

## 平成 27 年度 会員施設基礎調査 調査票

### 【事業実施概況調査票】

基本情報シート .....	2
A 障害者支援施設シート .....	5

### 【地域生活支援サービス調査票】

B 居宅介護（重度訪問介護）事業シート .....	12
C 生活介護事業シート .....	14
D 短期入所事業シート .....	15
E 共同生活援助（グループホーム）事業シート .....	16
F 相談支援事業シート .....	18

## 基本情報シート

調査票への回答を進めるにあたり、まず身障協への加入状況についてお答えください。

- 法人内で身障協に加入している障害者支援施設が1か所のみである  
⇒調査票の回答へ進んでください
- 法人内で複数の障害者支援施設が身障協に加入している  
⇒加入している複数の施設で、「地域生活支援サービス調査票（各事業シート）」の回答が重複しないようご回答ください。

### 1. 施設・事業所の基本情報（9月30日現在）【回答マニュアルP.2参照】

※昨年度（調査時：平成26年9月28日～11月3日）から変更のあった項目のみご記入ください（昨年度調査に回答していない場合は、全ての項目にご記入ください）。

(1) 会員施設名			
(2) 都道府県			
(3) 記入担当者			
(4) 電話/FAX	TEL	—	—
	FAX	—	—

### 2. 会員施設を拠点として実施している障害福祉サービス等事業所数（平成27年9月30日現在）

【回答マニュアルP.2参照】

会員である障害者支援施設を拠点として運営している事業所の箇所数を回答してください。

障害福祉サービス等	事業所数 (か所数)	障害福祉サービス等	事業所数 (か所数)
1 居宅介護		19 医療型児童発達支援	
2 重度訪問介護		20 放課後等デイサービス	
3 同行援護		21 保育所等訪問支援	
4 行動援護		22 福祉型障害児入所施設	
5 療養介護		23 医療型障害児入所施設	
6 生活介護 ※障害者支援施設における日中活動ではなく、 他の指定事業所で実施されている生活介護		24 介護保険の訪問介護（介護予防含む）	
7 短期入所		25 訪問看護（医療保険、介護保険）	
8 重度障害者等包括支援		26 地域活動支援センター	
9 施設入所支援 ※身障協の会員以外の施設		27 基幹型相談支援センター	
10 自立訓練（機能訓練）		28 移動支援	
11 自立訓練（生活訓練）		29 日中一時支援	
12 宿泊型自立訓練		30 コミュニケーション支援	
13 就労移行支援		31 日常生活用具	
14 就労継続支援 A 型		32 福祉ホーム	
15 就労継続支援 B 型		33 地域移行のための安心生活支援事業	
16 共同生活援助（グループホーム）		34 市町村虐待防止センター	
17 相談支援 ※複数の指定を受けている場合であっても、建物・人員 配置等一体的に実施していれば、「1か所」と回答		35 その他	
18 児童発達支援			

本設問の回答箇所数に応じて、下記の各事業シートのうち、該当するシートを箇所数分回答してください。

- ・B 居宅介護事業（重度訪問介護）シート（上記 1、2）
- ・C 生活介護事業シート（上記 6）
- ・D 短期入所事業シート（上記 7）
- ・E 共同生活援助（グループホーム）事業シート（上記 16）
- ・F 相談支援事業シート（上記 17）

### 3. 虐待防止・権利擁護等に関する取り組み状況

#### (1) ツールの活用状況

虐待防止や権利擁護に関して以下のツールの活用状況等について当てはまるものを回答してください。

<input type="checkbox"/> 身障協の倫理綱領を職員に周知できている
<input type="checkbox"/> 身障協の権利擁護・虐待防止のスローガンを職員に周知できている
<input type="checkbox"/> 身障協「個別支援の実現に向けたケアガイドライン」(改訂新版)を活用している (「Ⅲ2. (6)虐待防止・権利擁護」、チェックリスト) ⇒ <input type="checkbox"/> 職員への周知 <input type="checkbox"/> 研修・勉強会での活用 <input type="checkbox"/> 定期的なチェックでの活用 <input type="checkbox"/> 施設内でのマニュアルやガイドライン等の検討時に活用
<input type="checkbox"/> 全社協「障害者虐待防止の手引き(チェックリスト)」を活用している ⇒ <input type="checkbox"/> 職員への周知 <input type="checkbox"/> 研修・勉強会での活用 <input type="checkbox"/> 定期的なチェックでの活用 <input type="checkbox"/> 施設内でのマニュアルやガイドライン等の検討に活用
<input type="checkbox"/> 厚生労働省「障害者福祉施設等における障害者虐待の防止と対応の手引き」を活用している ⇒ <input type="checkbox"/> 職員への周知 <input type="checkbox"/> 研修・勉強会での活用 <input type="checkbox"/> 定期的なチェックでの活用 <input type="checkbox"/> 施設内でのマニュアルやガイドライン等の検討に活用

