

## 在宅就労における支援効果に関するチェックシート

年 月 日

利用者名		受給者証番号	
------	--	--------	--

## 在宅就労支援の妥当性

## (生活面)

- |                          |                              |                               |                                    |
|--------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| ・起床や食事等、自ら生活リズムを作ることができる | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> 支援があればできる |
| ・時間の管理ができ、予定を立てることができる   | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> 支援があればできる |
| ・自分の障害や症状の理解ができる         | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> 支援があればできる |
| ・体調不良時に自ら対処することができる      | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> 支援があればできる |
| ・服薬管理ができる                | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> 支援があればできる |
| ・感情のコントロールができる           | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> 支援があればできる |
| ・自ら意思表示ができる              | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> 支援があればできる |

&lt;「できない」又は「支援があればできる」とした項目における具体的対処方針&gt;

※「できない」又は「支援があればできる」とした利用者に対し、在宅就労を可能にするための具体的内容を記載  
(事業所職員や同居家族の支援など)

## (作業面)

- |                           |                              |                               |                                    |
|---------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| ・自分の就労能力の理解ができている         | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> 支援があればできる |
| ・作業意欲が強く、積極的に取り組むことができる   | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> 支援があればできる |
| ・集中力が途切れず、最後までやり遂げることができる | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> 支援があればできる |
| ・作業と休憩の区別ができる             | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> 支援があればできる |
| ・電話等の手段による指示内容を理解できる      | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> 支援があればできる |
| ・指示に従い、指示通りに対応することができる    | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> 支援があればできる |
| ・困ったときなどに援助を求めることができる     | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> 支援があればできる |

&lt;「できない」又は「支援があればできる」とした項目における具体的対処方針&gt;

※「できない」又は「支援があればできる」とした利用者に対し、在宅就労を可能にするための具体的内容を記載  
(事業所職員や同居家族の支援など)

(環境面)

- |                          |                              |                               |                                    |
|--------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| ・作業環境の変化に対応することができる      | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> 支援があればできる |
| ・自宅において、決められた作業場所がある     | <input type="checkbox"/> ある  | <input type="checkbox"/> ない   |                                    |
| ・通信手段、ネットワーク環境等が整備されている  | <input type="checkbox"/> ある  | <input type="checkbox"/> ない   |                                    |
| ・同居家族がいる場合、家族の理解・支援がある   | <input type="checkbox"/> ある  | <input type="checkbox"/> ない   | <input type="checkbox"/> 同居家族がいない  |
| ・月1回、対面による達成度評価を行うことができる | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない |                                    |

<「できない」、「ない」又は「支援があればできる」とした項目における具体的対処方針>

※「できない」、「ない」又は「支援があればできる」とした利用者に対し、在宅就労を可能にするための具体的内容を記載

想定される具体的な支援内容

※通常の通所による作業と同等程度であり、在宅での作業が適当と認められる作業メニューが確保されたうえで、個々の利用者に見合った、効果的な支援内容を記載

※下記の具体的な支援効果を達成するための、具体的な支援内容であること

期待される具体的な支援効果

※利用者の希望理由を踏まえ、在宅就労支援を行うことが妥当と判断される、具体的な支援効果を記載

妥当性の判定

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 具体的な支援効果が認められるため、在宅就労支援を実施する    |
| <input type="checkbox"/> 具体的な支援効果が期待できないため、在宅就労支援の実施を見送る |

記録者		確認者（サービス管理責任者）	
-----	--	----------------	--