

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 30 年 10 月 1 日

設置・運営主体	社会福祉法人藤の実会		
設置主体	社会福祉法人藤の実会		
経営主体	社会福祉法人藤の実会		
事業所名 (施設名)	ケアホームふじのみ	種別	共同生活援助
所在地	〒 359-0027 所沢市松郷265-10		
電 話	04-2946-8512		
FAX	04-2946-8512		
Email	i-saitou@fujinomi.jp		
URL	http://www.fujinomi.jp/		
施設長氏名	齋藤一平		
調査対応担当者	齋藤一平・浅見顕太郎 (所属、職名：ホーム長・主任)		
利用定員	34 名	開設年	平成 22 年 4 月 1 日
理念・基本方針			
<p>●理念</p> <p>○利用者保護者に 利用者の個性を尊重し、利用者が実りある社会生活を実現し、利用者の生きる喜びを共に創り出します</p> <p>○地域社会に 地域社会の一員として、地域社会における福祉事業を通じて、地域社会の心豊かな住みよい街づくりに貢献します</p> <p>○職員に 職員を大切にし、職員が仕事を通じて成長を実感し、職員の和をもって、組織として最大限の能力を発揮する法人を創ります</p> <p>●基本方針</p> <p>一人の大人、一人の社会人として地域で当たり前暮らしを実現する</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	2名	2名	0名	4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
7名	8名	6名	2名	0名	3名
					合計
					34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	1名	1名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	2名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	3名	1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
28名	4名	2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	1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	1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
0名	1名	3名	0名	7名	13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
0名	0名	0名	10名	0名	0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
0名	0名	0名	0名	0名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
0名	0名	0名	0名		

（平均利用期間： 4年6ヶ月 ）

【職員の状況に関する事項】

○成人施設の場合

	総数	施設長	サービス管理責任者	世話人	生活支援員
常勤	13名	1名	1名	8名	3名
非常勤	11名	名	1名	名	10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	1名（名）
介護福祉士	2名（2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)

なし

【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)

1 人

・ボランティアの業務

●余暇活動として、不定期ではあるが、外食会やお茶会等を実施。
※基本的にホーム内でのボランティアは、受けていないが、利用者の社会参加が積極的に行えるように地域交流の場や人間関係の構築を促進している。

【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 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。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	1090.26 m ²	
	入所(通所)者1人あたり	32.06 m ² (延べ床面積÷定員)
(2) 居室数 (入所施設の場合)	個室	34 室
	2人部屋	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 type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築(含大改築)年	平成	22年
(5) 主な設備	居室・事務室・宿直室・食堂・(兼談話室)・厨房・浴室・洗面所・洗濯室・便所	

【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。

- 利用者の要望に応じて、個別に話す時間を設けている。(毎日)
- 個別面談の実施(適宜対応)※定期面談1回(3月)有
- 保護者、後見人との電話連絡(適宜対応)
- 連絡ノートの利用(個別対応)

【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。

- 利用者個々の支援状況、金銭事情等にあわせて、一人一人の求める生活スタイルの実現を目指している。自己決定、自己選択を基本に、管理性をできるかぎり排除しながらも、本人が適切な意思決定ができるよう個別性を尊重できるよう心がけている。
- 余暇活動の充実を目指している。（個別外出・季節行事・グループホーム関係者合同行事・家庭菜園）
- 保護者・後見人の状況（高齢化）に伴い、基本サービス以外の要望（通院等）にも柔軟に対応している。

【第三者評価の受審状況】

・受審回数（前回の受審時期）

_____ 0 _____ 回 （平成 _____ 年度）