

北海道福祉サービス第三者評価・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 2 年 8 月 31 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 旭川養成会		
事業所名 (施設名)	永山おおぞら認定こども園	事業 種別	認定こども園
所在地	〒 079-8415 旭川市永山5条15丁目8番13号		
電 話	0166-85-6992		
F A X	0166-85-6993		
E-mail	nagayama-oozora@cameo.plala.or.jp		
U R L	http://oozora-hoiku.jp/		
施設長氏名	近藤 葉子		
調査対応ご担当者	近藤 葉子 (所属、職名：園長)		
利用定員	本園：90名 1号認定：9名 / 分園：30名	開設年	平成 22 年 4 月 1 日
<p>理念・基本方針：子どもの視点に立ち、「子どもの最善の利益」を第一に考え、次代を担う子どもが心豊かにたくましく生きる力を身に付け、また、保護者や地域の子育て力が高まるよう拠点施設としての役割を担う。</p>			
<p>施設・事業所の特徴的な取組：菜園で自分達で育てたジャガイモを使って、年長組が親子クッキングでカレーを作りを楽しみます。また屋内プールで雨の日でもプール遊びで夏の間中楽しめます。3・4・5才児は体操教室で自然に体力・挨拶などを身につけ、4才以上は英語教室でゲームや遊びで英語に触れる機会をつくっています。</p>			
第三者評価の受審回数 (前回の受審時期)		0 回	(平成 年度)
開所時間 (通所施設のみ)	7:30~18:30		

【当該事業に併設して行っている事業】

【利用者の状況に関する事項】（令和2年4月1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（高齢者福祉施設、高齢者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	名	名	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
名	名	名	名	名	名
					合 計
					名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	名	名	名	名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
名	名	名	名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合 計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6か月未満	6か月～1歳未満	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児
1名	3名	22名	22名	22名	22名
5歳児	6歳児	合 計			
23名	名	115名			

○障がいの状況

- ・身体障がい（身体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
視覚障害	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	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
肢体不自由	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
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	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。）

最重度・重度	中度	軽度
名	名	名

- ・精神障がい（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	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	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	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
名	名	名	名	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
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：)

【職員の状況に関する事項】(令和2年 4月 1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長・管理者	事務員	副園長	補助員
常勤	29名	1名	1名	1名	名
非常勤	15名	名	名	名	2名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	名	21名	1名	名
非常勤	名	名	9名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	2名	名	2名	名	名
非常勤	名	名	2名	2名	名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	名 (名)
介護福祉士	名 (名)
保育士	21名 (9名)
看護師	1名 (名)
医師	名 (2名)

(非常勤職員の有資格者数は () に記入)

【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			m ²
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	年	
(4) 改築年	平成	年	

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	748.75	m ²	
(2) 園庭面積	844.87	m ²	
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。			
(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) 建築年	平成	22	年
(5) 改築年	平成	年	

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別（該当にチェック）	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制		
(2) 建物面積			m ²
(3) 敷地面積			m ²
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年	
(6) 改築年	平成	年	

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・令和 元 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

3 人

・ボランティアの業務

- ・クリスマス会のサンタクロース
- ・おもちつき会のおもちつき

【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）

保育士 5 人

看護実習 23 人

その他 _____ 人

【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。

各クラスの保育参観日に子どもと一緒に給食を食べていただき味付け、量、盛り付け等についてアンケートをお願いしている。また毎日の送迎時お話をさせていただいたり、年2回の保育懇談、特に意見をお願いしている。

【その他特記事項】