

## グループホーム実態調査について

### 1 調査の概要

- 調査対象 グループホーム（共同生活援助）
- 調査方法 原則、管理者により、以下の質問項目への回答をお願いします。  
また URL <https://www.kanafuku.jp/jittai/> の入力フォームからの回答をお願いします。
- 調査時点 令和5年6月1日時点で御回答ください。

### 2 調査項目

（はじめに）次の項目を記載（入力）してください。

- ・事業所番号 14 から始まる 10 桁の事業所番号を半角英数で入力してください
- ・法人名
- ・事業所名
- ・事業所所在地
- ・記入者氏名（原則、管理者がご記入ください）
- ・フリガナ
- ・PCメールアドレス
- ・PCメールアドレス確認

（1）現在のグループホームの状況について回答してください。

（類型の割合）

**Q 1 グループホームの類型を、次の中から 1 つだけ選択してください。必須**

（補足説明） 皆さんが運営するグループホームの類型を知るための質問です

【回答】

【選択肢】

- ①介護サービス包括型
- ②日中サービス支援型
- ③外部サービス利用型

（居宅の形態）

**Q 2 利用者に提供している居宅の形態を、次の中から選択してください（サテライト型住居を除く。）。〈複数回答可〉必須**

（補足説明） 居宅の形態について次の選択肢の組み合わせを選択してください。

【回答】

【選択肢】

- ①戸建て部屋割型（トイレ・洗面・キッチンが共同）
- ②戸建て部屋割型（トイレ・洗面・キッチンいずれかが独立）

- ③完全独立（トイレ・風呂・キッチン）アパート居住型
- ④ファミリーアパート居住型（トイレまたは風呂が共同使用）

**（食事の形態）**

**Q 3 利用者の食事の形態について、次の中から選択してください。**

〈複数回答可〉 **必須**

（補足説明）食事の対応について、回答を必ずお願いします。

**【回答】**

**【選択肢】**

- ①世話人等が調理し提供
- ②近隣入所施設からの提供
- ③調理業者利用
- ④弁当等購入提供
- ⑤食事の提供をしていない
- ⑥共同キッチンで利用者本人が調理(支援を受けて行う場合も含む)
- ⑦独立キッチンで利用者本人が調理

**（定員）**

**Q 4－1 グループホームの入居定員をご記入ください。 **必須****

（補足説明）事業所の全ホーム入居定員（総数）を半角英数字で記入してください。

**【回答】**

・入居定員 （ ）

**（利用者数）**

**Q 4－2 実際の利用者数をご記入ください。 **必須****

（補足説明）基準日【令和5年6月1日】時点の実利用者数を半角英数字で記入してください。

**【回答】**

・実際の利用者数 （ ）

**(空室の実態)**

**Q 5 グループホームに空室がある場合、その理由を次の中から選択してください。＜複数回答可＞**

(補足説明) グループホームの空室の理由等を把握したいと考えています。

**【回答】**

**【選択肢】**

- ①開設又は増設した直後のため
- ②前の利用者が退居直後のため
- ③短期入所や体験利用のために空室を確保しているため
- ④利用者が一時的に他の施設に滞在しているため
- ⑤利用希望者がいないため
- ⑥利用希望者はいたが、職員の支援スキルでは受入困難な障害程度・特性のため
- ⑦利用希望者はいたが、事業所が対象とする障害種別ではなかったため
- ⑧利用希望者はいたが、グループホームの立地や設備と利用希望者のニーズが合わなかったため
- ⑨その他

**(利用者の把握)**

**現在、入居している利用者について回答してください。**

**Q 6－1 利用者の男女比割合を次の中から選択してください。必須**

大体の割合でお答えください。

**【回答】 男女比(%)の割合選択**

男 性 (0,10,20,30,40,50,60,70,80,90,100)

女 性 (0,10,20,30,40,50,60,70,80,90,100)

**Q 6－2 利用者の最高年齢を選択してください。必須**

**【回答】**

最高年齢 (20 代、30 代、40 代、50 代、60 代、70 代、80 代以上)