#### (2) 施設内での取り組みの状況

虐待防止や権利擁護に関する取り組み状況について回答してください。

<input type="checkbox"/> 施設の理念、倫理綱領、行動指針、支援方針等を掲示している													
<input type="checkbox"/> 虐待防止・権利擁護に関する責任者や委員会を設置している ⇒委員会の開催回数 年( )回													
<input type="checkbox"/> 職員に対して虐待防止・権利擁護等に関する研修等を実施している ※「外部研修」には、ブロック大会等の一部プログラムが関連テーマである場合も含まれます。													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>研修等の種類</th> <th>研修の形式</th> <th>参加人数等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">外部研修への職員派遣</td> <td>講義のみ</td> <td>年( )人程度(延べ)</td> </tr> <tr> <td>演習(グループ討議)あり</td> <td>年( )人程度(延べ)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">施設内での学習の場の設定</td> <td>講義のみ</td> <td>年( )回程度開催、( )人参加(延べ)</td> </tr> <tr> <td>演習(グループ討議)あり</td> <td>年( )回程度開催、( )人参加(延べ)</td> </tr> </tbody> </table>	研修等の種類	研修の形式	参加人数等	外部研修への職員派遣	講義のみ	年( )人程度(延べ)	演習(グループ討議)あり	年( )人程度(延べ)	施設内での学習の場の設定	講義のみ	年( )回程度開催、( )人参加(延べ)	演習(グループ討議)あり	年( )回程度開催、( )人参加(延べ)
研修等の種類	研修の形式	参加人数等											
外部研修への職員派遣	講義のみ	年( )人程度(延べ)											
	演習(グループ討議)あり	年( )人程度(延べ)											
施設内での学習の場の設定	講義のみ	年( )回程度開催、( )人参加(延べ)											
	演習(グループ討議)あり	年( )回程度開催、( )人参加(延べ)											
<input type="checkbox"/> 独自の虐待防止マニュアルやチェックリストを作成している ⇒ <input type="checkbox"/> マニュアルの作成 <input type="checkbox"/> チェックリストの作成													
<input type="checkbox"/> 利用者への不適切な関わり方・ケアの振り返りや改善のための検討の場があり、それを行っている(マニュアルやチェックリストの作成と活用等) ⇒ <input type="checkbox"/> ふりかえり、検討会の実施 <input type="checkbox"/> マニュアルの作成 <input type="checkbox"/> チェックリストの作成と活用													
<input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用支援を行っている													
<input type="checkbox"/> 施設の権利擁護・虐待防止に関する取り組み状況を利用者や家族に説明している													
<input type="checkbox"/> 「緊急やむを得ない」場合の身体拘束を行うことがある ⇒該当する利用者の数( )人													
<input type="checkbox"/> その他特記すべき取り組み( )													

#### 4. 身障協ケアガイドラインの活用状況

身障協ケアガイドライン改訂新版(平成 26 年 3 月策定)の施設での活用状況を回答してください。

<input type="checkbox"/> ケアガイドラインについて施設内で研修会・勉強会を実施した
<input type="checkbox"/> ケアガイドラインを活用して、サービスの現状の把握・評価を行った
<input type="checkbox"/> ケアガイドラインをもとに、マニュアル等の見直しを行った
<input type="checkbox"/> ケアガイドラインに関する外部(全国・ブロック)の研修等に職員を派遣した

## A 障害者支援施設シート（事業内容）

### 1. 障害者支援施設における施設入所支援について

#### （1）利用状況（施設入所支援）

①定員・実利用者数（9月30日現在）【回答マニュアルP.3参照】

定員	人	実利用者数(現員)	人
----	---	-----------	---

うち、実利用者数(現員)の障害支援区分、年齢階級の状況(9月30日現在)

