

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2 年 12 月 1 日

設置・運営主体	医療法人財団 良心会		
設置主体	医療法人財団 良心会		
経営主体	医療法人財団 良心会		
事業所名 (施設名)	キロロハイツ	種別	精神障害者グループホーム事業
所在地	〒 357-0063 埼玉県飯能市飯能 7 1 7		
電 話	042-980-5120		
FAX	042-980-5140		
Email	tomohiro-shiraiwa@narikidai.jp		
URL	http://www.narikidai.jp		
施設長氏名	白岩 智弘		
調査対応担当者	白岩 智弘 (所属、職名：施設長)		
利用定員	18 名	開設年	平成 24 年 10 月 1 日
理念・基本方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 福祉職員としての自覚を持ち、「和を以て貴しとなす」の理念の下、誠心誠意業務に励む。 2. 入居者様の権利を尊重し、優しさをもって業務にあたる。 3. 入居者様のプライバシーを尊重し、職務上の守秘義務を厳守する。 4. 組織人として規律を守り業務に精励し、良識をもって行動する。 5. 知識と技術の向上に励み、福祉の向上に努める。 		
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	1名	名	名	名	1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	2名	3名	2名	名	5名
					合計
					14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	3名	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	0名	9名	1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	名	名
合計	名	9名	1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	1名	2名	2名	2名	2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
1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
1名	1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	名	1名	名	1名	3名
非常勤	名	名	名	名	3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	1 名 (名)
保育士	名 (名)
精神保健福祉士	2 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】

・ 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】

- 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	718.08 m ²
	入所(通所)者1人あたり 39.89 m ² (延べ床面積÷定員)
(2) 居室数 (入所施設の場合)	個室 18 室
	2人部屋 0 室
	3人部屋 0 室
	4人部屋 0 室
	5人以上の部屋 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	昭和 63年
(5) 主な設備	多目的ホール、食堂兼キッチン2か所、浴室(個浴2か所)、大浴場、図書室、交流室、

【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。

ご意見箱の設置、週1回の利用者の個別面接の際、最後に「何かご意見やご要望はありますか」と確認するようにしている。

【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。

入居者様個人の考え方を尊重し、出来るだけ希望がかなえられる様に支援をするために、同じ職員が週に1回面談をするよう取り組んでいる。同じ職員が毎週面談を繰り返すことで各入居者様のニーズやその達成度合いが週単位で把握することができること、支援の継続性が保たれる利点がある。また、職員を半年単位でローテーションすることにより入居者様にとっては苦手な職員がいなくなることで、特定の利用者と職員が密接になることが避けられるのではないかと考えている。時には買い物と一緒に出掛けたり、一緒に部屋の掃除をしたりと個別支援にも力を入れている。

【第三者評価の受審状況】

・受審回数（前回の受審時期）

_____ 回 （平成 _____ 年度）