

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 4 月 29 日

設置・運営主体	E a s t o m 株式会社		
設置主体			
経営主体	同上		
事業所名 (施設名)	G R I T越谷教室	種別	放課後等デイサービス
所在地	〒 343-0813 埼玉県越谷市越ヶ谷1丁目12-19 柴田ビルⅡ 2階		
電 話	048-940-5199		
FAX	048-940-7797		
Email	koshigaya.grit@eastom.co.jp		
U R L	https://eastom.co.jp/		
施設長氏名	加藤 康平		
調査対応担当者	加藤 康平 (所属、職名： 管理者 兼 児童指導員)		
利用定員	10 名	開設年	令和 3 年 2 月 1 日
理念・基本方針	<p>お子さまが日常生活における基本動作や年齢相当の生活学力を習得し、集団生活に適応することができるよう支援サービスの充実を図っていきます。支援計画は、保護者と連携しながら、お子さまの「意向」、「身体」、「精神の状況」、「置かれている環境」、及び「その他の事情」を踏まえた上で作成します。これらの支援計画に基づく指導及び訓練を行うとともに、その効果について継続的な評価を実施し、お子さまに対して適切かつ効果的な支援サービスを提供します。</p>		
開所時間 (通所施設のみ)	月～金 10:30-19:30 土・学校休業日 9:00-18:00 ※休み[日・祝・12/30-1/3]		

【利用者の状況に関する事項】

6～10歳未満	10～13歳未満	13～16歳未満	16～19歳未満	19歳以上	
14名	9名	7名	名	名	名
					合計
					30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	1名	名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	1名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	名	1名	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
名	名	4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	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	1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
30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： 2.5か月）

【職員の状況に関する事項】

	総数	施設長	事務員	主任指導員	指導員
常勤	5名	名	名	1名	4名
非常勤	2名	名	名	名	2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	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）
	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)

無し

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・ 令和 2 年度におけるボランティアの受け入れ数 (延べ人数) 0人

— 人

・ ボランティアの業務

障害児に対する直接支援

【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) 0人

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。

(1) 建物面積	71.26 m ²
	入所(通所)者1人あたり 7.1 m ² (延べ床面積÷定員)
(2) 居室数 (入所施設の場合)	個室 室
	2人部屋 室
	3人部屋 室
	4人部屋 室
	5人以上の部屋 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	平成 5年
(5) 主な設備	相談室、指導訓練室、便所、手洗い場、給湯室、 消火設備(消火器・誘導灯・緩降機・非常警報設備)

【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。

毎年1月から2月の期間に、全利用者の保護者へアンケートを実施します。
3月末までにアンケート結果をとりまとめ、事業所ホームページ
(<https://eastom.co.jp/koshigaya/>)で公表します。

【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。

「学習」を中心とした活動を行っています。「勉強がわからない」、「授業についていけない」、「宿題がわからない」といったお子さまの発達・理解度・特性に応じた支援を行うため、専門知識を持ったスタッフが1対1～1対3の個別支援をしています。また、学習だけではなく社会生活に必要な能力も育てられるよう、他のお子さまとの療育活動を通して（3～6名の小集団活動）、ソーシャルスキルトレーニングを行っています。

【第三者評価の受審状況】

・ 受審回数（前回の受審時期）

_____ 0 _____ 回 _____（_____ 年度）