令和元年度　山口県グループホーム実態調査

〔　平成31年4月1日現在　〕

 一般財団法人　山口県知的障害者福祉協会

① 本調査は住居（ホーム）単位ではなく、**指定事業所単位**でご回答ください。

② 調査用紙が不足する場合には、お手数ですがコピーの上ご回答ください。

③ 設問には特別な指定がない場合にはすべて平成31年4月1日現在で記入してください。

④ 空欄には記入を、選択肢には○・「**ν**」チェックをつけてください。

Ⅰ．事業所の状況

|  |  |
| --- | --- |
| １．事業所の名称 |  |
| ２．事業所所在地 | 　　　　　　　　　　　市・町・村 |
| ３．運営主体（法人等） | 名称 | 　 |
| 区分 | □１．地方自治体　　□２．社会福祉法人　　□３．ＮＰＯ法人　　□４．その他 |
| ４．運営主体の形態 | □１．グループホーム単独　　　　□２．入所系　　　□３．通所系　　　□４．宿泊型自立訓練□５．地域生活支援センター等　　□６．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５．事業所の定員及び利用者数 | 定員 [　　　　]名 | 平成31年4月1日現在の利用者数 | 合計　[　　　　　]名男性　[　　　　　]名　女性　[　　　　　]名　　 |
| ６．ホーム数等 | 計[　　 　]ホーム | ①介護サービス包括型 [　　　　　]ホーム 利用者計[　　　　　]名②外部サービス利用型 [　　　　　]ホーム　利用者計[　　　　　]名③日中サービス支援型 [　　　　　]ホーム　利用者計[　　　　　]名 |
| Ⅱ．建物の状況 |
| １．建物の所有状況※複数選択可※[　]ホームに共同住居の数を記入してください。 | □１．運営主体所有 →□ａ.グループホーム用に新築　　[　　　]ホーム　　□ｂ.転用　　[　　　]ホーム □ｃ.その他（　　　　）　[　　　]ホーム□２．公営住宅を借用　→□ａ.都道府県　[　　　]ホーム　□ｂ.市区町村　[　　　]ホーム□ｃ.その他（　　　　　　　　　）[　　　]ホーム□３．民間賃貸住宅を借用→□ａ.グループホーム用に新築　[　　　]ホーム　　□ｂ.改築　[　　　]ホーム □ｃ.ほぼ現状のまま使用　[　　　]ホーム□４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） [　　　]ホーム |
| ２．建物の構造　※複数選択可 | □１．一戸建て　　　　　　　 　[　 　]ホーム□２．集合住宅（ﾏﾝｼｮﾝ･ｱﾊﾟｰﾄ等）[　　　]ホーム ※１つの建物内に複数のホームを持つ場合には、ホーム単位で数える□３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[　　　]ホーム |
| Ⅲ．利用者の状況　※印（★）の箇所は同じ数字になるようにしてください |
| １．障害支援区分 | 非該当 | 区分１ | 区分２ | 区分３ | 区分４ | 区分５ | 区分６ | 未認定 | 計 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | ★ | 名 |
| ２．年　齢 | 20歳未満 | 20歳～ | 30歳～ | 40歳～ | 50歳～ | 60歳～ | 65歳～ | 75歳～ | 計 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | ★　　　　名 |
| ３．日中活動の状況 | 日中活動の場 | 人数 | 日中活動の場 | 人数 |
| １．生活介護 |  | ６．一般就労 |  |
| ２．就労移行支援 |  | ７．通所介護等（介護保険） |  |
| ３．就労継続支援Ａ型 |  | ８．その他の活動 |  |
| ４．就労継続支援Ｂ型 |  | ９．グループホームのみ（日中活動なし） |  |
| ５．地域活動支援センター |  | 計 | ★ | 名 |
| ４．工賃・給与等の受給状況※年金等は含まず、昨年度1年の平均月額を回答。受給状況等で変わる場合は平均を回答 | 工賃（給料）受給額／月額 | 人数 | 工賃（給料）受給額／月額 | 人数 |
| １．受給なし（０円） |  | ５．20,000円以上50,000円未満 |  |
| ２．5,000円未満 |  | ６．50,000円以上70,000円未満 |  |
| ３．5,000円以上10,000円未満 |  | ７．70,000円以上 |  |
| ４．10,000円以上20,000円未満 |  | 計 | ★　　　 名 |
| ５．年金等受給状況（障害基礎年金） | 受給なし | 1級年金 | ２級年金 | 生活保護受給 | 計 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 　　　　名 |
| ６．矯正施設等を退所した利用者数 | １．刑務所 |  | ５．少年鑑別所 |  |
| ２．少年刑務所 |  | ６．婦人補導院 |  |
| ３．拘置所 |  | 計 | 名 |
| ４．少年院 |  |
| ７．執行猶予・不起訴等 となった利用者数 | １．保護観察付執行猶予 | ２．執行猶予 | ３．不起訴・起訴猶予 | 計 |
|  |  |  | 名 |