※WEB調査票では、「合計」欄は自動計算されます。

障害支援区分、 年齢階級の状況	18歳未満	18歳以上 40歳未満	40歳以上 50歳未満	50歳以上 65歳未満	65歳以上	合計
	区分1	人	人	人	人	人
区分2	人	人	人	人	人	人
区分3	人	人	人	人	人	人
区分4	人	人	人	人	人	人
区分5	人	人	人	人	人	人
区分6	人	人	人	人	人	人
非該当・その他 (認定中等)	人	人	人	人	人	人

#### （2）加算の算定状況（施設入所支援）

各種体制に係る加算については、平成27年度の算定状況を、その他の加算については、平成27年9月の1か月の状況を回答してください。

夜勤職員配置体制加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
重度障害者支援加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
重度障害者支援加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 算定あり ⇒ <input type="checkbox"/> 「(一)体制を整えた場合」 <input type="checkbox"/> 「(二)夜間支援を行った場合」 ----- <input type="checkbox"/> 算定なし
夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
入所時特別支援加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
入院・外泊時加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
入院・外泊時加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
入院時支援特別加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
地域移行加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし

地域移行個別支援特別加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
地域移行個別支援特別加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
栄養マネジメント加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
経口移行加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
経口維持加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
経口維持加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
療養食加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
福祉・介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 算定あり ⇒ <input type="checkbox"/> Ⅰ【新設】 <input type="checkbox"/> Ⅱ【旧加算(Ⅰ)】 <input type="checkbox"/> Ⅲ【旧加算(Ⅱ)】 <input type="checkbox"/> Ⅳ【旧加算(Ⅲ)】 <input type="checkbox"/> 算定なし
福祉・介護職員処遇改善特別加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし

### (3) 減算の状況(施設入所支援)

各種体制に係る減算については、平成27年度の状況を、その他の減算については、平成27年9月の1か月の状況を回答してください。

定員超過利用減算	<input type="checkbox"/> 減算あり <input type="checkbox"/> 減算なし
夜勤職員欠如減算	<input type="checkbox"/> 減算あり <input type="checkbox"/> 減算なし
施設障害福祉サービス計画未作成減算	<input type="checkbox"/> 減算あり <input type="checkbox"/> 減算なし
管理栄養士・栄養士非常勤減算	<input type="checkbox"/> 減算あり <input type="checkbox"/> 減算なし
管理栄養士・栄養士未配置減算	<input type="checkbox"/> 減算あり <input type="checkbox"/> 減算なし

(4) 退所後の住居（平成 26 年 10 月 1 日～平成 27 年 9 月 30 日）【回答マニュアル P. 3 参照】

過去 1 年間の退所後の住居(夜の住まい)別の退所者数を回答してください。

※WEB 調査票では、「合計」欄は自動計算されます。

	人数
1 自宅・アパート等	人
2 グループホーム(共同生活援助)	人
3 福祉ホーム	人
4 入所施設	人
5 入院	人
6 死亡	人
7 その他	人
合計	人

(5) 医療的ケアの実施状況（施設入所支援）

①人工呼吸器利用者

以下のケアを行っている利用者の人数を回答してください(9 月中の実利用者数)

人工呼吸器の観察	人
----------	---

②喀痰吸引の必要な利用者

ア. 喀痰吸引の必要な利用者の数と内訳

以下のケアを行っている利用者の人数を回答してください(9 月中の実利用者数)

1 吸引(咽頭手前までの口腔内)	人
2 吸引(鼻腔)	人
3 吸引(気管カニューレ内)	人

イ. 痰の平均吸引回数

利用者(9 月中)の 1 日 1 人当たりの痰の吸引の平均回数 ( )回

※施設入所支援利用者の日中も含めた 1 日あたりの喀痰吸引の平均回数

(6) 人員配置の状況 (障害者支援施設全体)