**Q 6－3 利用者の最低年齢を選択してください。必須**

【回答】

最低年齢（10 代、20 代、30 代、40 代、50 代、60 代）

Q 6－4 利用者の平均年齢を選択してください。必須

【回答】

平均年齢（20 代、20 代、30 代、40 代、50 代、70 代）

Q 6－5 利用者の主な障害種別を 1 つだけ選択してください。必須

【回答】利用者の主な障害種別

【選択肢】

- ①知的障害
- ②身体障害（視覚障害、聴覚障害、難病等含む）
- ③精神障害（発達障害含む）

Q 6－6－1 利用者の障害支援区分について区分 1 の人数を選択してください。  
必須

【回答】

0.1.2.3…10…20…30 以上

Q 6－6－2 区分 2 の人数を選択してください。必須

【回答】

0.1.2.3…10…20…30 以上

Q 6－6－3 区分 3 の人数を選択してください。必須

【回答】

0.1.2.3…10…20…30 以上

Q 6 - 6 - 4 区分 4 の人数を選択してください。必須

【回答】

0.1.2.3…10…20…30 以上

Q 6 - 6 - 5 区分 5 の人数を選択してください。必須

【回答】

0.1.2.3…10…20…30 以上

Q 6 - 6 - 6 区分 6 の人数を選択してください。必須

【回答】

0.1.2.3…10…20…30 以上

Q 6 - 7 - 1 利用者の通所先について「一般就労」をしている利用者の割合を選択してください。必須 大体の割合でお答えください。

【回答】

0%.10%.20%.30%.40%.50%.60%.70%.80%.90%.100%

Q 6 - 7 - 2

「就労系福祉サービス」に通所している利用者の割合を選択してください。

必須 大体の割合でお答えください。

【回答】

0%.10%.20%.30%.40%.50%.60%.70%.80%.90%.100%

Q 6 - 7 - 3

上記（Q6-7-1. Q6-7-2）以外に週 2～3 日程度、通所先（例：生活介護・病院デイケア・自助グループなど）で日中を過ごしている利用者の割合を選択してください。必須 大体の割合でお答えください。

【回答】

0%.10%.20%.30%.40%.50%.60%.70%.80%.90%.100%

Q 6-7-4

どこにも通っていない（日中はほとんどホームにいる）利用者の割合を選択してください。**必須** 大体の割合でお答えください。

【回答】

0%.10%.20%.30%.40%.50%.60%.70%.80%.90%.100%

（利用者と関係自治体）

Q 7 利用者の支給決定自治体を、次の中から選択してください。

＜複数回答可＞ **必須**

（補足説明）利用者の皆さんの支給決定自治体の傾向を把握したいと考えています。

【回答】

- ①グループホームの所在地の自治体
- ②グループホームの所在地の近隣自治体
- ③県内であるが、グループホーム所在地の近隣ではない自治体
- ④他の都道府県に所在する自治体

（光熱費）

Q 8 グループホームにおける光熱費の利用者への徴収方法について、次の中から1つだけ選択してください。**必須**

（補足説明）利用者への光熱費の請求の実態を把握したいと考えています。

【回答】

- ①利用者毎に、電気、ガスの使用量を計測し、毎月、利用者に請求している。
- ②毎月、定額で、電気、ガスの使用料を利用者に請求し、定期的に清算している。
- ③光熱費は、合計**金額**を利用者数で案分し利用者に請求している。
- ④光熱費は、利用者と職員とが一緒に使用することになるので、合計**金額**を利用者数＋職員分で案分し利用者に請求している。
- ⑤その他（上記以外の方法で徴収している）

（サービス利用に至るまでの経路）

Q 9-1 サービス利用のきっかけについて、多い順に選択してください。【第1位】

**必須**

（補足説明）サービスの利用に至る経路を把握したいと思います。

【回答】

- ①入所施設からの依頼
- ②病院からの依頼
- ③市町村からの依頼
- ④相談事業所からの紹介
- ⑤利用者または保護者等で決めた（セルフプラン）

⑥その他（家族からの依頼など）

**Q 9 - 2 サービス利用のきっかけについて、多い順に選択してください。【第 2 位】**

**必須**

（補足説明）サービスの利用に至る経路を把握したいと思います。

**【回答】**

- ①入所施設からの依頼
- ②病院からの依頼
- ③市町村からの依頼
- ④相談事業所からの紹介
- ⑤利用者または保護者等で決めた（セルフプラン）
- ⑥その他（家族からの依頼など）
- ⑦なし

