

## 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 9 月 28 日

|                  |                                                                                                                                                   |     |                  |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------|
| 設置・運営主体          | 社会福祉法人めぐみ会                                                                                                                                        |     |                  |
| 設置主体             |                                                                                                                                                   |     |                  |
| 経営主体             |                                                                                                                                                   |     |                  |
| 事業所名<br>(施設名)    | 障害者支援施設<br>かしの木ケアセンター（くろす）                                                                                                                        | 種別  | 共同生活介護           |
| 所在地              | 〒 354-0044<br>埼玉県入間郡三芳町北永井381-3                                                                                                                   |     |                  |
| 電 話              | 049-258-0061                                                                                                                                      |     |                  |
| FAX              | 049-258-0989                                                                                                                                      |     |                  |
| Email            | <a href="mailto:megumikai@kcc.or.jp">megumikai@kcc.or.jp</a>                                                                                      |     |                  |
| URL              | <a href="http://www/kcc.or.jp">http://www/kcc.or.jp</a>                                                                                           |     |                  |
| 施設長氏名            | 福應 渉                                                                                                                                              |     |                  |
| 調査対応担当者          | 高野 哲 (所属、職名：通所支援係)                                                                                                                                |     |                  |
| 利用定員             | 20 名                                                                                                                                              | 開設年 | 平成 28 年 10 月 1 日 |
| 理念・基本方針          | <p>社会福祉法人めぐみ会は地域と共に歩み、地域の福祉を担います。<br/>         私たちは地域の社会福祉の担い手として、共に暮らしている隣人たちと考え、創り、社会福祉活動を推進していきます。また社会福祉法人としてのあるべき姿を追求し、地域に必要とされる法人を目指します。</p> |     |                  |
| 開所時間<br>(通所施設のみ) | 9 : 00~17 : 00                                                                                                                                    |     |                  |

**【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       | 10名      | 3名       | 7名       | 5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    |
| 8名       | 4名       | 5名       | 6名       | 2名       | 3名       |
|          |          |          |          |          | 合計       |
|          |          |          |          |          | 54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              | 2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             | 36名 | 1名 | 名  | 1名 | 名  | 名  | 名  |
| 内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他） | 1名  | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  |
| 重複障害（別掲）          | 5名  | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  |
| 合計                | 44名 | 1名 | 名  | 1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  |
|-----|----|----|
| 12名 | 2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    | 1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  | 1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  | 1名 | 名  |
| 合計       | 1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   |
| 5名      | 1名      | 7名      | 6名      | 6名      | 29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： ）

**【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  | 15名    | 1名   | 名    | 名     | 名     |
| 非常勤 | 11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      | 11名  | 名    | 名     | 名     |
| 非常勤 | 名      | 6名   | 名    | 2名    | 1名    |
|     | 栄養士    | 介助員  | 調理員等 | 医師    | その他   |
| 常勤  | 1名     | 名    | 名    | 名     | 2名    |
| 非常勤 | 名      | 名    | 名    | 1名    | 1名    |

|       |    |      |
|-------|----|------|
| 社会福祉士 | 1名 | (0名) |
| 介護福祉士 | 8名 | (1名) |
| 保育士   | 1名 | (0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)

|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| <p>(例) 救護施設における通所事業 (定員5名)</p> <p>日中一時支援事業 (定員5名)</p> |
|-------------------------------------------------------|

**【ボランティア等の受け入れに関する事項】**

・令和 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

人

・ボランティアの業務

余暇活動の支援（傾聴、ボランティアコンサート）  
 ※2019年実績：延べ46人

**【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 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             | 277.5 m <sup>2</sup>                                               |                                                                           |
|                      | 入所(通所)者1人あたり                                                       | 13.8 m <sup>2</sup> (延べ床面積÷定員)                                            |
| (2) 居室数<br>(入所施設の場合) | 個室                                                                 | 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        | 平成                                                                 | 28年                                                                       |
| (5) 主な設備             | 医務室(1)、浴室(2)、洗面所(2)、便所(2)、<br>訓練・作業実(1)、食堂・多目的(1)<br>相談室(1)、静養室(1) |                                                                           |

### 【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。

- ・送迎時に直接ご家族より意見、要望を伺う。
- ・連絡ノートを通じて意見等を伺う。
- ・意見箱が設置されており、利用者の要望当を受け付けることができる。
- ・ご本人から直接相談や意見を伺う。
- ・年に1度3者面談の機会を設けている。
- ・個別支援計画のモニタリング（半年ごと）の際に、利用者から要望を伺う。
- ・CSで利用者、家族の意見を収集している。
- ・普段から利用者の話を聞いており、様子が違ったらお話を伺いようとしている。また、何かあればサビ寛に電話をしている家族が多く、窓口として機能している。

### 【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。

- ・医療的ケアのある方の受け入れ（気管切開、人工呼吸器、喀痰吸引、経管栄養）ができる。
- ・看護師を2名配置して医療的ケアのある方の受け入れ体制を整えている。
- ・理学療法士によるリハビリを週に4回提供できる。
- ・月～土曜日の週6日運営。祝日の運営（年間310日）
- ・入浴（特浴、チェア浴、個浴）設備の充実とサービス提供
- ・生産活動、MT（月）、カラオケ（火）、健康王国（水）、動の活動（木）、操作活動（金）、園芸活動、静の活動など、多彩なプログラムを提供し、利用者は選択的に参加が可能。個別の活動も可能。
  - ・主な活動を4大活動（にこやか活動・いきいき活動・げんき活動・おふろ）に位置付けて提供している。
  - ・ボランティアを活用した活動を提供している。

### 【第三者評価の受審状況】

- ・受審回数（前回の受審時期）

\_\_\_\_\_ 回 （平成 \_\_\_\_\_ 年度）