

## 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 6 年 6 月 3 日

設置・運営主体	社会福祉法人きらり彩愛会		
設置主体			
経営主体	同上		
事業所名 (施設名)	スタジオR i c h	種別	生活介護
所在地	〒 340-0156 埼玉県幸手市南一丁目3430番地1		
電 話	0480-42-5011		
FAX	0480-44-9815		
Email	<a href="mailto:kirarisai.101@outlook.jp">kirarisai.101@outlook.jp</a>		
U R L	<a href="https://www.kirarisai.or.jp">https://www.kirarisai.or.jp</a>		
施設長氏名	久野理奈		
調査対応担当者	玉村忠士 (所属、職名：総務部主任)		
利用定員	20 名	開設年	令和 5 年 4 月 12 日
理念・基本方針			
利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、利用者の意向、適性、障害の特性その他の事情を踏まえて個別支援計画を作成し、これに基づき利用者に対して障害福祉サービスを提供するとともに、その効果について継続的な評価を実施することその他の措置を講ずることにより利用者に対して適切かつ効果的に障害福祉サービスを提供する。			
開所時間 (通所施設のみ)	9:00-16:00		

## 【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	3 名	0 名	0 名	1 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
2 名	1 名	3 名	1 名	0 名	0 名
					合 計
					13 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）	1名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	1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
5名	2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	2名	2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	名	名
合計	2名	2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
7名	3名	3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： ）

【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	5名	1名	1名	0名	0名
非常勤	4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	4名	0名	0名	0名
非常勤	0名	2名	0名	1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	1名	0名

社会福祉士	1名（名）
介護福祉士	0名（1名）
保育士	0名（名）
サービス管理責任者	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)

### 【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・ 令和 5 年度におけるボランティアの受け入れ数 (延べ人数)

8 人

---

・ ボランティアの業務

利用者のサポート

- ・ ご利用者様との対話
- ・ アート活動やミュージックセラピーの活動と一緒に参加
- ・ お米の検品

### 【実習生の受け入れ】

・ 令和 5 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 13 人 (久喜特別支援学校10名・春日部特別支援学校3名)

### 【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	227.31 m <sup>2</sup>	
	入所(通所)者1人あたり	11.3655 m <sup>2</sup> (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	令和	5年
(5) 主な設備	生活介護施設 木造平屋1階建て	

### 【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。

普段、作業をしている時やアート活動をしている時等、休憩時間の時等はできる限り傾聴し、皆さんの希望や要望等を把握するように努めています。  
ご家庭やグループホームさんへの送迎時に、ご家族との会話の中で、ご利用者様に関するお話をお聴きしたり、時々保護者の方々とお茶会(特に保護者会はつくっていませんので)をして、情報交換をしています。  
また、支援学校の先生やグループホームのスタッフさんが来所した時は、ご利用者様の情報や要望等の情報交換をしています。

### 【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。

・ご近所様や近隣地域の方への“みんなのかふえ”や“駄菓子屋さん”、“雑貨屋さん”で、地域の方々との交流をはかっています。また、ご利用者様のご家族やグループホームのスタッフさんや、他事業所の方々にもご利用いただいています。  
・アクアリウムを、アディクションの会の方(アルコール等の依存を克服した方々の集まり)と、ご利用者様が一緒に管理し、相互理解をはかっています。  
・お米の納品(茂蔵豆富幸手店さんや地域のご家庭に)をご利用者様と行っています。  
・月に1回、音楽療法の先生方を招いてミュージックセラピーを開催しています。HPにも予定を告知し、どなたでも参加できる行事にしています。  
・お米検品でコーヒーが飲めるボランティア、“米de珈琲”は毎日受付。  
・市内の日本保健医療大学 保健医療学部 看護学科の看護学実習(臨地実習)の受け入れをしています。1グループ6日間で半年間。今後も毎年受け入れを予定しています。

**【第三者評価の受審状況】**

・ 受審回数（前回の受審時期）

    0     回 （平成          年度）