

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 7 年 12 月 20 日

設置・運営主体	社会福祉法人北友会		
設置主体	社会福祉法人北友会		
経営主体	社会福祉法人北友会		
事業所名 (施設名)	障害福祉サービス事業所フロス岩槻	種別	共同生活援助
所在地	〒 339-0056 埼玉県さいたま市岩槻区加倉285-1		
電話	048-748-5428		
FAX	048-748-5429		
Email	floss.iwatsuki@swc-hokuyukai.jp		
URL	https://www.watarisuzuranen.jp		
施設長氏名	渡辺 航平		
調査対応担当者	浜野 勇也 (所属、職名：フロス管理者)		
利用定員	10 名	開設年	令和 2 年 4 月 1 日
理念・基本方針			
<p>① 多様な福祉サービスの担い手としての責務を十分認識し、より高度な専門性を駆使して、ご利用者が満足できるサービスを提供します。</p> <p>② 職員は、基本的な心構えや日常の行動の在り方を考え、地域や利用者や家族の期待に応える努力をし、地域社会の一員として社会福祉の充実を目指します。</p> <p>③ サービスの質の向上と安定的な提供を確保できるよう堅実かつ効率的な経営に努めます。</p>			
開所時間 (通所施設のみ)			

【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	2名	1名	1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
0名	1名	2名	1名	0名	1名
					合計
					10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	3名	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	3名	名	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
7名	0名	名

※「A」には丸付きのAを含む。

○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
名	名	1名	1名	1名	0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
7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： 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	名	名	名	名
非常勤	10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	1名	5名	名	名	名
非常勤	名	10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	4名（ 2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)

- ・ 短期入所事業 (定員 6 名)

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・ 令和 7 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

掃除、洗濯、レク、話し相手

【実習生の受け入れ】

・ 令和 7 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	735 m ²		
	入所(通所)者1人あたり	45.93 m ² (延べ床面積÷定員)	
(2) 居室数 (入所施設の場合)	個室	10	室
	2人部屋	0	室
	3人部屋	0	室
	4人部屋	0	室
	5人以上の部屋	0	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	令和	2年	
(5) 主な設備	居室 事務所 宿直室 多目的室 キッチン トイレ シャワートイレ 車 いす用トイレ 倉庫 洗面台 浴室 脱衣所 更衣室 医務室 相談室 スプリンクラー 自火報 自火通 消火器 訓練用水消火器		

【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。

GHに関しては、各担当職員を配置し相談役になるよう支援を行っている。(担当者配置)

【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。

GHに関しては、強度行動障害の方も対象としている。

【第三者評価の受審状況】

・受審回数(前回の受審時期)

1 回 (令和 6 年度)