

## 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 8 年 2 月 5 日

設置・運営主体	社会福祉法人山鳥の会		
設置主体	社会福祉法人山鳥の会		
経営主体	社会福祉法人山鳥の会		
事業所名 (施設名)	グループホームあいびす	種別	共同生活援助
所在地	〒 344-0007 埼玉県春日部市小淵516-6		
電 話	048-795-4777		
FAX	048-795-4778		
Ema il	<a href="mailto:ibis@yamadorinokai.sakura.ne.jp">ibis@yamadorinokai.sakura.ne.jp</a>		
U R L	<a href="https://yamadorinokai.sakura.ne.jp/">https://yamadorinokai.sakura.ne.jp/</a>		
施設長氏名	岡崎 正英 (管理者)		
調査対応担当者	岡崎 正英 (所属、職名：グループホームあいびす 管理者)		
利用定員	20 名	開設年	令和 5 年 12 月 1 日
理念・基本方針			
<p>《法人の理念・基本方針》</p> <p>①「山鳥の願い」について          私たちが利用者様にどんな生活をしてほしいか、目指していることを表しています。          一つ目は、「人として当たり前の生活を送ってほしい」ということです。たとえば、毎日安心して暮らせることや、好きなことを楽しめることです。          二つ目は、「より自立的で主体的な生活」です。自分でできることは自分でやりたい、その気持ちを大切にします。          三つ目は、「みんなで助け合う生活」です。利用者様同士、職員も一緒に支え合っていくことを意味します。          四つ目は、「働くことなどを通じて、いつまでも自分の存在を感じられる生活」です。仕事や活動を通じて、自分らしさや役割を感じてほしいということです。</p> <p>②「山鳥の会が実現したいこと」          まず、利用者様も職員も地域の皆さんも、みんなが幸せになることを目指しています。          そして、仕事や学び、休む時間のバランスを大切にしてほしいと考えています。さらに、一人ひとりが自分の役割に責任を持って取り組むことが大事です。また、障害福祉の大切な役割を果たす組織として、皆様の期待に応えていきたいと思っています。          利用者様の希望や夢を応援し、適切な支援方法をいつも考え続けて深めていきます。そして、困ったときには、利用者様を守る最後の砦（とりで）になることを目標としています。</p> <p>③山鳥の会のスローガンについて          「ともに作る笑顔の毎日」です。これは、利用者様も職員も地域の方も、一緒に支え合い、笑顔あふれる毎日をつくってほしいという思いが込められています。</p> <p>◇春日部エリアスローガン          意思決定支援を理解し徹底しよう(叱らない！ご利用者が分かり易く選択しやすい声掛け(短い言葉とクローズドクエスチョン))          障害の理解を深めよう(先ず障害の種別を知り、個々の特性に目を向けよう！相手の立場に立って考えよう)          ストレスの根源を追求しよう(“水が漏れるのはヒビがあるから”ヒビがどこにあるかみんなで探してみんなで修復しよう！)</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	1名	3名	2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	2名	4名	0名	1名
					合計
					18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	1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	1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
2名	3名	1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	1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	2名
合計	名	1名	2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
0名	10名	8名	0名	0名	0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
0名	0名	0名	0名	0名	0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
0名	0名	0名	0名	0名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
0名	0名	0名	0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	0名	0名	0名	0名
非常勤	22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	0名	1名	0名	0名	0名
非常勤	0名	22名	0名	0名	0名
	栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	0名	0名	0名	0名	1名
非常勤	0名	0名	0名	0名	0名

社会福祉士	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)

**【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)

**【ボランティア等の受け入れに関する事項】**

・令和 7 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

--

**【実習生の受け入れ】**

・令和 7 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	61.97 m <sup>2</sup>
	入所(通所)者1人あたり 24.622 m <sup>2</sup> (延べ床面積÷定員)
(2) 居室数 (入所施設の場合)	個室 6(1室は職員室) 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	令和 5年
(5) 主な設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リビング兼食堂</li> <li>・台所</li> <li>・洗面所</li> <li>・トイレ</li> <li>・浴室/脱衣室</li> <li>・エアコン</li> <li>・住宅用消火器</li> <li>・住宅用火災警報装置</li> <li>・誘導灯</li> <li>・スプリネックス (A棟のみ)</li> </ul>

### 【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。

- ・巡回
- ・個別面談
- ・ノートや手紙での相談受付
- ・電話での相談受付

### 【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。

同法人他事業所との交流会（余暇）  
個別での余暇活動（買い物・映画等）

### 【第三者評価の受審状況】

- ・受審回数（前回の受審時期）

\_\_\_\_\_ 0 \_\_\_\_\_ 回 （令和 \_\_\_\_\_ 年度）