①職種別常勤・非常勤別従業者数 (9月30日現在) 【回答マニュアルP.3~4参照】

障害者支援施設全体での職員について回答してください。

※用語の定義、常勤換算の計算方法は、回答マニュアルをご参照ください。

※小計や職員総数(合計)は回答していただく必要はありません。

【回答する上での注意点】

障害者支援施設の職員配置基準では、施設長、看護職員(保健師または看護師、もしくは准看護師)、生活支援員、サービス管理責任者は、1人以上配置することとされています。回答漏れにご注意ください。

	常勤専従	常勤兼務	(常勤兼務の 常勤換算数)	非常勤	(非常勤の 常勤換算数)
1 施設長(管理者)					
1のうち社会福祉士					
2 サービス管理責任者					
2のうち社会福祉士					
2のうち介護福祉士					
3 生活支援員等					
3のうち社会福祉士					
3のうち介護福祉士					
4 理学療法士(セラピスト)					
5 作業療法士(セラピスト)					
6 言語聴覚士(セラピスト)					
7 医師					
8 保健師・看護師					
9 准看護師					
10 管理栄養士					
11 栄養士					
12 調理員					
13 事務員					
14 その他職員					

(7) 地域区分

障害者支援施設の地域区分を回答してください。

地域区分	<input type="checkbox"/> 1級地	<input type="checkbox"/> 2級地	<input type="checkbox"/> 3級地	<input type="checkbox"/> 4級地	<input type="checkbox"/> 5級地	<input type="checkbox"/> 6級地	<input type="checkbox"/> その他
------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

## 2. 障害者支援施設における日中活動について

【以下、障害者支援施設における生活介護事業についてお答えください】

### (1) 利用状況

#### ①実利用者数（現員）の障害支援区分、年齢階級の状況（9月30日現在）

【回答マニュアルP.4～5参照】

施設入所支援（夜間）と生活介護事業（日中）とで、利用者の障害支援区分・年齢階級の内訳は異なりますか。

施設入所支援（夜間）と生活介護事業（日中）は同じ内訳（→「(2)加算の算定状況」へ）

施設入所支援（夜間）と生活介護事業（日中）とで利用者の内訳が異なる

施設入所支援（夜間）と生活介護事業（日中）とで、利用者が異なる場合は、「日中のみの利用者（通所利用者）」と「日中は別の施設・事業所を利用している施設入所者等」（日中は障害福祉サービスを利用していない施設入所者も含む）について、下表に回答してください。

※WEB調査票では、「合計」欄は自動計算されます。

#### 【日中のみの利用者（通所利用者）】

障害支援区分、 年齢階級の状況		18歳未満	18歳以上 40歳未満	40歳以上 50歳未満	50歳以上 65歳未満	65歳以上	合計
		区分1	人	人	人	人	人
区分2	人	人	人	人	人	人	人
区分3	人	人	人	人	人	人	人
区分4	人	人	人	人	人	人	人
区分5	人	人	人	人	人	人	人
区分6	人	人	人	人	人	人	人
非該当・その他 (認定中等)	人	人	人	人	人	人	人

#### 【日中は別の施設・事業所を利用している施設入所者等】

障害支援区分、 年齢階級の状況		18歳未満	18歳以上 40歳未満	40歳以上 50歳未満	50歳以上 65歳未満	65歳以上	合計
		区分1	人	人	人	人	人
区分2	人	人	人	人	人	人	人
区分3	人	人	人	人	人	人	人
区分4	人	人	人	人	人	人	人
区分5	人	人	人	人	人	人	人
区分6	人	人	人	人	人	人	人
非該当・その他 (認定中等)	人	人	人	人	人	人	人

