

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 年 月 日

| | | | |
|------------------|---|-----|---------------|
| 設置・運営主体 | 社会福祉法人 所沢しいのき会 | | |
| 設置主体 | | | |
| 経営主体 | | | |
| 事業所名 (施設名) | 所沢どんぐりの家 | 種別 | 精神障害者通所授産施設 |
| 所在地 | 〒 359-0032 埼玉県所沢市若松町839-19 | | |
| 電話 | 050-3761-4347 | | |
| FAX | 04-2992-1928 | | |
| Email | tokodon@aalmund.ocn.ne.jp | | |
| URL | http://www.donguri-t.com/index.html | | |
| 施設長氏名 | 松川 泰三 | | |
| 調査対応担当者 | 松川 泰三 (所属、職名：所沢どんぐりの家 管理者) | | |
| 利用定員 | 40名 | 開設年 | 平成 15年 10月 1日 |
| 理念・基本方針 | 多様な福祉サービスがその利用者の意向を尊重して総合的に提供されるよう創意工夫することにより、利用者が、個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援することを目的とする。 | | |
| 開所時間 (通所施設のみ) | 8:00 ~ 18:00 | | |

【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 |
| 0名 | 0名 | 1名 | 0名 | 4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 |
| 4名 | 6名 | 6名 | 12名 | 6名 | 3名 |
| | | | | | 合計 |
| | | | | | 47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 | 名 | 1名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他） | 名 | 名 | 1名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 重複障害（別掲） | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 合計 | 名 | 1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 |
| 名 | 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 | 6名 | 1名 |
| そううつ病 | 名 | 4名 | 2名 |
| 非定型精神病 | 名 | 1名 | 名 |
| てんかん | 名 | 名 | 名 |
| 中毒精神病 | 名 | 名 | 名 |
| 器質精神病 | 名 | 名 | 1名 |
| その他の精神疾患 | 名 | 名 | 名 |
| 合計 | 名 | 11名 | 4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（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 |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 2名 | 5名 | 4名 | 2名 | 3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 |
| 3名 | 3名 | 2名 | 8名 | 2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 |
| 2名 | 名 | 3名 | 1名 | 4名 | 2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： 4～5年）

【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 | 7名 | 1名 | 名 | 1名 | 3名 |
| 非常勤 | 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 | 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 | 1名 | 名 | 1名 | 名 | 名 |
| 非常勤 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

| | |
|---------|--------|
| 社会福祉士 | 1名 (名) |
| 介護福祉士 | 名 (名) |
| 保育士 | 名 (名) |
| 精神保健福祉士 | 2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) |
|-------------------------|

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・令和 4年度におけるボランティアの受け入れ数 (延べ人数)

2人

・ボランティアの業務

| |
|--------|
| 授産作業補助 |
|--------|

【実習生の受け入れ】

・令和 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 | 412.98 m ² |
| | 入所(通所)者1人あたり 13.8 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 <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 15年 |
| (5) 主な設備 | エレベーター、障がい者用トイレ、シャワー |

【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。

月1回定期面談の実施

【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。

高工賃の支給に努めている

【第三者評価の受審状況】

・受審回数（前回の受審時期）

1 回 （平成 27 年度）