

## 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 8 月 1 日

設置・運営主体	コレパク株式会社		
設置主体	コレパク株式会社		
経営主体	コレパク株式会社		
事業所名 (施設名)	あおぞらホーム	種別	共同生活援助
所在地	〒 359-1147 埼玉県所沢市小手指元町2丁目27 - 9		
電 話	04-2968-9033		
FAX	04-2968-9034		
Email	<a href="mailto:info@corepac.co.jp">info@corepac.co.jp</a>		
URL	<a href="https://corepac.co.jp/">https://corepac.co.jp/</a>		
施設長氏名			
調査対応担当者	内川 宗竜	(所属、職名：代表取締役)	
利用定員	20 名	開設年	平成 29 年 9 月 1 日
理念・基本方針	<p>会社名の由来” concordia res parvae crescent”ラテン語で「小さなものも調和によって大きくなる」という考えのもと一人ひとりの可能性を広げていけるよう邁進していきます。</p> <p>障害福祉サービス提供事業者として”一人ひとりの個性”を大切にし、ご利用される皆様が求める人生を叶える事の出来る土台作りを支援していきます。</p> <p>1 ご利用者、職員、地域の幸福追求 2 仕事、学習、休養のバランス 3 当事者意識、自己の責任と権限で役割を全うする 4 障害福祉の機能体として役割を果たす 5 ご利用者の希望や願を応援する 6 適切な支援を常に検討し、意義ある形で深める 7 課題解決志向で、障害者を守る最後の砦となる</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
名	名	名	1名	1名	2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
1名	1名	3名	4名	6名	1名
					合計
					20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	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	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
6名	6名	1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	4名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	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	1名	名
合計	名	6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
名	2名	名	2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	1名	11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： 5.3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	2名	名	名	名	名
非常勤	24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	2名	名	名	名
非常勤	名	24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）

--

**【ボランティア等の受け入れに関する事項】**

・令和 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

人

・ボランティアの業務

--

**【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	435.297 m <sup>2</sup> (5ホームの合計)	
	入所(通所)者1人あたり	21.764 m <sup>2</sup> (延べ床面積÷定員)
(2) 居室数 (入所施設の場合)	個室	20 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 type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. <b>いいえ</b>	
	耐震 <input type="checkbox"/> 1. <b>はい</b> <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
(4) 建築(含大改築)年	平成 年	つじ平成7年、あおき平成5年、はだ平成8年、ねがみ平成12年、はらだ平成14年
(5) 主な設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リビング兼食堂</li> <li>・洗面所(1階1か所)</li> <li>・浴室/バルコニー</li> <li>・収納</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・台所</li> <li>・トイレ</li> <li>・エアコン</li> <li>・駐車場</li> </ul>

**【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。

**【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。

**【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）