日中は障害福祉サービスを利用していない施設入所者 ( )人

(2) 加算の算定状況（障害者支援施設が実施する生活介護）

各種体制に係る加算については、平成 27 年度の算定状況を、その他の加算については、平成 27 年 9 月の 1 か月の状況を回答してください。

人員配置体制加算	<input type="checkbox"/> 算定あり ⇒ <input type="checkbox"/> Ⅰ (1.7:1) <input type="checkbox"/> Ⅱ (2:1) <input type="checkbox"/> Ⅲ (2.5:1) <input type="checkbox"/> 算定なし
福祉専門職員配置等加算	<input type="checkbox"/> 算定あり ⇒ <input type="checkbox"/> Ⅰ (社会福祉士等 35%以上)【新設】 <input type="checkbox"/> Ⅱ (社会福祉士等 25%以上) <input type="checkbox"/> Ⅲ (常勤 75%以上または、勤続 3 年以上の常勤 30%以上) <input type="checkbox"/> 算定なし
常勤看護職員等配置加算 ※看護職員を常勤換算で 1 以上配置	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
初期加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
訪問支援特別加算 ※施設入所支援利用者は対象外の加算	<input type="checkbox"/> 算定あり ⇒ <input type="checkbox"/> [1 時間未満] <input type="checkbox"/> [1 時間以上] <input type="checkbox"/> 算定なし
欠席時対応加算 ※施設入所支援利用者は対象外の加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
リハビリテーション加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
利用者負担上限額管理加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
食事提供体制加算 ※施設入所支援利用者は対象外の加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
延長支援加算 ※施設入所支援利用者は対象外の加算	<input type="checkbox"/> 算定あり ⇒ <input type="checkbox"/> [1 時間未満] <input type="checkbox"/> [1 時間以上] <input type="checkbox"/> 算定なし
送迎加算 ※施設入所支援利用者は対象外の加算	<input type="checkbox"/> 算定あり → <input type="checkbox"/> Ⅰ (送迎 1 回につき平均 10 人以上、かつ週 3 回以上) <input type="checkbox"/> Ⅱ (送迎 1 回につき平均 10 人以上、又は週 3 回以上) <input type="checkbox"/> 算定なし
障害福祉サービスの体験利用加算 ※施設入所支援利用者は対象外の加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし
福祉・介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 算定あり ⇒ <input type="checkbox"/> Ⅰ 【新設】 <input type="checkbox"/> Ⅱ 【旧加算(Ⅰ)】 <input type="checkbox"/> Ⅲ 【旧加算(Ⅱ)】 <input type="checkbox"/> Ⅳ 【旧加算(Ⅲ)】 <input type="checkbox"/> 算定なし
福祉・介護職員処遇改善特別加算	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし

(4) 減算の状況（障害者支援施設が実施する生活介護）

各種体制に係る減算については平成 27 年度の状況、その他の減算については、平成 27 年 9 月の 1 か月の状況を回答してください。

定員超過利用減算	<input type="checkbox"/> 減算あり <input type="checkbox"/> 減算なし
サービス提供職員欠如減算	<input type="checkbox"/> 減算あり <input type="checkbox"/> 減算なし
サービス管理責任者欠如減算	<input type="checkbox"/> 減算あり <input type="checkbox"/> 減算なし
生活介護計画未作成減算	<input type="checkbox"/> 減算あり <input type="checkbox"/> 減算なし
開所時間減算	<input type="checkbox"/> 減算あり <input type="checkbox"/> 減算なし
大規模事業所減算	<input type="checkbox"/> 減算あり <input type="checkbox"/> 減算なし
医師未配置減算	<input type="checkbox"/> 減算あり <input type="checkbox"/> 減算なし

## B 居宅介護（重度訪問介護）事業シート

### 1. 事業の実施状況

#### (1) 居宅介護の実施状況等

##### ①サービスの提供状況（9月中）【回答マニュアルP.6参照】

居宅介護の営業日数	日
-----------	---

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

##### ②利用状況（9月中）【回答マニュアルP.6参照】

居宅介護	<input type="checkbox"/> 9月中の利用者あり → 利用実人数( )人 (9月中) <input type="checkbox"/> 9月中の利用者なし → (2)にご回答ください。
------	---

※ここでいう「9月中の利用実人数」の計上の仕方は、例えば、同じ利用者(1人)に複数のサービス(回数)を提供しても「1人」と計上します。

##### ③居宅介護の利用実人数の内訳・訪問回数（9月中）【回答マニュアルP.6参照】

「9月中の利用者あり」の場合、利用実人員について、提供サービスごとに「障害者」「障害児」別の「利用実人数」、「訪問回数合計」を記入してください。

	障害者(18歳以上)		障害児(18歳未満)	
	利用実人員(人)	訪問回数合計(回)	利用実人員(人)	訪問回数合計(回)
身体介護が中心	人	回	人	回
通院介助(身体介護を伴う)が中心	人	回	人	回
家事援助が中心	人	回	人	回
通院介助(身体介護を伴わない)が中心	人	回	人	回
通院等乗降介助が中心	人	回	人	回

