

## 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 7 年 9 月 9 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（生活訓練）
所在地	〒 359-8555 埼玉県所沢市並木4-1		
電話	04-2995-3100		
FAX	04-2992-6393		
Email	<a href="mailto:shienkikakuka@mhlw.go.jp">shienkikakuka@mhlw.go.jp</a>		
URL	<a href="https://www.rehab.go.jp">https://www.rehab.go.jp</a>		
施設長氏名	芳賀 信彦		
調査対応担当者	上野 久美子 (所属、職名：生活訓練課 課長)		
利用定員	30 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があ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)			

【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
0名	0名	0名	0名	1名	1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
2名	1名	2名	2名	0名	0名
					合計
					9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	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	1名	3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）	1名	名	名	名	名	名	名
合計	2名	3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
0名	0名	0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	3名	2名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	3名	2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
6名	3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： 4.3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	11名	名	名	2名	4名
非常勤	2名	名	名	名	2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	3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	2名
非常勤	名	名	名	名	名

社会福祉士	7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)

**【本来事業に併設して行っている事業】**

(保育所を除く)

(例) 救護施設における通所事業 (定員5名)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立訓練 (生活訓練) 事業における施設入所支援 (定員30名)</li> <li>・ 指定自立生活援助事業</li> </ul>

**【ボランティア等の受け入れに関する事項】**

・ 令和 6 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】**

- ・令和            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                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 <sup>2</sup>	
	入所(通所)者1人あたり	67 m <sup>2</sup> (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	昭和	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
- ・嗜好調査や満足度調査の実施
- ・利用者の皆さんの声ボックス（ご意見箱）及びご意見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。

- 高次脳機能障害者の日常生活に視点をおいた訓練や支援を行っている。また、復職支援（就労準備訓練等）にも力を入れており、復学や復職を希望する者に対しては、関係機関と連携した支援を行うとともに、アウトリーチによる支援も密に行っている。
- 高次脳機能障害に関する各種研修会や学会等で、生活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。
- 高次脳機能障害者で自動車運転を希望する方に対し、医師の了解が得られた場合、当センターの自動車訓練室で評価を行った上で、必要に応じて自動車運転等に関する訓練を行っている。

### 【第三者評価の受審状況】

- 受審回数（前回の受審時期）

4 回（令和 4 年度）