

【留意事項】

- 事業所ごとに作成してください。
- サービス管理責任者の方が作成してください。
- 回答欄は着色した部分です。
- 回答先 宮城県保健福祉部障害福祉課企画推進班
メール syoufukup@pref.miyagi.lg.jp
- 回答期日 令和3年11月 日 ()
- 回答内容の公表にあたっては、回答者の許可無く法人名や事業所名等を明記することはありません。

基礎情報	問1	法人名		事業所名	
		事業所の所在市町村		事業所番号	
		回答者氏名		電話番号	
		メールアドレス			

サービスの類型	問2-1	類型	ホーム数	総定員数	利用者数
		介護サービス包括型			
		外部サービス利用型			
		日中サービス支援型			

問2-2	外部サービス利用型ホーム又は日中サービス支援型ホームを運営している場合、その理由を回答してください。 (回答例：自法人・自事業所のみで職員の確保が困難であったため。)	
	外部サービス利用型ホームを運営している理由	
	日中サービス支援型ホームを運営している理由	

問2-3	外部サービス利用型ホームを運営している場合、外部サービスの内容、1週間当たりの利用日数、曜日を回答してください。	
	外部サービスの内容	
	1週間当たりの利用日数	利用している曜日

職員の状況	問3-1	単位：人						
		勤務形態	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
		常勤	専従					0
			兼務					0
		非常勤						0
	計	0	0	0	0	0		

※兼務の場合はそれぞれの職種に計上してください。

問3-2	人員配置基準以上の職員数の加配の有無等を回答してください。 ※「加配していない」欄及び「加配している」欄については、該当するいずれかに1を入力してください。			
	職員の種別	加配していない	加配している	加配している場合、その理由を回答してください
	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)			

問4-1 障害の種別ごとに利用者数を回答してください(重複計上可)。
単位：人

身体障害者	
知的障害者	
精神障害者	
難病等患者	
その他	
計	0

問4-2 障害支援区分ごとに利用者数を回答してください。
単位：人

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	0

問4-3 年齢ごとに利用者数を回答してください。
単位：人

20歳未満	
20代	
30代	
40代	
50代	
60～64歳	
65～74歳	
75歳以上	
計	0

問4-4 入居している期間ごとに利用者数を回答してください。

単位：人

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	0

問4-5 主たる日中活動ごとに利用者数を回答してください。

単位：人

生活介護	
就労移行支援	
就労継続支援A型	
就労継続支援B型	
地域活動支援センター	
一般就労	
通所介護等（介護保険）	
その他の活動	
グループホームのみ	
計	0

運営状況

問5-1 土日祝日等の日中支援について、該当するいずれかに1を入力してください。

生活支援員等を配置し、支援を行っている	
生活支援員等を配置しておらず、支援を行っていない	

問5-2 ホームヘルプの利用者数を回答してください。

	ホーム数	利用者数
利用している		
利用していない		

問5-3 問5-2で「利用している」を選択した場合、利用しているサービスの内訳を回答してください（重複計上可）。

単位：人

身体介護	
家事援助	
通院介助	
重度訪問介護	
行動援護	
移動支援	
重度障害者等包括支援	

問5-4 次の報酬加算の取得状況について、該当するいずれかに1を入力してください。

加算の名称	取得している	取得していない	
		取得を検討している	取得を検討していない
重度障害者支援加算（Ⅰ）			
重度障害者支援加算（Ⅱ）			
医療的ケア対応支援加算			
強度行動障害者体験利用加算			
夜間支援等体制加算			

退去者の状況

※平成30年4月1日から令和3年3月31日までの状況について回答してください。

問6-1 退去者数について、退去後の生活の場ごとに回答してください。

単位：人

宿泊型自立訓練	
他の共同生活援助	
障害者支援施設	
入所施設（介護保険関係等）	
家庭（在宅）	
アパート等（単身・結婚）	
病院	
その他	
死亡	
計	0

問6-2 入居者がグループホームでの生活を希望していたにもかかわらず退去したケースの有無について、該当するいずれかに1を入力してください。

退去したケースがあった	
退去したケースはなかった	

問6-3 問6-2で「退去したケースがあった」を選択した場合、退去した理由等について回答してください。

退去した理由	
退去後の生活の場はどこでしたか どのような支援や施策、条件等 があれば入居を続けることができましたか	

新規入居者の状況 ※平成30年4月1日から令和3年3月31日までの状況について回答してください。

問7-1 新規入居者数について、入居前の生活の場ごとに回答してください。

単位：人

宿泊型自立訓練	
他の共同生活援助	
福祉ホーム・地域移行支援型ホーム	
障害者支援施設	
入所施設（生活保護関係等）	
家庭（在宅）	
アパート等（単身・結婚）	
病院	
その他	
計	0

問7-2 新規入居を断ったケースの有無について、該当するいずれかに1を入力してください。

新規入居を断ったケースがあった	
新規入居を断ったケースはなかった	

問7-3 問7-2で「新規入居を断ったケースがあった」を選択した場合、新規入居を断った理由等について回答してください。

新規入居を断った理由	
入居前の生活の場はどこでしたか どのような支援や施策、条件等 があれば受け入れることができ たと思いますか	

問7-4 特に入居が難しいとされる障害者を受け入れた実績の有無について、該当するいずれかに1を入力してください。

	実績があった	実績がなかった
強度行動障害を有する障害者		
医療的ケアが必要な障害者		

問7-5 特に入居が難しいとされる障害者の受け入れに関する課題等について回答してください。

	受け入れに関する課題	どのような支援や施策、条件等があれば 受け入れが進むと思いますか
強度行動障害を有する障害者		
医療的ケアが必要な障害者		

その他

問8-1 利用者対応や他機関との連携、事業所の経営等について、課題や工夫していることがございましたら、御自由に回答してください。

問8-2 グループホームの運営や障害者の住まいの確保に関する御意見等がございましたら、御自由に回答してください。

回答項目は以上です。御協力いただきありがとうございました。