

## 事業所プロフィール（障がい施設版）

1. 事業所名称：
2. 運営主体（法人名等）：
3. 事業所所在地：
4. 事業所の長の氏名（園長等）：
5. 連絡先  
電話：  
Fax：  
eメール：  
ホームページ：
6. 当該事業の開始年月日：
7. 同一事業所（同一敷地内または同一建物内で行われる事業を指す）で実施している同一運営主体の主な福祉サービス事業

8. 事業所が大切にしている考え方(事業所の理念や基本方針等を簡潔にお書きください。  
リーフレット等の資料を添付していただいても結構です。)

9. 現在の職員数（ 年 月 日現在）：  
 常勤職員数 \_\_\_\_\_人、 非常勤職員数 \_\_\_\_\_人（常勤換算 \_\_\_\_\_人）

10. 利用者数 \_\_\_\_\_人（ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日現在）  
 ・身体障がい（障がい者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障がい区分	1級	2級	3級	4級	5級
視覚障がい	名	名	名	名	名
聴覚・平衡機能障がい	名	名	名	名	名
音声・言語機能障がい	名	名	名	名	名
肢体不自由	名	名	名	名	名
心臓・腎臓等内部障がい	名	名	名	名	名
その他	名	名	名	名	名
計	名	名	名	名	名

・知的障がい（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。）

重度（A）	中度（B1）	軽度（B2）	計
名	名	名	名

11. 現在のサービス提供能力（利用状況）と利用者数

（以下のいずれかに○印をおつけください）

- ① サービスを希望しながら待っている人がかなりいる。
- ② ほぼサービス提供能力に見合った利用者数で、待っている人はほとんどいない。
- ③ サービス提供能力に余力があり、希望者があれば受け入れたい。

12. 施設の状況

(1) 居室の状況：

居室数： \_\_\_\_\_ 内、個室の数： \_\_\_\_\_

(2) 食堂の状況：

食堂の数： \_\_\_\_\_ 定員1人あたりの食堂面積： \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>/人

(3) 建築（含大改築）後の経過年数： \_\_\_\_\_年

(4) 施設の設定形態

- ・単独設置の場合：（ \_\_\_\_\_ 階建）
- ・他施設と併設の場合：  
 併設施設種別：  
 事業者施設の使用階数： \_\_\_\_\_階部分
- ・3年以内の大改築計画の有無：（ 有 ・ 無 ）

(5) 立地条件など

- ① 交通の便： \_\_\_\_\_ 駅から 徒歩、バス、その他（ \_\_\_\_\_ ）で \_\_\_\_\_ 分  
バス停 \_\_\_\_\_ から 徒歩 \_\_\_\_\_ 分
- ② 近隣の環境（スーパー等の建物や公園までの距離など）

13. 苦情解決の体制について

(1) 第三者委員設置の有無

- 設置している（委員数 \_\_\_\_\_ 人）      • 設置していない

(2) 第三者委員の活動状況（定期的な訪問を依頼しているような場合その訪問頻度等）：

(3) 苦情解決に向けての工夫（意見箱の設置、オンブズマンの導入等）について具体的に  
ご記入ください

14. 各種マニュアルの整備

- (1) 基本業務実施マニュアル（ 整備している      整備していない ）  
(2) 感染症対応マニュアル（ 整備している      整備していない ）  
(3) 事故発生対応マニュアル（ 整備している      整備していない ）  
(4) その他のマニュアル類がありましたらご記入ください

15. 事業所の特徴

サービス面で、他の事業所と比較をして優れていると思われる点、特徴があると思われる内容を3つ以内でお書きください。

①

②

③