**Q 9 - 3 サービス利用のきっかけについて、多い順に選択してください。【第 3 位】**

**必須**

（補足説明）サービスの利用に至る経路を把握したいと思います。

**【回答】**

- ①入所施設からの依頼
- ②病院からの依頼
- ③市町村からの依頼
- ④相談事業所からの紹介
- ⑤利用者または保護者等で決めた（セルフプラン）
- ⑥その他（家族からの依頼など）
- ⑦なし

(2) 利用者支援について回答してください。

**（生活支援活動）**

**Q10 利用者が必要としている基本的な日常生活支援について、実際に提供をしていることを次の中から選択してください。（一部支援を含む）＜複数回答可＞** **必須**

（補足説明）利用者の生活支援の実態を把握したいと考えています。

**【回答】**

- ①食事
- ②身体介護（入浴、排泄）
- ③精神的な支援（人間関係の調整）
- ④家事支援（洗濯衣類の管理、居室の掃除）
- ⑤服薬
- ⑥日常的な体調管理
- ⑦医療機関への通院

- ⑧送迎
- ⑨情報理解の支援、情報提供
- ⑩その他

**(日中のサービス支援)**

**Q11 平日の日中のサービス支援について、主な活動を次の中から選択してください。＜複数回答可＞**

※介護サービス包括型、外部サービス利用型は回答不要です。

(補足説明) 利用者への日中のサービス支援の実態を把握したいと考えています。

**【回答】**

- ①ホームで企画したレクリエーションや余暇活動を行っている。
- ②入居者それぞれの過ごし方の必要に応じて支援している。
- ③他のサービス（ガイドヘルパー含む）の利用ができるように支援し、連携している。
- ④その他

**(土日のサービス支援)**

**Q12 土日のサービス支援について、主な活動を次の中から選択してください。**

**＜複数回答可＞** 必須

(補足説明) 利用者への土曜日、日曜日のサービス支援の実態を把握したいと考えています。

**【回答】**

- ①ホームで企画したレクリエーションや余暇活動を行っている。
- ②入居者それぞれの過ごし方の必要に応じて支援している。
- ③他のサービス（ガイドヘルパー含む）の利用ができるように支援し、連携している。
- ④自宅に帰省している。
- ⑤土日はサービスを提供していない。
- ⑥その他

**(地域交流や社会生活体験活動)**

**Q13 地域交流や社会生活体験に関してはどのような支援をしているか、その内容を次の中から選択してください。＜複数回答可＞** 必須

(補足説明) 地域交流・社会生活体験の実態を把握したいと考えています。

**【回答】**

- ①買い物
- ②自治会活動（清掃活動等）
- ③祭り
- ④地域防災訓練
- ⑤学校行事等への参加
- ⑥その他
- ⑦特に何もしていない



**(支援において重視する点)**

**Q14 支援を行う際、特に重視していることを次の中から選択してください。**

＜複数回答可＞ **必須**

(補足説明) 支援全体の傾向を把握したいと考えています。

**【回答】**

- ①日常生活に必要な身体動作の向上
- ②身体機能の維持（高齢化対応を含む）
- ③社会生活のスキルを身に着けること
- ④情緒や感性の発達を促進すること
- ⑤家族等や職員以外の地域社会とかかわること
- ⑥知識や日々の学習の支援
- ⑦利用者自身の関心や趣味に合わせた活動
- ⑧自己判断できる力を身に着けること
- ⑨情緒の安定につながる環境づくり

**(金銭管理)**

**Q15－1 利用者の金銭管理（日常的な管理）、次の中から選択してください。**

＜複数回答可＞ **必須**

(補足説明) 利用者の生活支援（金銭管理）の実態を把握したいと考えています。

**【回答】**

- ①本人
- ②家族
- ③グループホームの職員
- ④グループホームの法人の職員
- ⑤後見人等
- ⑥社会福祉協議会

**(金銭管理)**

**Q15－2 金銭管理（日常的な管理）についてグループホームの対応を、次の中から選択してください。＜複数回答可＞ **必須****

(補足説明) 利用者の生活支援（金銭管理）の実態を把握したいと考えています。

**【回答】**

- ①金銭管理（日常的な管理）は行っていない（全て自己管理）。
- ②利用者と相談し、日々の小遣い等支出管理を行っている。
- ③金銭管理規定に基づいて金銭管理（日常的な管理）を行っている。
- ④後見人や家族と連携して金銭管理を行っている。
- ⑤すべての金銭資産等の管理（通帳の入出金、年金等を含む。）を行っている。