※ここでいう「利用実人数」の計上の仕方は、例えば、同じ利用者(1人)に「身体介護が中心」と「家事援助が中心」の各サービスを1回ずつ提供した場合、利用した各サービスに「1人」ずつ、回数も「1回」ずつ計上します。

#### (2) 重度訪問介護の実施状況等

##### ①重度訪問介護の指定状況（9月30日現在）

<input type="checkbox"/> 事業所指定を受けている <input type="checkbox"/> 事業所指定を受けていない
---

##### ②利用状況（9月中）【回答マニュアルP.6参照】

重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 9月中の利用者あり → 利用実人数( )人 (9月中) <input type="checkbox"/> 9月中の利用者なし → 「2. 人員配置の状況」のみ回答ください。
--------	--

##### ③重度訪問介護の実利用人員・訪問回数等（9月中）【回答マニュアルP.6参照】

「9月中の利用者あり」の場合、「利用実人員」、「訪問回数合計」を記入してください。また、それぞれのうち、「移動介護」の人数・回数を記入してください。

利用実人員(人)		訪問回数合計(回)	
	うち移動介護(人)		うち移動介護(回)
人	人	回	回

※ここでいう「9月中の利用実人員」の計上の仕方は、例えば、同じ利用者(1人)に複数のサービス(回数)を提供しても「1人」と計上します。

④重度訪問介護利用者の障害支援区分（9月中）【回答マニュアルP.7参照】

区分4	区分5	区分6	合計	うち「重度障害者包括支援」の対象
人	人	人	人	人

2. 人員配置の状況

(1) 人員配置の状況（居宅介護および重度訪問介護全体）

①居宅介護および重度訪問介護サービスの従事者（9月30日現在）【回答マニュアルP.7参照】

利用者がいた場合に対応できる人数を回答してください。常勤換算数は小数点以下第1位まで記入してください。複数の資格を保有している場合は、上側の資格優先で計上してください。

※用語の定義、常勤換算の計算方法は、回答マニュアル(P.4)をご参照ください。

【回答する上での注意点】

居宅介護事業所の職員配置基準では、管理者及びサービス提供責任者は1人以上(常勤専従)、ヘルパーは2.5人以上(常勤換算数)配置することとされています。回答漏れにご注意ください。

	常勤専従	常勤兼務	(常勤兼務の 常勤換算数)	非常勤	(非常勤の 常勤換算数)
介護福祉士					
実務者研修修了者					
旧介護職員基礎研修課程修了者					
旧ホームヘルパー1級研修課程修了者					
初任者研修修了者(旧ホームヘルパー2級研修課程修了者含む)					
障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者(旧ホームヘルパー3級研修課程修了者含む)					
重度訪問介護従事者養成研修修了者					
その他の職員					

②サービス提供責任者の人数（9月30日現在）

従事者のうち、サービス提供責任者の人数を記入してください。他のサービスと掛け持ちしている者も含めます。 → ( )人

## C 生活介護事業シート

※ここでの「生活介護」は、障害者支援施設以外の指定事業所として実施している事業を指します。  
 施設の日中活動として実施している生活介護(通所含む)は、障害者支援施設シートで回答してください。

- 障害者支援施設以外の指定事業所として生活介護事業を実施している  
 障害者支援施設以外の指定事業所としては実施していない(回答の必要はありません)

