

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 11 月 20 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)	指定障害福祉サービス事業所かがやき	種別	生活介護・就労継続支援B型
所在地	〒 359-0004 所沢市北原町935-1		
電 話	04-2941-4105		
FAX	04-2935-3555		
Email	tsu-ogino@fujinomi.jp		
URL	http://www.fujinomi.jp/		
施設長氏名	田端昭彦		
調査対応担当者	荻野司 (所属、職名：係長)		
利用定員	30 名	開設年	平成 26 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、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)	8 : 30~16 : 30		

【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	12名	2名	0名	2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	7名	2名	2名	0名	2名
					合計
					37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	2名	名	1名	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）	名	名	名	名	名	名	名
合計	3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
30名	6名	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	1名	名	名
合計	1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	2名	4名	12名	18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： 3年7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	事務員	職業指導員	生活指導員
常勤	11名	1名	1名	1名	5名
非常勤	3名	名	名	名	2名
	目標工賃達成指導員	サービス管理責任者	保育士	看護師	OT、PT
常勤	1名	1名	名	1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	1名	名

社会福祉士	1名（名）
介護福祉士	1名（名）
保育士	5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）

0 人

・ボランティアの業務

--

【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	1 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	224.888 m ²			
	入所(通所)者 1 人あたり	7.49 m ² (延べ床面積÷定員)		
(2) 居室数 (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			2 - 3
	耐震			2 - 3
(4) 建築(含大改築)年	平成	26 年		
(5) 主な設備	就労継続支援B型作業室(1)・生活介護作業室(1) 医務室兼静養室(1)・多目的室兼相談室(1) 事務室(1)・更衣室(2)・手洗い(4)・トイレ(7)			

【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。

- ・利用者から要望があった際に、個別に意見を聞く時間を設けている。（随時）
- ・連絡ノートの利用。
- ・個別面談の実施。（※定期面談1回/年）
- ・行事・活動に関するアンケートの実施。

【その他特記事項】

-)
- 利用者1人1人の働く権利を尊重し、企業からの下請け作業、食品販売（団子の製造、販売：就労B型）を中心に支援を実施している。利用者全てが、仕事の役割（得意な作業）を持ち、やりがいをもって働けるような支援を行っている。
 - 小規模施設のメリットを活かし、年1回全体での外出を実施。その他、余暇活動（小集団外出・体験外出・誕生日会・季節行事等）を行っている。
 - 不定期ではあるが、近隣のゴミ拾いを利用者の運動（ウォーキング）を兼ねて行っている。

【第三者評価の受審状況】

- ・受審回数（前回の受審時期）

_____ 0 _____ 回 （平成 _____ 年度）