

## 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4 年 10 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717番地		
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			
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、良識を持って行動する。 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
0名	0名	0名	1名	0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
0名	1名	1名	3名	2名	3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	1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	1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
0名	2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	1名	8名	0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	1名	8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	1名	2名	1名	1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
1名	1名	0名	0名	2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	2名	0名	1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	7名	1名	0名	0名	6名
非常勤	0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	0名	0名	0名	0名
非常勤	0名	0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	0名
非常勤	0名	0名	0名	0名	1名

社会福祉士	0名（ ）名
介護福祉士	2名（ ）名
保育士	0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】**

・ 令和 4 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 4 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 <sup>2</sup>		
	入所(通所)者1人あたり	39.89 m <sup>2</sup> (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	平成	63年	
(5) 主な設備			

**【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。

週1回の利用者の個別面接、ご意見箱の設置、必要に応じ随時面接、世話人室をオープンにしていつでも職員の顔が見えるようにしている。

**【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。

有居者様の対応で職員により対応や支援の仕方が変わらないように担当制を導入し、首尾一貫した支援ができるように心掛けている。特に精神の病気の場合、職員により指示がまちまちになると体調を崩す原因となるためその点には特に配慮をしている。また、他の職員とも買物に一緒に行ったりして交流が取れるようにしている。受診同行も含め、入居者と共に過ごす時間を増やすよう努めてきた。

**【第三者評価の受審状況】**

・受審回数(前回の受審時期)

2 回 (令和 2 年度)