

## 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 3 年 6 月 29 日

設置・運営主体	株式会社アライズ		
設置主体	株式会社アライズ		
経営主体	株式会社アライズ		
事業所名 (施設名)	オークタウン	種別	就労継続支援A型事業所
所在地	〒 350-0824 埼玉県川越市石原町2丁目27-2 アルカディア岸107		
電話	049-298-8496		
FAX	049-298-8497		
Email	<a href="mailto:oak-town@mist.ocn.ne.jp">oak-town@mist.ocn.ne.jp</a>		
URL	<a href="https://www.oaktown-arise.com/">https://www.oaktown-arise.com/</a>		
施設長氏名	高崎正夫		
調査対応担当者	工藤悦子 (所属、職名： サービス管理責任者 )		
利用定員	20 名	開設年	平成 25 年 10 月 1 日
理念・基本方針	<p>人は他者と関わりあうことで、人生の喜びや楽しみ、苦しみを味わい生きていくこととなります。  さまざまなハンディキャップを持った方が『働く』ことを通して、  人生の喜びや社会とのつながりを感じていただけるよう、  そして将来の自立へ向けて、でき得る限りの支援を行っていくことを目的としています</p>		
開所時間 (通所施設のみ)	8 : 45 ~ 17 : 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
名	名	名	6名	3名	6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	5名	名	4名	2名	名
					合計
					28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	1名	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	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
1名	3名	4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	1名	6名	1名
そううつ病	名	2名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	2名	1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	2名	3名
合計	3名	11名	4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
1名	1名	5名	5名	3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
1名	6名	6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： 4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	3名	名	名	名	3名
非常勤	5名	名	名	名	5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	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	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）
-----------------------

**【ボランティア等の受け入れに関する事項】**

・ 令和 2 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】**

・ 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 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。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	102 m <sup>2</sup>
	入所(通所)者 1 人あたり 5.1 m <sup>2</sup> (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 年
(5) 主な設備	消火器、自動火災報知機、

### 【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。

モニタリング時に振返り、評価、意見の聞き取りを行っている。  
また、個別に聞き取りが必要と判断した時や、利用者から申し出があった際など、随時意見を伺う機会を設けている。

### 【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。

収益性を高めて、利用者に対して高賃金が構築できるよう目標にしている。その為、自主事業を中心に単価の高い業務を請けて行けるよう営業力に力を入れている。また利用者に対しても、収益状況や目標値が浸透出来るようミーティング等を行い意識の統一を図っている。事業内容はチラシ配布業務、EC販売業務、清掃業務、内装業務を行っている。それぞれで様々な業務を切り出し、利用者の特性に合わせて、得意な分野の業務を担ってもらえるよう工夫している。

### 【第三者評価の受審状況】

・ 受審回数（前回の受審時期）

0 回 （ 年度）