

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 6 年 12 月 13 日

経営主体 (法人名)	株式会社ライフマーカー		
事業所名 (施設名)	ジョブロジックあつべつ	事業種別	就労継続支援 (A型)
所在地	〒 004-0042 札幌市厚別区大谷地西5丁目7-20		
電 話	011-398-7814		
F A X	011-398-7815		
E-mail	joblogic_atubetu@yahoo.co.jp		
U R L	http://www.job-logic.net/		
施設長氏名	三浦 英充		
調査対応ご担当者	三浦 英充 (所属、職名： サービス管理責任者)		
利用定員	15 名	開設年	令和 6 年 4 月 1 日
理念・基本方針：“思い”を ”カタチ”に ジョブロジックは障がいを持つ方の大切な”思い”を、スタッフ・企業・地域であたたかく”カタチ”に育んでいく企業を目指します。			
施設・事業所の特徴的な取組：施設外就労先を通じて、利用者の皆さんの作業スキル向上を目指しています。また、仕事を通じて社会性を身につけ、自立に近づけるよう支援します。			
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)	8:00~17:00		

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名)

【利用者の状況に関する事項】（令和 6年 12 月 13 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	2名	2名	名	1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	5名	3名	1名	名	名
					合 計
					14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3か月未満	1歳3か月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合 計			
名	名	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	2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	2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	2名	1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	4名	名
そううつ病	名	1名	2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	名	1名
合計	名	6名	3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
11名	3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 6年 12月 13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	職業指導員	生活支援員
常勤	6名	1名	名	3名	1名
非常勤	名	名	名	名	名
	賃金向上達成指導員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	1名	名	名	名	名
非常勤	名	名	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	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	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	1名 (名)
介護福祉士	1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)

【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	92.74㎡		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	57年	
(4) 改築年	平成	年	

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	㎡		
(2) 園庭面積	㎡		
(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。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行つて外遊びを行っている。		
(3) 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
(4) 建築年	昭和	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	㎡		
(3) 敷地面積	㎡		
(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 _____ 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

【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。

毎月、第3土曜日に面談を実施しています。ひとり30分～1時間、担当の職員と個別に面談し、人間関係や健康状態、サービスに対する意見など、様々な問題についてお聞きしています。

【その他特記事項】