

# 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： 平成 29 年 12 月 19 日

設置・運営主体	所沢市		
設置主体	所沢市		
経営主体	社会福祉法人 藤の実会		
事業所名 (施設名)	所沢市立ゆきわり草	種別	グループホーム
所在地	〒 359-0004 所沢市北原町924-2		
電話	04-2935-4334		
FAX	04-2992-3113		
Email			
URL	<a href="http://www.fujinomi.jp">http://www.fujinomi.jp</a>		
管理者氏名	栗原志乃		
調査対応担当者	清水卓馬 (所属、職名： 所沢市立ゆきわり草 ホーム長 )		
利用定員	7 名	開設年	平成 5年 4月 1日
理念・基本方針			
①管理性の排除と入居者の意思の尊重（自己決定、自己選択） ②一人一人の求める生活スタイルを実現できるようにする。 ③一人の大人、社会人として自立の支援を行う。			
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	名	名	名	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
3名	1名	名	名	名	名
					合計
					7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、そしやく機能の障害	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	1名	名	名	名	名
重複障害(別掲)	名	名	名	名	名	名	名
合計	名	名	1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
4名	2名	1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

○要介護区分の状況(介護保険対象サービス事業所のみご記入ください。)

自立・要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
名	名	名	名	名	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
名	名	名	2名	名	1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
1名	名	名	1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	1名	名	1名		

(平均利用期間： 9年)

【職員の状況に関する事項】

	総数	施設長	事務員	主任指導員	指導員
常勤	2名	1名	名	1名	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	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

○他の有資格者数

社会福祉士	1名 ( 名)
介護福祉士	名 ( 1名)
精神保健福祉士	名 ( 名)
保育士	名 ( 名)
ヘルパー1級	名 ( 名)
ヘルパー2級	1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】**

(例) 救護施設における通所事業(定員5名)

なし

**【ボランティア等の受け入れに関する事項】**

・平成 28 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

なし

**【実習生の受け入れ】**

・平成 28 年度における実習生の受け入れ数(実数)

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 0 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。

(1) 建物面積	283.42 m <sup>2</sup>	
	入所(通所)者1人あたり	40.48 m <sup>2</sup> (延べ床面積÷定員)
(2) 耐火・耐震構造	耐火 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	耐震 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
(3) 建築(含大改築)年	平成	5 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。

- ・帰ホーム後、土日や余暇の時間を使い、利用者と個別に話し合う時間を設けている。
- ・利用者の状況、保護者との面談を基に、個別支援計画の見直しを行なっている。

### 【その他特記事項】

- ・利用者同士、利用者と職員の交流を図るため、毎月利用者から希望を取り外食会を実施している。
- ・誕生日会の実施、クリスマス会等、季節に合わせた行事を随時実施している。
- ・町内会に加入しており、毎月の班長会、防災訓練、環境美化デー、防犯パトロール、夏祭り、餅つき大会等、地域の行事に積極的に参加し交流を図っている。

### 【第三者評価の受審状況】

・受審回数(前回の受審時期)

4 回 (平成 27 年度)