

## 在宅利用における支援効果に関するチェックシート

奈良市長

所在地	
事業所名	
代表者名	(印)
事業所番号	

利用者	氏名	
	住所	
	受給者番号	
	サービス種別	

確認事項	1	提供する支援内容や実施する訓練 (具体的内容)
	2	在宅での事業実施の妥当性 【 ※該当箇所に☑チェックする 】 ・服薬管理が決められた通りできている ( <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> どちらともいえない ) ・体調不良時に対処できる ( <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> どちらともいえない ) ・自分の障害や疾病の理解ができている ( <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> どちらともいえない ) ・感情のコントロールができている ( <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> どちらともいえない ) ・意思表示ができる ( <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> どちらともいえない ) ・就労意欲や作業意欲がある ( <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> どちらともいえない ) ・指示に従わないで手休めをしたり居眠りをしない ( <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> どちらともいえない ) ・指示内容を理解できる ( <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> どちらともいえない ) ・ひらがなや簡単な漢字が読める ( <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> どちらともいえない ) ※項目に「いいえ」や「どちらともいえない」がある場合、在宅での事業実施の妥当性を注意深く検討することが望まれます。いいえの項目に対処方針について記入してください。 <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; width: 80%; margin: 10px auto; height: 60px;"></div>
	3	在宅利用により期待できる支援効果 (具体的内容)
	4	事業所の総合評価 在宅利用の効果 【 有 ・ 無 】 (どちらかを○してください)