

## 日中サービス支援型共同生活援助事業の実施に向けた共同生活援助事業所の実態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30年度から2か年の計画で、障害者総合支援法の見直しに向けたサービスの実態の把握及び効果の検証のための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重度障害者の利用の実態調査を実施し、多様化したグループホーム利用者へのサービスの効果と検証を行うための基礎資料にしていき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30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 日 詰 正文

## ●お送りした物

1. 本状 (A4横片面1枚)
  2. 調査票 (A4横片面1枚)
  3. 記入例 (A4横片面1枚)
  4. 返信用封筒 1枚
- 計 A4用紙3枚+封筒1枚

## ●記入上のお願い

- ご記入は**グループホームの管理ご担当者様**にお願い致します。
- 別紙の調査票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30年9月10日(月)**までにご投函ください。  
切手は不要です。**返信はA4の調査票のみ**で結構です。
- FAXで回答される場合は、**事業所名・電話番号**をご確認の上ご送信ください。
- 記入欄が足りない場合は、欄外または裏面にご記入ください。
- 複数のグループホームを運営されている場合は、全体の合計数を基にご記入ください。
- 本調査に関する疑問やご不明な点がございましたら、下記にお問い合わせください。

## ●本研究の目的

本研究は、「障害者総合支援法の見直しに向けたサービスの実態の把握及び効果の検証のための研究」の一環として、「日中サービス支援型共同生活援助事業の実施に向けた共同生活援助事業所の実態調査」を2年計画で行うものです。本年度は、「グループホームにおける重度障害者の利用実態に関する研究」として、グループホームの運営状況、職員及び利用者の状態等を明らかにして、次期報酬改定の基礎資料とすることを目的としております。なお、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。なお、当アンケートは、自由意思による参加となります。ご返信をもって、調査の趣旨をご理解頂けたものとみなさせていただきます。

## ●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：日詰・古屋・岡田・佐々木

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/>

# グループホームにおける重度障害者の利用実態に関する調査票

I. 平成30年8月1日現在の貴事業所についてご記入ください。また、事業所の類型は当てはまる者に○をしてください。

事業所名	電話番号	( )	記入者氏名
	メールアドレス	@	

II. 平成30年8月1日現在の貴事業所が運営するグループホーム（全体）の利用者についてご記入ください（サテライト利用者は含めない）。なお、短期利用者数は※の設問以外は含めないでください。

貴事業所が運営するグループホーム数	分類	ホーム数	定員数	利用者数	※短期入所を併設していますか	はい	※短期入所を稼働していますか	はい	強度行動障害の利用者数 (関連項目10点以上)	人
	外部サービス利用型	ホーム	人	人		いいえ		いいえ		
	介護サービス包括型	ホーム	人	人						
	日中サービス支援型	ホーム	人	人						

介護保険利用者数	人	介護保険で利用しているサービス	サービス名と人数（複数回答可）	常時利用者	人	身体障害を併せ持つ利用者の障害の種類と人数（複数回答可）	(下記種類番号/人数)					
				車椅子利用者数	人		( / 人)( / 人)( / 人)	( / 人)( / 人)( / 人)	( / 人)( / 人)( / 人)	( / 人)( / 人)( / 人)		
				歩行との併用者	人							
				(内自走できない方)	人							

以前に精神科病院に1年以上入院していた利用者数	人	以前に障害者支援施設に1年以上入所していた利用者数	人	医療的ケアが必要な利用者数	人	日中支援が必要な利用者数	人	日中支援加算 I 相当	人	①視覚障害 ②聴覚又は平衡機能の障害 ③音声機能、言語機能障害 ④肢体不自由(上肢) ⑤肢体不自由(下肢) ⑥心臓機能障害 ⑦じん臓機能障害 ⑧呼吸器機能障害 ⑨膀胱、直腸の機能障害 ⑩小腸機能障害 ⑪免疫機能障害 ⑫その他( )
								日中支援加算 II 相当	人	

ヘルパーサービスを使っている利用者数	人	日中活動系サービス等利用者数（複数回答可）	①療養介護 ( ) ②生活介護 ( ) ③自立訓練 ( ) ④就労移行 ( ) ⑤就労継続A型 ( ) ⑥就労継続B型 ( ) ⑦就労定着支援 ( ) ⑧自立生活援助 ( ) ⑨一般就労 ( ) ⑩その他(内容 / 人)	日中活動系サービス等利用日数	週1日利用 人 週2日利用 人 週3日利用 人 週4日利用 人 週5日以上利用 人
--------------------	---	-----------------------	---	----------------	---

III. 平成30年8月1日現在の貴事業所が運営するグループホーム（全体）の職員情報及び、施設の設備をご記入ください。1日の勤務日数・時間は平成30年4月1ヶ月間の1日平均でご記入ください。

職員総数	常勤職員	人	1日に勤務する職員数	常勤職員	人	非常勤職員	人	職員の保持資格（複数回答可）	①社会福祉士 ( ) ②精神保健福祉士 ( ) ③介護福祉士 ( ) ④なし ( )、 ⑤その他(職種名 / 人)	《施設建物で重度対応の設備等がありましたら、具体的にお書きください》
	非常勤職員	人		非常勤職員	人					

強度行動障害支援者養成研修修了職員数（複数回答可）	基礎研修	人	略痰吸引等研修修了職員数（複数回答可）	第1号	人	1日の宿直職員数	常勤職員	人	1日の夜勤職員数	常勤職員	人	夜間支援等体制加算の種類 ※複数回答	I II III	事業所に所属する看護師数	常勤職員	人	看護師の1日の勤務時間	常勤職員	時間	非常勤職員	人	非常勤職員	時間
	実践研修	人		第2号	人		非常勤職員	人		非常勤職員	人		非常勤職員		人								

IV. 貴事業所が運営するグループホーム（全体）で平成30年8月1日現在の加算取得状況をご記入ください。選択肢はいずれかに○をしてください。

重度障害者支援加算対象者数	取得している	加算の種類	I、II、III、IV、V	複数のGHを運営しているGH数	ホーム	福祉専門職配置等加算	取得している	加算の種類	I II III	複数のGHを運営しているGH数	ホーム
	取得していない						取得していない				

《グループホームの今後の課題についてご自由にお書きください。》

重度障害者支援加算対象者数	人	自立生活支援加算対象者数	人	地域生活移行個別支援特別加算対象者数	人
---------------	---	--------------	---	--------------------	---

ご協力ありがとうございました。