

## 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 3 月 20 日

設置・運営主体	特定非営利活動法人とさき		
設置主体	特定非営利活動法人とさき		
経営主体	特定非営利活動法人とさき		
事業所名 (施設名)	グループホームとさき	種別	知的障害者グループホーム事業
所在地	〒 362-0053 埼玉県上尾市大字戸崎385-1		
電話	048-782-9596 (法人本部)		
FAX	048-782-5335 (法人本部)		
Email	<a href="mailto:tosaki@mx7.alpha-web.ne.jp">tosaki@mx7.alpha-web.ne.jp</a>		
URL			
施設長氏名	斉藤悦男		
調査対応担当者	斉藤悦男 (所属、職名： 管理者 )		
利用定員	6 名	開設年	平成 27 年 4 月 1 日
理念・基本方針	<p>自然環境を守り、障害のある人たちが当たり前で暮らせる地域づくりを目指す。利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者に寄り添った支援の障害福祉サービスの提供を目指す。</p> <p>2014年4月に障害福祉サービス事業所を設立。生活介護事業所では「物を育てる喜び（農作業の栽培事業）」、「物を作る喜び（毛織製品の製作事業）」、「物を役立てる喜び（リサイクル分別作業）」と三つの喜びを通じて様々な障害を持つ利用者の安心できる居場所と就労の場、学びの場であり、利用者の成長の一助となることを目的とした社会貢献事業の運営を行っている。</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
名	名	名	1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
1名	1名	名	名	名	名
					合計
					6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	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	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	1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（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	名	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
名	5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： ）

**【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	名	1名	1名	名	名
非常勤	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	3名	名	名	名
非常勤	名	7名	名	1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	1名	名	名	1名	名

社会福祉士	名 ( 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) 障害者の生活介護通所事業所 (定員40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

(1) 建物面積	145.59 m <sup>2</sup>
	入所(通所)者1人あたり 30.475 m <sup>2</sup> (延べ床面積÷定員)
(2) 居室数 (入所施設の場合)	個室 9 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 type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" 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 31年
(5) 主な設備	特定小規模施設用火災報知設備、連動火災通報装置、非常用照明、誘導灯、消火器、誘導標識、スプリンクラー、避難梯子

### 【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。

相談しやすいように、利用者の方に対しては日々の生活の中でそれぞれに声をかけ、何かあれば職員に申し出るように伝えている。グループホームで生活している利用者は全員法人の運営している生活介護事業所へ毎日通っているので、そちらでも職員とコミュニケーションを取り、信頼関係を深められるよう努めている。またその中で、「選挙に行ける」「手紙のやり取りができる」等、本人たちが当たり前のように自由に行えることなども説明している。

### 【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。

グループホームとさきでは歯科診療に関しては県のリハビリセンターに職員が利用者を送迎していたが、令和元年から月2回ほど訪問歯科診療（歯科医師と歯科衛生士がチームとなって）事業所に来ていただき歯科治療や口腔ケアを実施し、利用者の口腔衛生管理に取り組んでいる。

### 【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）