

グループホームにおける利用者の退所の実態に関する調査へのご協力をお願い

グループホーム 施設長 殿

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。また、平素より当法人の事業運営にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当法人では、厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業を受けて、平成28年度から2か年の計画で、障害者福祉施設およびグループホーム利用者の実態把握、利用のあり方に関する研究を行っております。

今年度は、グループホームにおける利用者の退所の実態に関する調査を実施し、今後の障害者の住まい等を考えるうえでの基礎資料の充実を図りたいと考えております。ご多忙中のところ恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

平成29年 8月

独立行政法人

国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

事業企画局研究部長 志賀利一

●お送りした物

1. 調査へのご協力をお願い（片面1枚）及び「グループホームにおける利用者の退所の実態に関する調査」票（両面1枚）

2. 返信用封筒 1枚 計 A4用紙2枚＋封筒1枚

●記入上のお願

- 調査票上部の記入例を参考にしてください。
- 同封の返信用封筒にて**平成29年8月21日（月）**までにご投函ください。切手は不要です。
- FAX**で回答される場合は、**事業所名・電話番号**が明記されていることをご確認の上ご送信ください。
- 記入欄が足りない場合は、お手数ですが調査票をコピーしてご利用頂くか、下記**E-Mail**までご連絡ください。**Excelシート**をお送り致します。
- 本調査に関する疑問やご不明な点がございましたら、下記の問い合わせ先にご連絡ください。

●本研究事業について

本研究は、障害者の居住のあり方と必要とされる支援や支援のネットワーク作りについて、実態調査を通して明らかにすることを目的に、障害者支援施設、グループホーム、相談支援事業所、当事者等を対象に5つの調査を行い、障害者総合支援法附則第3条の見直しにおける「新たな地域生活の展開」へ向けての提言を行うものです。

●本調査の目的

グループホームを退所する人の理由や状態像を調査し、居住の場に関する意向について考察することを目的としています。ご記入いただいた情報は、本研究以外では使用いたしません。また、研究結果の公表に当たっては事業所名等の匿名性を保ち行います。

●本件に関する問い合わせ先

国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 研究部

担当：志賀・古屋・信原・岡田

TEL:027-320-1445（土・日・祝を除く8時30分～17時15分）

FAX:027-320-1391

E-Mail: furuya-kazu@nozomi.go.jp

●当法人に関する情報

ホームページをご参照ください。 URL：<http://www.nozomi.go.jp/>

平成29年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業
グループホームにおける利用者の退所の実態に関する調査

I. 平成29年8月1日現在の貴事業所についてご記入ください。

事業所名		電話番号	()	記入者氏名	
		メールアドレス	@		

II. 平成29年8月1日現在の貴事業所が運営するグループホームの利用者についてご記入ください（複数回答可）。

貴事業所が運営する グループホーム数	ホーム	グループホーム 総定員数	人	グループホーム 利用者総数	人
-----------------------	-----	-----------------	---	------------------	---

グループホーム利用者 の取得手帳	身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳	なし	不明
	人	人	人	人	人

※複数の手帳を取得されている利用者がいらっしゃる場合は、それぞれに人数を加えてください。

グループホーム利用者 の支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	なし	不明
	人	人	人	人	人	人	人	人

グループホーム利用者 の年齢	18歳未満	18～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～74歳	75歳以上
	人	人	人	人	人	人	人	人	人

裏面にも設問がございます 

Ⅲ. 平成28年4月から平成29年3月までに、退所した方についてご記入ください（死亡退所を含む）。ただし、同一事業所内のグループホーム間の移動は除く。

Ⅲ. 該当なし

記入例	性別	退所時の年齢	退所時の障害支援区分※	利用期間	所持手帳	退所理由	退所後の居住の場		退所を相談した人		退所の動機		退所理由 (具体的にご記入ください)
							No	その他(記入)	No	その他(記入)	No	その他(記入)	
	男・女	65	3	3年6ヶ月	1と2	死亡他	1	姉	3	1と2			・通勤先に近い住まいへ転居のため ・本人の介護度が上がったため ・GHの規約に違反することが多くなったため
1	男・女			年 ヶ月		死亡他							
2	男・女			年 ヶ月		死亡他							
3	男・女			年 ヶ月		死亡他							
4	男・女			年 ヶ月		死亡他							
5	男・女			年 ヶ月		死亡他							
6	男・女			年 ヶ月		死亡他							
7	男・女			年 ヶ月		死亡他							
8	男・女			年 ヶ月		死亡他							
9	男・女			年 ヶ月		死亡他							
10	男・女			年 ヶ月		死亡他							

※平成26年3月31日までは「障害程度区分」となります。

下記の基準を参照いただき、該当する番号をご記入ください

《所持手帳》

●複数回答可

1. 身体障害者手帳
2. 療育手帳（みどりの手帳、愛の手帳）
3. 精神障害者保健福祉手帳
4. なし
5. 分からない

《退所後の居住の場》

1. 自宅同居（※右に同居者を記入）
2. 自宅単身
3. 同一法人内他事業所の障害者グループホーム
4. 他法人の障害者グループホーム
5. 障害者支援施設
6. 老人福祉施設・老人保健施設
7. 一般病院
8. 精神科病院
9. その他（※右に具体的記入）

《退所の相談をした人》 ●複数回答可

1. 家族
2. 親族
3. グループホームの職員・世話人
4. 退所先の事業所
5. 相談支援事業所（同一法人）
6. 相談支援事業所（他法人）
7. 地域包括支援センター
8. ケアマネジャー
9. 市町村担当者
10. その他（※右に具体的記入）

《退所の動機》

●複数回答可

1. 本人の希望
2. 家族の希望
3. 親族の希望
4. 友人・知人の勧め
5. 相談支援員の勧め
6. 事業所の勧め
7. その他（※右に具体的記入）