(判定会議)の構成員について記述してください。

①	②	③	④
⑦	⑧	⑨	⑩
⑪	⑫	⑬	⑭

- 児童の基準外補装具についても審査している。
- その他、意見等ありましたらお聞かせください。

[意見等]

キ 児童の基準外補装具の判定等（該当の□にレ点を付すとともに、取扱件数を記入してください。）

者に準じ、市町村の依頼に基づき書類審査と診査を併用している。→件数（平成12年4月～12月 件）

市町村の依頼に基づき、書類審査を行っている。→件数（平成12年4月～12月 件）

保健所又は育成医療機関の照会等に応じ適宜助言を行っている。（ 文書 口頭 併用）→（平成12年4月～12月 件）

その他（)

2 巡回相談 ※事業概要の写しで可

(1) 実施科目、相談体制等についてお伺いいたします。（該当の□にレ点を付すとともに必要事項を記入してください。）

複数科合同→

実施科目：（)

1 1 年度実績： 人

1 2 年度実績： 回、利用者

相談スタッフ： 人（職種：)

肢体不自由→

1 1 年度実績： 人

1 2 年度実績： 回、利用者

相談スタッフ： 人（職種：)

視 覚→

1 1 年度実績： 人

1 2 年度実績： 回、利用者

相談スタッフ： 人（職種：)

聴 覚→

1 1 年度実績： 人

1 2 年度実績： 回、利用者

相談スタッフ： 人（職種：)

内 部→

（科目：)

1 1 年度実績： 人

1 2 年度実績： 回、利用者

相談スタッフ： 人（職種：)

※説明：

(2) 診断書の作成をしている場合にお答えください。(該当する□にレ点を付すとともに、診断書作成条件を記してください。)

- 診断書の種類： 身体障害者手帳 障害年金 各種手当 その他 ()
- 費用負担： 有料 無料
- 作成条件：

(3) 補装具の処方・採型、仮合わせ、適合判定等を行っていますか。(該当する□にレ点を付すとともに、記述をしてください。)

- いる。→ [実施種目・範囲等：]

いない。→ [理由：]

(4) 設定方法 (該当する□にレ点を付してください。) …複数回答可

- あらかじめ市町村から希望を取り、障害保健福祉圏域間バランスを考慮しながら実施している。
- 市町村から希望を取らず、更生相談所主体で計画し市町村の協力を得て実施している。
- 市町村の計画に対し、必要なスタッフを派遣している。(市町村主体で支援チームを派遣する形態)
- 事前に判定依頼書を提出してもらっている。
- その他 ()

(5) 巡回相談の機会の有効活用についてお伺いいたします。

ア 相談に引き続き続いて研修会を開催する等、巡回相談の機会を有効活用していたら、実施内容、実績等、お聞かせください。

[]

イ ハローワークなどと合同相談にする等、他機関と連携した相談を行っていたら、その実施内容をお聞かせください。

[]

(6) 利用者が減って「巡回相談は再考すべき時期に来ている。」との声を耳にします。今後の実施方針等お聞かせください。

3 訪問相談（実施している場合にお答えください。）

(1) 実施科目、訪問実績及び訪問スタッフ（該当の□にレ点を付けてください。）

※実績：12年度は12月まで

科 目	11年度実績	12年度実績	訪 問 ス タ ッ フ
□ 肢体不自由	回 人	回 人	□ 医師 □ 身障福祉司 □ ケースワーカー □ 看護婦・保健婦 □ 理学療法士 □ 作業療法士 □ 義肢装具士 □ その他（
□ 視 覚	回 人	回 人	□ 医師 □ 身障福祉司 □ ケースワーカー □ 看護婦・保健婦 □ 視能訓練士 □ その他（
□ 聴覚・言語	回 人	回 人	□ 医師 □ 身障福祉司 □ ケースワーカー □ 看護婦・保健婦 □ 言語聴覚士
□ ()	回 人	回 人	□ 医師 □ 身障福祉司 □ ケースワーカー □ 看護婦・保健婦 □ ()

(2) 実施条件（訪問相談を実施する場合の条件、今後の実施方針等お聞かせください。）

4 書類判定

(1) 判定件数 (12年度は12月まで)

	判定件数		判定内容
	11年度	12年度	
更生医療			判定した更生医療の内容・補装具種目について、各科上位5種目を記載してください。
肢体不自由			
視覚			
聴覚・平衡			
音・言・そ			
心臓			
呼吸器			
じん臓			
小腸			
免疫			
補装具			
肢体不自由			
視覚			
聴覚・平衡			
音・言・そ			
心臓			
呼吸器			
じん臓			
小腸			
免疫			

(2) 書類判定については、いろいろな意見があるようです。貴所のご意見をお聞かせください。

5 判定会議

医学的・心理学的・職能的判定、更生医療の判定、補装具の交付及び施設入所の要否については、必ず判定会議方式によることと
 されていますが、その状況をお聞かせください。