### 1. 事業の実施状況

#### (1) 事業の実施状況等

##### ①定員 (9月30日現在)

定員	人
----	---

##### ②生活介護サービスの提供状況 (9月中) 【回答マニュアルP.6参照】

9月中の営業日数	日
----------	---

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

### 2. 利用状況

#### (1) 利用状況

##### ①利用状況

- 9月中の利用者あり  
 9月中の利用者なし →以上で、生活介護事業シートの回答は終了です。

##### ②利用期間別の利用者数等 (9月中) 【回答マニュアルP.7参照】

「9月中の利用者あり」の場合、「利用期間別利用実人員」、「利用延人数」を記入してください。

利用実人員 (総数:人)	(再掲)利用期間別			利用延人数 (人)
	1年以下	1年超3年以下	3年超	
	人	人	人	
				人

※ここでの「9月中の利用実人員」の計上の仕方は、例えば、同じ利用者(1人)に複数のサービス(回数)を提供しても「1人」と計上します。

##### ③実利用者数(現員)の障害支援区分、年齢階級の状況 (9月中)

※WEB調査票では、「合計」欄は自動計算されます。

障害支援区分、 年齢階級の状況	18歳未満	18歳以上 40歳未満	40歳以上 50歳未満	50歳以上 65歳未満	65歳以上	合計
	区分1	人	人	人	人	人
区分2	人	人	人	人	人	人
区分3	人	人	人	人	人	人
区分4	人	人	人	人	人	人
区分5	人	人	人	人	人	人
区分6	人	人	人	人	人	人
非該当・その他 (認定中等)	人	人	人	人	人	人

## D 短期入所事業シート

### 1. 事業の実施状況

#### (1) 事業の実施状況等

##### ①事業所形態（9月30日現在）

<input type="checkbox"/> 単独型	<input type="checkbox"/> 併設型	<input type="checkbox"/> 空床型	<input type="checkbox"/> 併設型+空床型
------------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------------

##### ②併設型の種類（「併設型」と「併設型+空床型」のみ）（9月30日現在）

<input type="checkbox"/> 障害者支援施設等の本体施設に併設	<input type="checkbox"/> グループホームに併設	<input type="checkbox"/> その他
---	-------------------------------------	------------------------------

##### ③定員（9月30日現在）【回答マニュアルP.7参照】

定員	人
----	---

※空床型の場合は記入不要。

##### ④短期入所サービスの提供状況（9月中）

<input type="checkbox"/> 9月中の利用者あり
<input type="checkbox"/> 9月中の利用者なし →以上で、短期入所事業シートの回答は終了です。

##### ⑤利用実人数・日数（9月中）【回答マニュアルP.8参照】

「9月中の利用者あり」の場合、「障害者」「障害児」別の「利用実人員」、「利用日数合計」を回答してください。

※ここでいう「9月中の利用実人員」の計上の仕方は、例えば、同じ利用者(1人)に複数のサービス(回数)を提供しても「1人」と計上します。

	障害者(18歳以上)	障害児(18歳未満)
利用実人員	人	人
利用日数合計	日	日

## E 共同生活援助（グループホーム）事業シート

### 1. 事業の実施状況

#### (1) 事業の実施状況等

##### ①事業所形態（9月30日現在）

<input type="checkbox"/> 介護サービス包括型	<input type="checkbox"/> 外部サービス利用型
------------------------------------	------------------------------------

##### ②定員（9月30日現在）

定員	人
----	---

##### ③定員別住居箇所数（9月30日現在）【回答マニュアルP.8参照】

すべての「共同生活住居」について(3カ所あれば3カ所すべてについて)、定員別に住居箇所数を回答してください。

定員	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人	9人	10人	11～20人	21～30人
住居箇所数	カ所	カ所	カ所								

#### (2) 人員配置の状況

##### ①共同生活援助（グループホーム）の従事者数（9月30日現在）【回答マニュアルP.8参照】

※利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。常勤換算数は小数点以下第1位まで記入してください。

※用語の定義、常勤換算の計算方法は、回答マニュアル(P.4)をご参照ください。

##### 【回答する上での注意点】

共同生活援助(グループホーム)事業所の職員配置基準では、管理者1人、サービス管理責任者(常勤でなくて可)、利用者数に応じた数の生活支援員、世話人を配置することとされています。回答漏れにご注意ください。

	常勤専従	常勤兼務	(常勤兼務の換算数)	非常勤	(非常勤の換算数)
サービス管理責任者			.		.
世話人			.		.
生活支援員			.		.
その他の職員			.		.