**(健康管理)**

**Q16 健康管理（口腔衛生含）について、次の中から選択してください。**

**<複数回答可> 必須**

(補足説明) 利用者の健康管理の実態を把握したいと考えています。

**【回答】**

- ①定期的な健康管理（体重測定や健康診断）を行っている。
- ②定期的に口腔衛生（歯科検診等）を行っている。
- ③不定期に健康管理（体重測定や健康診断）を行っている。
- ④不定期に口腔衛生（歯科検診等）を行っている。
- ⑤特に何もしていない。

**(利用者支援の課題把握)**

**Q17 利用者支援の課題について、次の中から選択してください。<複数回答可>**

**必須**

**【回答】**

- ①利用者の特性を踏まえた支援の難しさ
- ②利用者の支援内容とグループホーム全体運営のバランス
- ③利用者間のトラブル
- ④家族等の意見と支援の調整
- ⑤医療ケア（医療）と支援の連携
- ⑥座位保持等身体的拘束廃止と支援の難しさ
- ⑦利用者の障害の重度化・高齢化への支援の難しさ
- ⑧その他

**(個別支援計画の決定)**

**Q18 個別支援計画は、どのような視点を重視して決めていますか。**

**<複数回答可> 必須**

(補足説明) 個別支援内容の主要な要素について、把握したいと考えています。

**【回答】**

- ①本人の意思
- ②モニタリングの結果
- ③家族の要望
- ④看護師、OT(作業療法士)、PT(理学療法士)等の意見
- ⑤第三者の意見を取り入れて決定
- ⑥全職員での検討
- ⑦相談事業所の計画による
- ⑧身体的拘束等の3要件の検討等
- ⑨一人暮らし等へ向けた日常生活の計画
- ⑩一人暮らし等の居住生活への移行に向けた計画
- ⑪その他

(3) 事業所の理念、基本方針、経営状況について回答してください。

**(理念・基本方針)**

**Q19** 理念や基本方針の周知について、次の中から選択してください。

＜複数回答可＞ **必須**

**【回答】**

- ①理念や基本方針は、運営法人、ホーム内の文書や広報媒体（パンフレット、ホームページ等）に記載されている。
- ②理念や基本方針は、会議や研修会での説明等を通じて、職員への周知を図っている。
- ③理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどして、利用者や家族等への周知がなされている。
- ④理念や基本方針は、情報福祉サービス等情報検索（WAMNET）に公表し、周知している。
- ⑤理念や基本方針の周知は特に行っていない。

**(主な支援目標)**

**Q20** 事業所として、入居者を募集・決定する際に考慮することは何か、次の中から選択してください。＜複数回答可＞ **必須**

**【回答】**

- ①年齢
- ②性別
- ③障害の種別
- ④障害の程度（手帳等級、障害支援区分）
- ⑤コミュニケーション能力
- ⑥特に設定はしていない
- ⑦その他

**(経営状況の把握)**

**Q21** 経営環境の変化等への対応について、次の中から1つだけ選択してください。 **必須**

（補足説明）管理者の皆様の経営への関わりについて把握したいと考えています。

**【回答】**

- ①グループホームをとりまく環境や経営状況を適宜把握している。
- ②経営課題を明確にして具体的に取組を進めている。
- ③経営状況は、特に把握していない。

**(事業計画の策定)**

**Q22 グループホームに関する事業計画について、次の中から1つだけ選択してください。** **必須**

**【回答】**

- ①事業計画を策定している。
- ②事業計画を策定中である。
- ③事業計画は策定していない。

**(地域や他の機関との連携)**

**Q23 地域や他の障害福祉サービス、機関と連携して、個別支援を行っていますか。次の中から選択してください。＜複数回答可＞** **必須**  
(補足説明) 支援に関して地域等との連携状況を把握したいと考えています。

**【回答】**

- ①相談支援事業所との連携
- ②地域の連絡会議への参加
- ③サービス担当者会議への参加
- ④医療機関との連携
- ⑤就労継続支援や、就労移行支援との連携
- ⑥生活介護との連携
- ⑦日中一時支援との連携
- ⑧関係自治体の障がい福祉部門との連携
- ⑨利用者の家族会
- ⑩高齢介護関係機関との連携
- ⑪特に連携していない
- ⑫その他

