

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： 2023 年 12 月 8 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	生活介護事業 就労継続支援B型事業
所在地	〒 359-0004 埼玉県所沢市北原町935-1		
電 話	04-2941-4105		
FAX	04-2935-4881		
Email	ke-fukui@fujinomi.jp		
U R L	https://www.fujinomi.jp/shisetsu/kagavaki		
施設長氏名	栗原 志乃		
調査対応担当者	福井 健太	(所属、職名： サービス管理責任者)	
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> <ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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>●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> <ol style="list-style-type: none"> 生活の主体者としての利用者を支援します。 利用者の自己選択および自己決定を尊重します。 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。 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。 情報公開により、施設管理の透明性を図ります。 			
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)を除きます。		

【利用者の状況に関する事項】

○利用者の年齢

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	0 名	11 名	2 名	0 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
2 名	7 名	4 名	1 名	1 名	0 名
合 計					28 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	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）	1名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	1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
23名	4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	1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	1名	1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
名	1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
1名	1名	4名	7名	13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： 8.2年)

【職員の状況に関する事項】

	総数	施設長	事務員	サービス管理責任者	生活支援員
常勤	10名	1名	1名	1名	4名
非常勤	3名	名	名	名	2名
	職業指導員	目標工賃達成指導員	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

○他の有資格者数

社会福祉士	名 (名)
介護福祉士	2名 (名)
精神保健福祉士	名 (名)
保育士	3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) なし

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

- ・R5 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】

- ・R5 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	224.888 m ²	
	入所(通所)者1人あたり	7.5 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 26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。
- ・年4回、利用者部会（利用者の意見の集約の場）を実施している。集めた意見に基づいて、事業所での行事などを企画、運営している。（例：食事メニューのリクエスト、行事の際のゲームのアイデアを聞いている）

【その他特記事項】

- ・利用者1人ひとり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方）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、やりがいを持って働けるような支援を行っている。
- ・余暇活動（小集団外出、体験外出、利用者部会、季節行事）を行っている。
- ・

【第三者評価の受審状況】

- ・ 合計受審回数 前回の受審時期

1回 回 平成30 年度)