##### ②資格保有者数（9月30日現在）

「共同生活援助(グループホーム)」に従事する者のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。

	社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士
常勤の従事者数(人)	人	人	人
非常勤の従事者数(人)	人	人	人

③研修修了者数（9月30日現在）

「共同生活援助(グループホーム)」に従事する者のうち、それぞれの研修終了者の人数(実数)を記入してください。1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。

	喀痰吸引 (第1号)	喀痰吸引 (第2号)	喀痰吸引 (第3号)	強度行動 (実践研修)	強度行動 (基礎研修)
サービス管理責任者					
世話人					
生活支援員					
その他の職員					

※喀痰吸引＝喀痰吸引等研修、強度行動＝強度行動障害支援者養成研修

2. 利用状況

(1) 利用者の状況

①実利用者数（9月中）【回答マニュアルP.8参照】

実利用者数(9月中)	→ 個人単位のヘルパー利用(介護包括型)利用者数:( )人 人 → うち、サテライト型の実利用者数(サテライトがある場合):( )人								
年齢階級別	18歳未満	18歳以上 40歳未満	40歳以上 50歳未満	50歳以上 65歳未満	65歳以上				
	人	人	人	人	人				
障害支援区分、サービス提供時間帯(夜間を除く。)の支援内容別(9月中の実績)。  ※複数の支援を実施の場合、それぞれに1つずつカウントしてください。		活動プログラムの提供	食事提供	排泄介助	入浴介助	外出支援	通院介助	見守りのみ	その他
	区分1		人	人	人	人	人	人	人
	区分2	人	人	人	人	人	人	人	人
	区分3	人	人	人	人	人	人	人	人
	区分4	人	人	人	人	人	人	人	人
	区分5	人	人	人	人	人	人	人	人
	区分6	人	人	人	人	人	人	人	人
	非該当・その他 (認定中等)	人	人	人	人	人	人	人	人

## F 相談支援事業シート

### 1. 事業の実施状況等【回答マニュアル P.8 参照】

#### (1) 事業の実施状況等

#### ①指定を受けている相談の種類（9月30日現在）※複数回答可

- 指定一般相談支援事業(地域相談)
- 指定特定相談支援事業(計画相談)
- 指定障害児相談支援事業

#### ②市町村の委託（市町村による一般的な相談支援の委託：9月30日現在）

※市町村等が設置する事業所に職員派遣(出向等)を行っている場合など、受託の有無以外のケースは回答不要です。

- 受託している
- 受託していない

【以下、指定特定相談支援事業所に関してのみ回答してください(一般相談、障害児相談のみの事業所は終了)】

#### ③開所日数（9月中）【回答マニュアル P.6 参照】

開所日数	日
------	---

#### ④計画相談支援サービスの従事者数（9月30日現在）

※利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。常勤換算数は小数点以下第1位まで記入してください。

※用語の定義、常勤換算の計算方法は、回答マニュアル(P.4)をご参照ください。

	常勤専従	常勤兼務	(常勤兼務の換算数)	非常勤	(非常勤の換算数)
管理者			.		.
相談支援専門員			.		.
その他の職員			.		.

#### ⑤資格保有者数（9月30日現在）【回答マニュアル P.8 参照】

従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。

	社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士
常勤の従事者数	人	人	人
非常勤の従事者数	人	人	人

#### ⑥支援におけるピアサポーターの活用（9月中）

- 実績あり →ピアサポーターの実人員（ ）人
- 実績なし

## 2. 相談件数等

### (1) 利用状況

#### ①利用契約者数（9月30日現在）

事業所としての計画相談支援サービスの契約者数を回答してください。

→ ( )人

#### ②計画相談支援サービスの提供状況（9月中）

9月中の利用者あり

9月中の利用者なし → 以上で、相談支援事業シートの回答は終了です。

#### ③利用実人員等（9月中）【回答マニュアルP.9参照】

「9月中の利用者あり」の場合、9月中の利用者数を記入してください。

実利用者数(A)				
人	(A)のうち、サービス利用支援対象者(B)	(B)のうち、既にサービスを利用している者	(A)のうち、継続サービス利用支援(モニタリング等)対象者	(A)のうち、計画相談支援の利用に至らなかった者
	人	人	人	人

※9月中にサービス利用支援(計画作成)または継続サービス利用支援(モニタリング等)を提供した人数を記入してください。

#### ④サービス利用支援（計画作成）による居宅等への訪問回数（9月中）

身体障害	知的障害	精神障害	重複障害	発達障害	難病
回	回	回	回	回	回

#### ⑤継続サービス利用支援（モニタリング等）による居宅等への訪問回数（9月中）

身体障害	知的障害	精神障害	重複障害	発達障害	難病
回	回	回	回	回	回