

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 10 月 17 日

設置・運営主体	社会福祉法人共愛会		
設置主体	社会福祉法人共愛会		
経営主体	社会福祉法人共愛会		
事業所名 (施設名)	共愛会グリーンハイツ	種別	共同生活援助
所在地	〒 348-0034 埼玉県羽生市大字下川崎1139-2		
電話	048-563-1041		
FAX	048-563-1056		
Email	gqwy64bd@cosmos.ocn.ne.jp		
URL	https://kyoaikai.or.jp/		
施設長氏名	大島卓哉		
調査対応担当者	大島卓哉 (所属、職名：グリーンハイツ 職名：管理者)		
利用定員	63 名	開設年	平成 5 年 4 月 1 日
理念・基本方針			
<p>○共愛会ミッション～Mission～ 私たちは社会福祉サービスの担い手としてその役割を果たし、地域と共に歩み続けます</p> <p>○共愛会ビジョン～Vision～ 笑顔、喜び、ぬくもり。感動 With hospitality</p> <p>○共愛会クレド～Credo～</p> <p>【Credo1】私自身、そして私の家族のために ～「ありがとう」を心に～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・明るく、笑顔で、元気よく、活気ある私自身であり続けよう。 ・謙虚な姿勢と感謝の気持ちを持って、家族に誇れる仕事をしよう。 ・安易で間違っただ道を選んではいけない、大切な家族のために困難でも正しい道を選ぼう。 <p>【Credo2】共に働く仲間のために ～「ありがとう」を分かち合おう～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・私が間違ったときは素直に認めよう。仲間が間違ったときは私がフォローしよう。 ・感謝の言葉を伝え、そして共に達成感を分かち合おう。 ・チームプレーを大切にして最高のサービスに繋げよう。 <p>【Credo3】利用者様、入居者様、園児のために ～「ありがとう」を探そう～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・笑顔で寄り添い耳を傾け、言葉にならない心の声を大切にしよう。 ・自分らしく過ごしていただきたい…豊かな人生。それが私たちのサービスレベルの基本でありたい。 ・喜んでいただきたい…この想い。ニーズを汲み取り、より付加価値の高いサービスを提供しよう。 <p>【Credo4】利用者様、入居者様、園児のご家族のために ～「ありがとう」をお届けしよう～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご家族に希望を届ける。情報を発信することで安心していただく。 ・ご家族の不安と寄り添う。ご家族と共に悩み、そして共に考えよう。 ・ご家族の願いを胸に。ご家族にも幸せになっていただく。 <p>【Credo5】地域のために ～「ありがとう」を発信しよう～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・様々な行事や活動を通して、地域へ感謝の想いを伝えよう。 ・正しい情報の発信、相互理解が利用者様、入居者様、園児の安心安全に繋がると考え、行動しよう。 <p>【Credo6】私たちの想い ～感動～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感動することの大切さを私たちは知っています。 ・感動が人に与える力を私たちは信じています。 ・それが私たち全職員の行動基準の要です。 			
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	名	名	1名	1名	3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
3名	8名	14名	12名	6名	13名
					合計
					61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	1名	名	1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	1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
15名	40名	6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
名	名	名	名	2名	1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
4名	5名	1名	名	2名	1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	2名	名	名	名	3名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
2名	名	1名	37名		

（平均利用期間： 15.6）

【職員の状況に関する事項】

○成人施設の場合

	総数	管理者	サビ管	生活支援員	世話人
常勤	34名	1名	※1名	16名	17名
非常勤	18名	名	※2名	4名	13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	2名 (名)
介護福祉士	名 (名)
保育士	名 (名)
	名 (名)
	名 (名)

※管理者とサビ管 常勤1兼務
 ※サビ管と生活支援員 非常勤1兼務

(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)

【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

【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	474.06 m ²	
	入所(通所)者 1 人あたり	67.7 m ² (延べ床面積÷定員)
(2) 居室数 (入所施設の場合)	個室	7 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	食堂、浴室、脱衣場、洗面所、トイレ、台所、宿直室	

【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。

・日々の生活の中での聞き取りや汲み取り

【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。

利用者個々の想いを汲み取り、ニーズに対してチームでアプローチを行い利用者の想いを形にしていく支援を心掛けている。個別外出支援や買い物支援、余暇支援等様々な形で支援の提供を行っている。
利用者の年齢層も幅広い為、利用者個々の状況に合わせて利用者が快適に安心して過ごせるように環境の整備を行っている。

【第三者評価の受審状況】

・受審回数（前回の受審時期）

0 回 （平成 年度）