**(事業所の目標)**

**Q24-1 事業所の運営について今後の目標はありますか。次の中から選択してください。＜複数回答可＞** **必須**

**【回答】**

- ①医療的ケアが必要な方の受入れ
- ②対象障害の範囲拡大
- ③特化した専門的支援への移行
- ④看護師等専門職の増員
- ⑤設備の整備
- ⑥強度行動障害への対応
- ⑦高齢化への対応
- ⑧目標は特にない
- ⑨その他

)

**(事業所の目標)**

**Q24-2** 上記Q24-1で「9.その他」を選んだ方は、具体的な今後の目標を選択してください。

(自由記載欄)

**(質の向上に向けた取組)**

**Q25** 利用者支援の質の向上に向けてどのような取組をしていますか。  
次の中から選択してください。＜複数回答可＞ **必須**

**【回答】**

- ①第三者評価の受診
- ②スーパーバイザーの招聘
- ③他事業者からの助言／指導
- ④事業所団体への加盟
- ⑤地域自立支援協議会等が企画する研修等への参加
- ⑥外部研修の受講
- ⑦法人内、事業所内の研修、学習会の実施
- ⑧自己評価
- ⑨計画的なOJTの実施
- ⑩神奈川県集団指導講習の参加
- ⑪厚生労働省ガイドブックの周知
- ⑫特に取り組んでいない
- ⑬その他

**(家族等との相談・連絡の機会の把握)**

**Q26** 事業所職員と家族等との相談、連絡には、主にどのような機会を設けていますか。次の中から1つだけ選択してください。  
(補足説明) 家族等への意見収集の機会を把握したいと考えています。

**【回答】**

- ①事業所内での家族等の面会
- ②6カ月に一度のモニタリング
- ③定期的な家族等との懇談会
- ④要望に応じて随時相談
- ⑤相談窓口(法人)
- ⑥その他

**（家族等との相談連絡に対する課題）**

**Q27 家族等との連絡や相談に関する課題について、次の中から選択してください。＜複数回答可＞ 必須**

（補足説明）家族等への意見収集の課題を把握したいと考えています。

**【回答】**

- ①家族がいない。
- ②利用者と家族との関係が悪く連絡・相談に応じてくれない。
- ③利用者支援について家族から理解を得られない。
- ④利用者への接触が非常に多く、対応に苦慮している。
- ⑤家族も高齢や障がいがあり、相談や連絡ができない。
- ⑥家族が自治体等に苦情や相談をしている。
- ⑦特にない。

**（成年後見人等との関わり）**

**Q28 グループホームでの成年後見制度との関わりについて、次の中から選択してください。 必須**

**【回答】**

- ①成年後見制度を具体的に活用している利用者がいる。
- ②成年後見制度を利用者に周知し、利用者に制度の利用を促している。
- ③成年後見制度は十分に理解しているが、特に利用者に制度の周知などはしていない。
- ④利用者への成年後見制度の周知や利用の促しはしていない。

**（業務運営状況の把握）**

**Q29 訓練等給付費の請求事務は、主に誰が行っていますか、次の中から1つだけ選択してください。 必須**

**【回答】**

- ①管理者またはサービス管理責任者
- ②事業所の職員（生活支援員又は世話人）
- ③法人の請求事務職員
- ④外部委託
- ⑤その他

(業務運営状況の把握)

Q30 請求以外の他の届出業務は、主に誰が行っていますか。次の中から選択してください。 **必須**

【回答】

- ①管理者またはサービス管理責任者
- ②事業所の職員（生活支援員又は世話人）
- ③法人の担当職員
- ④外部委託
- ⑤その他