

## 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 3 年 9 月 1 日

設置・運営主体	社会福祉法人めぐみ会		
設置主体	社会福祉法人めぐみ会		
経営主体	社会福祉法人めぐみ会		
事業所名 (施設名)	グループホームすてっぷ いっぽ	種別	共同生活援助
所在地	すてっぷ 〒354-0044 埼玉県入間郡三芳町北永井375-5 いっぽ 〒356-0057 埼玉県ふじみ野市市沢1-8-8		
電話	049-266-5580		
FAX	049-266-5580		
Email			
URL	<a href="http://www.kcc.or.jp/">http://www.kcc.or.jp/</a>		
施設長氏名	北田 壮		
調査対応担当者	川崎 祐司 (所属、職名：主任)		
利用定員	24名	開設年	平成 20 年 4 月 日
理念・基本方針	自主性、社会性、自立心、3つの柱を中心に支援を提供します。		
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	名	5名	4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	3名	5名	2名	1名	3名
					合計
					24名

○老人福祉サービスの場合

60歳未満	60～65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満
名	名	名	名	名	名
85～90歳未満	90～95歳未満	95歳以上	合計		
名	名	名	名		

○保育所の場合（通常保育）

	定員	利用児童数	クラス数	1クラスあたり 平均児童数	1クラスあたり 平均保育士数
0歳児					
1歳児					
2歳児					
3歳児					
4歳児					
5歳児					
計				—	—

（注）1クラスあたり平均児童数は2クラス以上ある場合に記載。非常勤保育士等については常勤換算で計算。異年齢児クラスはその区分ごとに記載。

○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	2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	1名	名	名	名	名
肢体不自由	3名	1名	1名	名	1名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	6名	1名	2名	名	1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	10名	2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	1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	1名	名
合計	名	2名	名

○要介護区分の状況（介護保険対象サービス事業所のみご記入ください。）

自立・要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
名	名	名	名	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	2名	1名	1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	2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
10名	1名	5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： 9年11カ月 ）

【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	名	1名	名	1名	12名
非常勤	名	名	名	名	5名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護師	OT、PT
常勤	名	名	1名	名	名
非常勤	名	名	1名	名	1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	3名（ 名）
理学療法士	名（ 1名）
保育士	1名（ 1名）
社会福祉主事	2名（ 名）

ヘルパー2級 名（ 1名）

（非常勤職員の有資格者数は（ ）に記入）



(保育所の場合)		
事業名	実施の有無	利用料
乳児保育		—
延長保育		
休日保育		
障害児保育		—
一時保育		
地域子育て支援センター		
乳幼児健康支援一時預かり事業（病後児保育）		
アレルギー等対応給食		—
その他（事業名：		

（注）実施事業には有無欄に○を付し、利用料を記載する。自主事業も含む。

【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 \_\_\_\_\_ 人

・ボランティアの業務
------------

【実習生の受け入れ】

・平成

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			
			m <sup>2</sup>
	人所(通所)者1人あたり		m <sup>2</sup>
	個室	24	室 ※すてっぷ、いっぽ合算
	2人部屋		室
	3人部屋		室
	4人部屋		室
	5人以上の	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築(含大改築)年	すてっぷ:	2008年4月	
	いっぽ:	2010年10月	

○保育所の場合			
		m <sup>2</sup>	
	児童1人あたり	m <sup>2</sup> (計算式: 建物延べ床面積合計÷定員)	
		m <sup>2</sup>	
	児童1人あたり	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

苦情受付：管理者  
相談窓口：主任

【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）

\_\_\_\_\_ 0 \_\_\_\_\_ 回 （平成 \_\_\_\_\_ 年度）