|  |
| --- |
| Ⅳ．利用者負担の状況　※利用者個人の平成30年度1年間の平均月額を回答してください |
| １．総負担額※実負担額（助成後）※利用料自己負担額家賃+水光熱費+食費+その他 | 3万円未満 | 3万円以上4万円未満 | 4万円以上　　5万円未満 | 5万円以上6万円未満 | 6万円以上　　7万円未満 | 7万円以上 | 計 |
|  |  |  |  |  |  | ★ | 名 |
| ２．家賃助成額 | 10,000円未満 | 10,000円 | 10,001円～19,999円 | 20,000円以上 | 計 |
|  |  |  |  | ★　　　　　名 |

Ⅴ．新規入居者の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １．新規入居者の入居前の生活の場（平成30年度）※昨年度1年間に入居された方についてご回答ください | 入居前の生活の場 | 人数 | 入居前の生活の場 | 人数 |
| １．宿泊型自立訓練 |  | ６．家庭（在宅） |  |
| ２．他共同生活援助 |  | ７．アパート等（単身・結婚） |  |
| ３．福祉ホーム・地域移行支援型ホーム |  | ８．病院 |  |
| ４．障害者支援施設 |  | ９．その他（　　　　　　　　） |  |
| ５．入所施設（生活保護関係等） |  | 計 | 　　名 |

|  |
| --- |
| Ⅵ．退所者の状況 |
| １．退所者の退所後の生活の場（平成30年度） | 退所後の生活の場 | 人数 | 退所後の生活の場 | 人数 |
| １．他共同生活援助 |  | ６．病院 |  |
| ２．障害者支援施設 |  | ７．その他 |  |
| ３．入所施設（介護保険関係等） |  | ８．死亡 |  |
| ４．家庭（在宅） |  | 計 | 名 |
| ５．アパート等（単身・結婚） |  |  |

|  |
| --- |
| Ⅶ．運営状況 |
| １．食事提供 | □ａ．行っている　　　　　　　□ｂ．行っていない |
| ２．世話人確保 | 　□ａ．極めて困難である　　　　□ｂ．何とか確保している　　　　□ｃ．十分確保している |
| ３．土日祝日等の日中支援 | □ａ．生活支援員等を配置し支援している □ｂ．生活支援員等を配置しておらず支援していない □ｃ．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４．ホームヘルプ等の利用 | １．ホームヘルプについて　□ａ．利用している[　　　]ホーム　[　　]名　□ｂ．利用していない[　　　]ホーム２．利用している場合の内訳　※重複計上のこと　□ａ．身体介護　[　　]名　□ｂ．家事援助　[　　]名　□ｃ．通院介助　[　　]名　□ｄ．重度訪問介護[　　　]名　□ｅ．行動援護　[　　　]名　　□ｆ．移動支援　[　　　]名　□ｇ．重度障害者等包括支援　[　　　]名 |
| ５．体験利用、地域相談支援（地域移行支援）の状況 | １．体験利用について（平成30年度）　□a. 実施している　[　　　]名　延べ日数　[　　　]日　　□ｂ．実施していない２．地域相談支援（地域移行支援）の体験宿泊の委託（平成30年度）　□a. 実施している　[　　　]名　延べ日数　[　　　]日　　□ｂ．実施していない |

