

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15日	
設置・運営主体	サンステイ共生福祉株式会社		
設置主体			
経営主体	サンステイ共生福祉株式会社		
事業所名 (施設名)	サンステイ上福岡グループホーム	種別	共同生活援助
所在地	〒 356-0024 埼玉県ふじみ野市谷田2-4-17		
電 話	049-257-8490		
FAX	049-293-4432		
Email	<a href="mailto:arai.fujimino@sunstay.info">arai.fujimino@sunstay.info</a>		
U R L	<a href="https://sunstay.co.jp/">https://sunstay.co.jp/</a>		
施設長氏名	新井 良樹		
調査対応担当者	新井 良樹 (所属、職名： 管理者 )		
利用定員	14 名	開設年	令和 5 年 9 月 1 日
理念・基本方針			
<p>「誰一人取り残さない社会の実現」</p> <p>利用者満足のために その人にとって「心地よい暮らし」とは何かを一緒に探し続けます。 「選べること」「伝えられること」「尊重されること」を支援の軸にします。</p> <p>従業員満足のために 支援者自身が安心して働き、学び、誇りを持てる職場を作ります。 感謝と信頼を行きかうチームを目指します。</p> <p>地域共生のために 地域の一員として、誰にとっても開かれた場所であり続けます。 支援の輪を地域と共に育て、「支える人」「支えられる人」も曖昧に溶け合う関係性を大切にしま す。</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
0 名	0 名	1 名	0 名	2 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
0 名	4 名	0 名	1 名	0 名	0 名
					合 計
					12 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
1 名	1 名	0 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	3 名	名
そううつ病	名	1 名	1 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	1 名
合 計	名	5 名	2 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
8名	3名	1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】

○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	1名	0名	0名	0名
非常勤	8名	0名	0名	0名	0名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護師	OT、PT
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	3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）
看護師	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)

(例) 救護施設における通所事業 (定員 5 名)

なし

**【ボランティア等の受け入れに関する事項】**

・ 令和 6 年度におけるボランティアの受け入れ数 (延べ人数)

0 人

・ ボランティアの業務

今のところなし

**【実習生の受け入れ】**

・ 令和 6 年度における実習生の受け入れ数 (実数)

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 0 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	滝GH 114.85㎡ 谷田 157.32㎡ 鶴が丘 328㎡	
	入所(通所) 者1人あたり	滝GH 17.5㎡ 谷田 26.25㎡ 鶴が丘 72.4㎡
(2) 居室数 (入所施設の場合)	(延べ床面積÷定員)	
	個室	14 室
	2人部屋	0 室
	3人部屋	0 室
	4人部屋	0 室
(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(含大改築)年	滝GH 令和7年1月1日 谷田 令和5年9月1日 鶴が丘 令和6年2月1日	
(5) 主な設備	トイレ 2か所 洗面台 1～2か所 浴室 1か所 共用キッチンリビング 1か所 自動火災報知設備 消化器 誘導灯	

**【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。

職員間で24時間365日連絡が繋がる窓口を設置している。

・ 受審回数（前回の受審時期）

0 回 （平成 年度）