

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： 2023 年 7 月 1 日

設置・運営主体	所沢市		
設置主体	社会福祉法人皆成会		
経営主体	社会福祉法人皆成会		
事業所名 (施設名)	所沢市立キャンバス	種別	生活介護
所在地	〒 3 5 9 - 0 0 0 1 埼玉県所沢市下富 6 5 3 - 5		
電 話	04-2943-6110		
FAX	04-2943-6118		
Email	canvas@fukusikaiseikai.or.jp		
URL			
施設長氏名	若林稔		
調査対応担当者	若林稔 (所属、職名： キャンバス、施設長)		
利用定員	50 名	開設年	平成 4 年 4 月 1 日
理念・基本方針			
運営理念 私達は、利用者の人権を尊重すると共に、生命(いのち)と健康を守ります。さらに、利用者の主体性を大切に、喜びと幸せづくりを目指していきます。			
基本方針 1. 利用者の人権を尊重し、より良い日中活動の場を提供します。 2. 利用者の地域生活を継続していくための支援。 3. 地域に根差した運営の確立。			
開所/退所時間 (通所施設のみ)	9 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0		

【利用者の状況に関する事項】

○利用者の年齢

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	8名	10名	2名	4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
6名	10名	9名	4名	名	1名
					合計
					57名

○障害等の状況

・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	1名	1名	1名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	1名	名	名	名	名	名
肢体不自由	17名	3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	17名	4名	1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
31名	1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	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	名	名
合計	名	名	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

～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
5名	名	1名	2名	3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
4名	名	5名	1名	1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
1名	名	名	名	1名	1名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	名	名	28名		

(平均利用期間： 13.1年)

【職員の状況に関する事項】

	総数	施設長	事務員	主任指導員	指導員
常勤	23名	1名	1名	2名	14名
非常勤	7名	名	名	名	2名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護師	OT、PT
常勤	名	名	名	2名	名
非常勤	名	名	名	名	2名
	栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	1名	名	1名	名	1名
非常勤	名	名	2名	1名	名

○他の有資格者数

社会福祉士	3名 (名)
介護福祉士	10名 (1名)
精神保健福祉士	名 (名)
保育士	名 (名)
ヘルパー1級	名 (名)
ヘルパー2級	1名 (1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】

(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）

3 人

・ボランティアの業務

利用者さんとの日中活動のお手伝い。

【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 1 人

介護福祉士 人

その他 2 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。

(1) 建物面積	1052.28	m ²
	入所(通所)者1人あたり	21 m ² (延べ床面積÷定員)
(2) 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	
(3) 建築(含大改築)年	平成	4年

【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。

- * 個別支援計画評価時における本人・家族からの意見を聞く。
- * 利用時の連絡ノートでの本人・家族からの意見を聞く。
- * 保護者会での家族からの意見を聞く。
- * 利用者自治会での本人からの意見を聞く。

【その他特記事項】

【第三者評価の受審状況】

・合計受審回数 前回の受審時期

5年間 2 回 (令和2年度)