

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 6 年 10 月 1 日

設置・運営主体	春日部市		
設置主体			
経営主体	株式会社コマーム		
事業所名 (施設名)	春日部市立ふじ学園	種別	児童発達支援センター（福祉型）
所在地	〒 3440061 埼玉県春日部市粕壁5435－1		
電 話	048-754-4017		
FAX	048-761-7810		
Email	fujigakuen@ccomaam.jp		
U R L			
施設長氏名	高野香里		
調査対応担当者	高野香里 (所属、職名：)		
利用定員	60 名	開設年	令和 3 年 4 月 1 日
理念・基本方針			
ふじ学園の理念 「子どもの生きる力を育み、未来につなげる」 ・子ども一人ひとりの興味や個性、発達段階に寄り添います。安心できる環境の中、基本生活習慣の自立や他者とのコミュニケーション、運動機能の発達を育んでいけるよう、楽しい遊びを通して支援します。 ・保護者との信頼関係を丁寧に築き、いつでも相談できるあたたかな環境づくりをします。 ・地域包括（インクルージョン）の促進を行います。併設する八木崎保育所との連携・交流を行うと共に、近隣小中学校・高校・幼稚園・支援学校・事業所と連携し、切れ目のない支援を提供できるよう努めます。			
開所時間 (通所施設のみ)			

【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	24 名	1 名	0 名	0 名	3 名
非常勤	9 名	0 名	1 名	0 名	0 名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護師	OT、PT
常勤	0 名	0 名	14 名	2 名	3 名
非常勤	0 名	0 名	7 名	0 名	1 名
	栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	名	名	名	0 名	名
非常勤	名	名	名	2 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)

相談事業
保育所等訪問

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・ 令和 6 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

10 人

・ ボランティアの業務

- ・ 行事等の参加
- ・ 子どもとの遊び

【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 2 人

【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。

年に2回保護者アンケートを実施

【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）