|  |
| --- |
| Ⅷ．職員（スタッフ）の状況※兼務の場合、設問１はそれぞれの職種に計上し、設問２・３は兼務の職種（管理者←サービス管理責任者・←世話人←生活支援員）の左側の職種にのみ計上してください（例：管理者とサービス管理責任者を兼務している場合は管理者に計上）。 |
|  |  | 管理者 | サービス管理責任者 | 世話人 | 生活支援員 | 夜間支援従事者（専従） | 計 |
| １．職種別職員配置 | 常勤 | 専従 |  |  |  |  |  |  |
| 兼務 |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  | 名 |
| ２．勤務年数（GHに限る）※派遣の職員は派遣された期間 | 1年未満 |  |  |  |  |  |  |
| 1年以上3年未満 |  |  |  |  |  |  |
| 3年以上5年未満 |  |  |  |  |  |  |
| 5年以上10年未満 |  |  |  |  |  |  |
| 10年以上 |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  | 名 |
| ３．スタッフの年齢 | 20歳未満 |  |  |  |  |  |  |
| 20代 |  |  |  |  |  |  |
| 30代 |  |  |  |  |  |  |
| 40代 |  |  |  |  |  |  |
| 50代 |  |  |  |  |  |  |
| 60代 |  |  |  |  |  |  |
| 70代以上 |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  | 名 |
| ４．職員（スタッフ）の所持資格※重複計上可 | 資格 | 人数 | 資格 | 人数 |
| 介護福祉士 |  | 看護師・保健師 |  |
| 社会福祉士 |  | ヘルパー1級・2級もしくは介護職員初任者研修修了者 |  |
| ケアマネージャー |  | その他 |  |
| 精神保健福祉士 |  | 計 | 名 |
| Ⅸ．金銭預かりの状況（あてはまるものすべてに〇をつけてください） |
| １．金銭預かりの状況  | １．利用者の金銭預かりの実施状況　□ａ．行っている ※「２．」以下の回答にご記入ください ＜補問＞ a-1　金銭取り扱いに関する規程を作っている a-2　金銭取り扱い関する規定はない　□ｂ．行っていない ※以下の項目の記入は不要です |
| ２．金銭預かりの範囲 | １．小口現金（小遣い，日用品費）２．給与（工賃）３．年金４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３．通帳や印鑑の　　管理 | １．通帳や印鑑の管理の実施　　ａ．通帳や印鑑の管理を行っている　　　→　管理を行っている者の職名（管理者，サビ管，生活支援員，世話人，その他＜　　＞）　　ｂ．通帳や印鑑の管理を行っていない２．通帳や印鑑の保管場所　　ａ．同じ場所で保管している（保管場所：　　　　　　　　　　　　　　　）　　ｂ．別の場所で保管している（保管場所：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４．金銭預かりに係る　　委託契約の有無 | １．金銭管理委託契約を交わしている　　→　委託管理契約の金額（月額：　　　　　　円）２．金銭管理委託契約は交わしていない３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５．預かり金の出納 | １．預り金の出納を行う職員の職名　　　　（管理者，サビ管，生活支援員，世話人，その他＜　　＞）２．払い出した現金の管理をする職員の職名（管理者，サビ管，生活支援員，世話人，その他＜　　＞）３．現金及び現金出納帳の確認ａ．確認の頻度（毎週，毎月など具体的に記してください．　　　　　　　　　　　　　　）ｂ．確認者職名（確認する職員全ての職名を記してください．　　　　　　　　　　　　　）４．本人や家族への報告ａ．報告の頻度（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）ｂ．報告の際の資料（該当するものに〇をつけてください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 資　　料 | 本人 | 家族 | 後見人 |  |
| 現金出納帳 |  |  |  |  |
| レシート |  |  |  |  |
| 現金（残高） |  |  |  |  |
| 通帳 |  |  |  |  |
| 　　　普通預金 |  |  |  |  |
| 　　　定期預金 |  |  |  |  |
| 報告書などの文書 |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  | （　　　　　　　　　　　） |

ｃ．報告を行う職員の職名　　　　　（管理者，サビ管，生活支援員，世話人，その他＜　　＞） |
| ６．その他 | ※その他，金銭預かりに関する質問項目以外の特記事項，金銭預かりに関する職員への確認や共有の方法，その他ご意見等がございましたら自由に記入してください． |
|  |
| ご意見等がありましたら，ご自由に記述してください。 |

　調査は以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。

・本調査票は、公益財団法人　日本知的障害者福祉協会　地域支援部会より提供いただいた調査票をもとに作成しました。記して感謝申し上げます。

・調査結果は、事業所の情報の匿名化等の処理を行った上、地域支援部会を通して報告します。