

## 在宅でのサービス利用による支援効果チェックリスト

利用者名		受給者番号	
サービス種別	就労移行支援 ・ 就労継続支援A型 ・ 就労継続支援B型		
事業所名			
記入年月日		記入者	

## 1. 在宅での就労支援の妥当性判断項目(該当する欄に☑をつけてください)

※「生活面」「作業面」の項目で「できる」「ある」以外に☑がある場合は、在宅でサービスを利用する際の支援方法や対処方法について、各項目の「具体的な支援方法」欄に記入してください。

生活面	①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"/> 支援が必要	<input type="checkbox"/> できない
	具体的な支援方法			
	②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"/> 支援が必要	<input type="checkbox"/> できない
	具体的な支援方法			
	③自分の障害や症状の理解ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支援が必要	<input type="checkbox"/> できない
	具体的な支援方法			
	④自分の体調を把握できる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支援が必要	<input type="checkbox"/> できない
	具体的な支援方法			
	⑤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"/> 支援が必要	<input type="checkbox"/> できない
	具体的な支援方法			
	⑥服薬管理ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支援が必要	<input type="checkbox"/> できない
	具体的な支援方法			
	⑦就労意欲・作業意欲がある	<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない
	具体的な支援方法			
	⑧自ら意思表示ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支援が必要	<input type="checkbox"/> できない
	具体的な支援方法			

作業面	⑨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"/> 支援が必要	<input type="checkbox"/> できない
	具体的な支援方法			
	⑩作業と休憩の区別ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支援が必要	<input type="checkbox"/> できない
	具体的な支援方法			
	⑪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"/> 支援が必要	<input type="checkbox"/> できない
	具体的な支援方法			
	⑫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"/> 支援が必要	<input type="checkbox"/> できない
	具体的な支援方法			
環境面	⑬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"/> 支援が必要	<input type="checkbox"/> できない
	具体的な支援方法			
環境面	⑭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
	⑮通信手段、ネットワーク環境が整備されている	<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない

2. 以下の項目について、都チェックリスト(運営規程別紙)の内容を確認の上、記入又は○をつけてください。

<b>【在宅支援の理由】</b> ・利用者の希望、障害特性や作業内容等に起因する理由等を具体的に記載すること	
<b>【想定される具体的な支援内容】</b> ・常在宅利用者が行う作業活動、訓練等のメニューが確保されているか ※都チェックリスト5	別紙「就労系障害福祉サービスにおける在宅でのサービス提供実施計画書」の「作業活動、訓練等の内容」欄に具体的に記載すること
<b>【日中の連絡方法】</b> ・1日2回の連絡、助言又は進捗状況の確認に加え、作業活動、訓練の内容に応じ、1日2回を超えた対応が可能であること。 ※都チェックリスト6	電話 ・ メール ・ PCやスマートフォンのWEB会議機能等 その他( )
<b>【緊急時の対応】</b> ・緊急時の対応手順、利用者からの相談・連絡窓口や対応フローを整理し、職員・利用者に周知しておくこと ・事業所による定期訪問や緊急時訪問ができる地域であること ※都チェックリスト7	できる ・ できない
<b>【評価の方法(週)】</b> ・1週間に1回は、日々の体調変化のフォロー、訓練の取組状況、困りごとの把握、訓練や作業に関する評価を行うこと ※都チェックリスト9	職員の居宅訪問 ・ 利用者の通所 ・ 電話 PCやスマートフォンのWEB会議機能等 その他( )
<b>【評価の方法(月)】</b> ・月に1日は、訓練目標の達成度の評価等を行うこと ※都チェックリスト10	職員の居宅訪問 ・ 利用者の通所