

## 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 3 年 1 月 30 日

設置・運営主体	株式会社ルーラルライフ		
設置主体	株式会社ルーラルライフ		
経営主体	株式会社ルーラルライフ		
事業所名 (施設名)	ルーラルホーム閩戸	種別	知的障害者グループホーム事業
所在地	〒 349-0133 埼玉県蓮田市大字閩戸168番地4		
電 話	048-884-9460		
FAX	048-884-9441		
Email	<a href="mailto:rural.life@jzd-g.com">rural.life@jzd-g.com</a>		
URL			
施設長氏名	山本 量彦		
調査対応担当者	田口 桐子 (所属、職名：総務部)		
利用定員	15 名	開設年	平成 29 年 3 月 1 日
理念・基本方針			
<p><b>基本理念</b>          当社は、特定非営利活動法人福祉ファーム里山と共同し農・福連携による障害者支援施設として、地域環境に配慮し、地域の一員として、それぞれの能力に応じた自立を目指し、独立した社会人として行動できるように支援してまいります。</p> <p><b>基本方針</b>          1. 利用者の人権と尊厳を守り、心身ともに健康な生活を送れるように支援します。          2. 利用者の生きがいのある生活を目指し、身辺の処理や働く意欲を身に着け、能力に応じた自立支援を行います。          3. 福祉サービスを通じて、地域との結びつきを大切にし、地域に開かれた施設づくりを行います。          4. 職員の資質向上を図り、質の高いサービスの提供に努めます。</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
名	1名	4名	名	2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
名	1名	名	名	名	名
					合計
					8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	名	名	1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	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
名	2名	4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	2名	名
合計	名	2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
名	名	1名	4名	3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： 2年11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	5名	1名	名	1名	3名
非常勤	3名	名	名	名	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	3名

社会福祉士	名（ 名）
介護福祉士	名（ 名）
保育士	名（ 名）
精神保健福祉士	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】**

(保育所を除く)

(例) 救護施設における通所事業 (定員 5 名)

**【ボランティア等の受け入れに関する事項】**

・ 令和 2 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 2 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 ※4つの建物ごとに記入

(1) 建物面積	91.49 m <sup>2</sup>	96.47 m <sup>2</sup>	80.32 m <sup>2</sup>	84.45 m <sup>2</sup>	
	入所(通所)者1人あたり m <sup>2</sup> (延べ床面積÷定員)				
	30.5 m <sup>2</sup>	24.12 m <sup>2</sup>	20.08 m <sup>2</sup>	21.11 m <sup>2</sup>	
(2) 居室数 (入所施設の場合)	個室 3 室	4 室	4 室	4 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 checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ				
(4) 建築(含大改築)年	昭和 60年	60年	H.8年	H.6年	
(5) 主な設備	居室・事務室兼夜勤室・食堂・洗面所・トイレ・風呂場・リビング(食堂と兼ねる)				

**【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。

定期的面談による希望調査。  
福祉ファーム里山の生活支援員及び職業指導員との連携による事情聴取。

**【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。

福祉ファーム里山作業所との連携による生活全般の支援を通年で行っており、また、行えることです。  
そのため、ご家族、行政、相談員、卒業した学校の教員等と連携して、諸問題に対処できる体制を個別に構築しています。

**【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)