**＜日中サービス支援型グループホームモニタリング調査　調査票＞**

※グループホームの事業所管理者の方がご記入ください。

**１基本情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 事業所名 |  |
| 記入者 |  | 記入者の役職等 |  |
| 住居（　カ所） | * 〇〇ホーム（定員　〇名／入居者　〇名）自己所有　借り上げ
* 〇〇ホーム（定員　〇名／入居者　〇名）自己所有　借り上げ
 |
| 短期入所 | 併設型　・　単独型　　（定員　〇名/入居者　〇名） |
| 入居者の障害種別 | 身体　・　知的　・　精神　・　難病　・　その他（〇名）　（〇名）　（〇名）　（〇名） 　（〇名） |
| 入居者の障害支援区分 | 区分１　・　区分２　・　区分３　・　区分４　・　区分５　・　区分６（〇名）　　（〇名）　　（〇名）　　（〇名）　　（〇名）　 （〇名） |
| 強度行動障害を有する入居者の有無 | あり（○名）　　　　　　・　　　　　　なし |
| 所在市町村外から支給決定を受けている者の有無 | 　　　　　　あり（〇名）　　　　　　・　　　　　　なし |
| GHの車の保有数（利用者の送迎用） | 　　　　　　　　　　　　　　　〇〇台 |
| かかりつけ医療機関 |  | かかりつけ訪問看護ステーション |  |
| 徴収している家賃・食糧費等の有無 | あり　　　なし | 徴収している家賃・食糧費等の金額 | 　（　　　　　　　円） |

**２．面談者について**　***※現場にてサービスを直接提供している方をお願いします。***

|  |  |
| --- | --- |
| 面談予定者 | 職種・役割　　　（　　　　　　　　　　　　　）経験年数　　（　　　　年　　　　か月　　）※グループホームに携わった年数（通算） |
| 氏名　（　　　　　　　　　　　　　） |
| 同席者について | 　あり（職氏名：　　　　　　）　なし |
| 利用者の同席の有無 | 　あり　　　　　　　　・　　　　なし |

**３．利用者に対する意思決定支援について**

　　次の項目について、当てはまる数字（１～５）に〇を記入してください。

1. 金銭管理について、利用者の意思決定を尊重できているか。

できている　　　　　←　　　　　　　　→　　　　　できていない

　　　　　５　　　　４　　　　　　３　　　　　　２　　　　　　１

1. 食生活について、利用者の意思決定を尊重できているか。

できている　　　　　←　　　　　　　　→　　　　　できていない

　　　　　５　　　　４　　　　　　３　　　　　　２　　　　　　１

1. 日中の過ごし方について利用者の意思決定を尊重できているか。

できている　　　　　←　　　　　　　　→　　　　　できていない

　　　　　５　　　　４　　　　　　３　　　　　　２　　　　　　１

1. 一人暮らしの希望について利用者の意思を確認したうえで尊重できているか

できている　　　　　←　　　　　　　　→　　　　　できていない

　　　　　５　　　　４　　　　　　３　　　　　　２　　　　　　１

1. 外出支援は利用者の希望に沿って行われているか。

できている　　　　　←　　　　　　　　→　　　　　できていない

　　　　　５　　　　４　　　　　　３　　　　　　２　　　　　　１

1. 服薬の調整は利用者のための調整となっているか（支援者のための服薬となっていないか）

できている　　　　　←　　　　　　　　→　　　　　できていない

　　　　　５　　　　４　　　　　　３　　　　　　２　　　　　　１

1. 上記内容について工夫していること、困っていること等あれば具体的に記述してください（自由記述）

|  |
| --- |
| 【記載欄】 |

**４．事業所の体制について**

　　次の項目について、当てはまる数字（１～５）に〇を記入してください。

1. 世話人や生活支援員への情報共有ができているか。

できている　　　　　←　　　　　　　　→　　　　　できていない

　　　　　５　　　　４　　　　　　３　　　　　　２　　　　　　１

1. 世話人や生活支援員の人材養成を行っているか。

できている　　　　　←　　　　　　　　→　　　　　できていない

　　　　　５　　　　４　　　　　　３　　　　　　２　　　　　　１

1. 緊急時における対応の体制が確保されているか。

できている　　　　　←　　　　　　　　→　　　　　できていない

　　　　　５　　　　４　　　　　　３　　　　　　２　　　　　　１

1. 夜間における職員体制は充分であるか

できている　　　　　←　　　　　　　　→　　　　　できていない

　　　　　５　　　　４　　　　　　３　　　　　　２　　　　　　１

1. 通院が必要になった場合に、職員体制は充分であるか

できている　　　　　←　　　　　　　　→　　　　　できていない

　　　　　５　　　　４　　　　　　３　　　　　　２　　　　　　１

1. 訪問看護ステーションとの連携は行っているか。

できている　　　　　←　　　　　　　　→　　　　　できていない

　　　　　５　　　　４　　　　　　３　　　　　　２　　　　　　１

1. 相談支援事業所との連携はとれているか。（モニタリング等の訪問は適切に行われているか）

できている　　　　　←　　　　　　　　→　　　　　できていない

　　　　　５　　　　４　　　　　　３　　　　　　２　　　　　　１

1. 利用者が地域のなかでより良い生活を送るための関係作りができているか。

できている　　　　　←　　　　　　　　→　　　　　できていない

　　　　　５　　　　４　　　　　　３　　　　　　２　　　　　　１

1. 上記内容について工夫していること、困っていること等あれば具体的に記述してください（自由記述）

|  |
| --- |
| 【記載欄】 |

**～以下は利用者に強度行動障害を有する方が居る事業所のみ回答してください～**

５．強度行動障害を有する方への支援について

　　次の項目について、当てはまる数字（１～５）に〇を記入してください。

1. 平時における支援の体制は充分であるか。

できている　　　　　←　　　　　　　　→　　　　　できていない

　　　　　５　　　　４　　　　　　３　　　　　　２　　　　　　１

1. 不穏時・興奮時等における支援の対応は確立されているか。

できている　　　　　←　　　　　　　　→　　　　　できていない

　　　　　５　　　　４　　　　　　３　　　　　　２　　　　　　１

1. 不穏時・興奮時等における支援の対応は職員間で共有されているか。

できている　　　　　←　　　　　　　　→　　　　　できていない

　　　　　５　　　　４　　　　　　３　　　　　　２　　　　　　１

1. 上記内容について工夫していること、困っていること等あれば具体的に記述してください（自由記述）

|  |
| --- |
| 【記載欄】 |