(1) 判定会議を開催している場合

ア 開催時期：□定例的に開催 □随時開催

イ 協議事項及び会議構成員（該当する□にレ点を付すとともに、会議構成員について該当する番号に○を付してください。）

科	目	別	協	議	事	項	：	説	明	会	議	構	成	員									
1 肢	体									□施設入所：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□更生医療：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□補装具：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□職能：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□障害程度：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□その他：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2 視	覚									□施設入所：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□更生医療：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□補装具：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□職能：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□障害程度：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□その他：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
3 聴言平そ										□施設入所：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□更生医療：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□補装具：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□職能：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□障害程度：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□その他：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
4 内 部										□施設入所：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□更生医療：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□補装具：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□職能：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□障害程度：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
										□その他：	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

※判定会議構成員は下記から選んでください。

- 1 所長
- 2 専門医
- 3 身体障害者福祉司
- 4 心理判定員
- 5 ケースワーカー
- 6 理学療法士
- 7 作業療法士
- 8 義肢装具士
- 9 看護婦・保健婦
- 10 言語聴覚士
- 11 視能訓練士
- 12 市町村
- 13 その他

(2) 判定会議を開催していない場合にあつては、その理由をお聞かせください。

理由：

5 人工透析審査委員会

□設置 → 構成員：□所長 □専門医 □身体障害者福祉司 □ケースワーカー □看護婦・保健婦 □その他（

委員会の開催状況：11年度（ 回／年開催、審査件数 件）

：12年度（ 回開催、審査件数 件）

□未設置 → 理由：

Ⅲ 市（区）町村相互間の連絡調整

1 身体障害者更生援護施設入所調整会議の設置

□設置 → 入所調整対象施設：□療護施設

□その他（施設の種類

会議の開催回数：11年度（ 回）、12年度（ 回開催予定）

1 回当たりの平均的調整件数： 件（継続ケースを含む）

（入所調整を進めていく上での問題点等お聞かせください。）：

□未設置 → 理由：

2 市（区）町村等への専門的技術的援助

(1) 市町村への援助指導（更生相談所主催の市町村職員研修については、地域リハビリテーションの項で設問あり。）

平成12年3月6日開催の全国障害保健福祉主管課長会議において更生相談所に対し、地方分権一括法及び介護保険法施行後の市町村支援を特に積極的に行っていただきたいとの要請があったところす。

ア どのような形で市町村担当者の支援を行っていますか。実績、問題点も含めてお聞かせください。(フリー記述)

イ 情報の提供

更生相談所が収集、処理した情報を市町村へ提供することも市町村支援の重要な柱になっています。冊子やパンフレットを作成していただいたらそのタイトル、内容等お聞かせください。(フリー記述)

(2) 更生援護施設への援助指導 (更生相談所主催の施設職員研修については、地域リハビリテーションの項で設問あり。) 施設の求めに応じて訪問相談などの方法により、医師等の専門職員による医学的診断や助言、入所者の介助方法や訓練方法についての指導援助など、施設支援を行っておりましたら、その内容、実績等についてお聞かせください (フリー記述)。

3 今後の更生相談所の役割について
福祉サービスの利用制度化移行後、更生相談所はどんな役割を担うべきか、お考えをお聞かせください。(フリー記述)

IV 地域リハビリテーションの推進

1 研修について

(1) 11年度実績（主催研修・協力研修）について記載してください。（事業概要で分かれば、その写しの同封で結構です。）

研修名	日数	対象者	参加人数	講義内容	講師 (職種)	外部講師に○	11年度限り のものに○
1							
2							
3							
4							
5							

(2) 12年度実施計画について記載してください。

	研 修 名	日 数	対 象 者	講 義 内 容	講 師 (職 種)	外 部 講 師 に ○
1						
2						
3						
4						
5						

2 講師派遣協力について

市町村や団体等の研修に講師として職員を派遣した実績を記載してください。

	デー	ー	マ	日数	派遣先・対象者	派遣した職員の職種
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						

3 地域リハビリテーション推進協議会

(1) 身体障害者福祉分野における「地域リハビリテーション推進協議会」について (該当の□にレ点を付すとともに、数値及び必要な記述をしてください。)

□設置→

部会の設置状況及び実際の機能	
□地域ケア…□機能している。(年 回開催)	□休止状態
□養護学校…□機能している。(年 回開催)	□休止状態
□就職促進…□機能している。(年 回開催)	□休止状態
□補装具適性化…□機能している。(年 回開催)	□休止状態
□()…□機能している。(年 回開催)	□休止状態

休止理由:

□未設置→理由:

(2) 老人保健事業分野における「地域リハビリテーション支援体制整備事業」について (該当する□にレ点を付してください。)

ア 都道府県リハビリテーション協議会について

□設置→協議会又は作業部会への職員の参加の状況 (□両方に参加 □協議会のみ参加 □作業部会へ参加 □参加無)

□準備中→準備会への職員の参加 (□参加 □不参加)

□未設置→(□設置の動きがある。 □無)

イ (1)(2)の統合について。→

□統合済み。:

□統合予定:

□未定(未検討):

ウ 都道府県リハビリテーション支援センターの機能

都道府県リハビリテーション支援センターに

□指定された。:

□指定される予定:

□未定(未検討):