

在宅利用の支援効果に関するチェックシート（事業者記入）

年 月 日

利用者名		受給者証番号 (新規申請の場合は空白)	
------	--	------------------------	--

（社会参加の状況）

		「できない」又は「支援があればできる」項目の状況	「できない」又は「支援があればできる」項目の具体的な対処方針	長期目標（1年後）	確認欄
・慣れた場所は、一人で行くことができる。	<input type="checkbox"/>	できる			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	できない			
	<input type="checkbox"/>	支援があればできる			
・公共交通機関の利用ができる	<input type="checkbox"/>	できる			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	できない			
	<input type="checkbox"/>	支援があればできる			
・通所先までの移動ができる (上記で外出ができるのに通所先まで移動ができない場合は、理由を詳細に記載すること。)	<input type="checkbox"/>	できる			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	できない			
	<input type="checkbox"/>	支援があればできる			
・障害特性（対人面の緊張、不安が高いなど）があるものの、通所ができる。	<input type="checkbox"/>	できる			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	できない			
	<input type="checkbox"/>	支援があればできる			
（その他の理由1）	<input type="checkbox"/>	できる			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	できない			
	<input type="checkbox"/>	支援があればできる			
（その他の理由2）	<input type="checkbox"/>	できる			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	できない			
	<input type="checkbox"/>	支援があればできる			

妥当性の判定（市記入欄）

通所ができないため、次の審査に進む。

通所が可能のため、在宅利用の決定をしない。

(生活面)

			「できない」又は「支援があればできる」項目の状況	「できない」又は「支援があればできる」項目の具体的な対処方針	長期目標（1年後）	確認欄
・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"/>
	<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"/>
	<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"/>
	<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"/>
	<input type="checkbox"/>	できない				
	<input type="checkbox"/>	支援があればできる				

※通所での利用が原則となるため、対処方針、目標が適切に設定がされていない場合は決定できません。

(作業面)

			「できない」又は「支援があればできる」項目の状況	「できない」又は「支援があればできる」項目の具体的な対処方針	長期目標（1年後）	確認欄
・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"/>
	<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"/>
	<input type="checkbox"/>	できない				
	<input type="checkbox"/>	支援があればできる				
	<input type="checkbox"/>	できる				<input type="checkbox"/>

・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"/>	できない				<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	支援があればできる				
	<input type="checkbox"/>	できる				<input type="checkbox"/>
・作業と休憩の区別ができる	<input type="checkbox"/>	できない				<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	支援があればできる				
	<input type="checkbox"/>	できる				<input type="checkbox"/>
・電話等の手段による指示内容を理解できる	<input type="checkbox"/>	できない				<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	支援があればできる				
	<input type="checkbox"/>	できる				<input type="checkbox"/>
・指示に従い、指示通りに対応することができる	<input type="checkbox"/>	できない				<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	支援があればできる				
	<input type="checkbox"/>	できる				<input type="checkbox"/>
・困ったときなどに援助を求めることができる	<input type="checkbox"/>	できない				<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	支援があればできる				
	<input type="checkbox"/>	できる				<input type="checkbox"/>

※通所での利用が原則となるため、対処方針、目標が適切に設定がされていない場合は決定できません。

事業者として支援方針や具体的な支援内容 ※生産活動の内容により一般就労に必要な知識の習得や能力向上が見込まれるかを記載すること。

--	--

在宅利用の利用予定				
	在宅利用申立時の予定	3か月後	6か月後	1年後
通所日数	日/週	日/週	日/週	日/週
在宅利用の日数	日/週	日/週	日/週	日/週

生産活動の内容					
	生産活動の内容	生産物の量（1カ月当たり）	生産活動収入（1カ月当たり）	積算根拠（単価×生産物の量など）	生産活動の支出（原材料費など）

生産活動 1				
生産活動 2				
生産活動 3				
生産活動 4				

※eスポーツや植物の水やりを1日に数回行うだけの活動、インターネット検索、自習、卓球教室や麻雀教室での手伝いに相当する活動、また、所定の場所にただ居るだけの活動など、公費による就労支援における生産活動として不適切な活動については、在宅利用の決定をいたしません。

工賃の額（1カ月あたり）			
工賃の額（1カ月あたり）		備考（生産活動収入と差がある場合は、理由を記載してください。）	

定員		※東大阪市以外の利用者を含めてご記入ください。		
就労継続支援B型の定員		在宅利用の支給決定者数		在宅利用の割合 (50%以下になること。)

留意事項通知に記載の要件		※実施するものにチェックを入れてください。		
項目		実施内容		
<input type="checkbox"/>	運営規程に在宅で実施する訓練及び支援内容を記載していますか？			
<input type="checkbox"/>	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こと。			
<input type="checkbox"/>	1日2回の連絡、助言又は進捗状況の確認、日報作成を行うこと。作業活動、訓練等の内容等に応じ、1日2回を超えた対応を行うこと。			
<input type="checkbox"/>	緊急時の対応ができること。			
<input type="checkbox"/>	疑義照会等に対し、随時、訪問や連絡等による必要な支援が提供できる体制を確保すること。			
<input type="checkbox"/>	事業所職員による訪問、利用者の通所又は電話・パソコン等のICT機器の活用により、評価等を1週間につき1回は行うこと。			
<input type="checkbox"/>	原則として月の利用日数のうち1日は事業所職員による訪問又は利用者による通所により、事業所内において訓練目標に対する達成度の評価等を行うこと。			

記録者			
事業者名		担当者名	
電話番号			

妥当性の判定（市記入欄）	<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、通所で決定をする。
---------------------	---	--