

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： 2024 年 1 月 14 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きらめき	種別	生活介護事業
所在地	〒 359-0001 埼玉県所沢市下富626-1		
電話	04-2941-2666		
FAX	04-2941-5959		
Email	i-saitou@fujinomi.jp		
URL			
施設長氏名	齋藤 一平		
調査対応担当者	山口 剛	(所属、職名：	きらめき主任)
利用定員	20 名	開設年	令和 2 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、組織として最大の能力を発揮する法人を創ります。</p> <p>●運営方針</p> <p>利用者のより豊かな生活を実現し、地域の要請に応える施設づくりを目指します。</p> <p>①生活の主体者としての利用者を支援します。 ②利用者の自己選択および自己決定を尊重します。 ③利用者の意向を的確に把握し、意向に応える質の高い福祉サービスを提供します。 ④利用者・保護者からの苦情・要望・相談には、迅速かつ適切な対応を行います。 ⑤情報公開により、施設管理の透明性を図ります。</p>			
開所/退所時間 (通所施設のみ)	平日8:30~16:30 ※祝祭日及び年末年始(12/29~1/3)を除く		

【利用者の状況に関する事項】

○利用者の年令

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	4 名	4 名	1 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
3 名	1 名	2 名	名	1 名	名
					合計
					16 名

○障害等の状況

・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	1名	名	名
肢体不自由	名	1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	1名	名	名	1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
14名	2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	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

～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
1名	名	4名	2名	9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： 2.8年)

【職員の状況に関する事項】

	総数	施設長	事務員	主任支援員	支援員
常勤	8名	1名	名	2名	4名
非常勤	1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	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	2名

○他の有資格者数

社会福祉士	1名	()名
介護福祉士	2名	()名
精神保健福祉士	1名	()名
保育士	名	()名
ヘルパー1級	名	()名
ヘルパー2級	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】

(例) 救護施設における通所事業 (定員5名)

- ・非該当

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

- ・令和4年度年度におけるボランティアの受け入れ数 (延べ人数)

8人

- ・ボランティアの業務

- ・作業援助 (分解、ポスティング)
- ・運動援助 (散歩、ダンス)

【実習生の受け入れ】

- ・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。

(1) 建物面積	416.99 m ²	
	入所(通所)者1人あたり	20.84 m ² (延べ床面積÷定員)
(2) 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
(3) 建築 (含大改築) 年	平成	15年

【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。

- ・利用者部会（利用者の意見集約をもとに今後の活動や行事の企画運営。3回（令和5年度）
実施内容：活動希望、行事メニューのリクエスト、ゲームなどのアイデア等）
- ・個人面談1月、2月実施予定
- ・保護者交流会3月実施予定
- ・連絡ノート、電話（毎日）

【その他特記事項】

【第三者評価の受審状況】

- ・合計受審回数 前回の受審時期

0 回 年度)