

サービス等利用計画

利用者氏名	〇〇 〇〇	障害支援区分	区分 1	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890	利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	△△ △△
地域相談支援受給者証番号					
計画作成日	平成×年10月×日	モニタリング期間(開始年月)	1月(平成×年10月~12月の3か月)	利用者同意署名欄	〇〇 〇〇

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	本人) あえて言えば左片麻痺を改善して働けるようになりたい。 家族) 日常生活で大きな介護がいるわけでもなく、身体の状態はある程度回復したと思っている。家族に迷惑を掛けていると言うが、意欲が持てないことが心配。積極的に社会とかかわってほしい。就職への道筋がつけばうれしい。
総合的な援助の方針	ご本人の将来を考え、就職(社会参加)への見通しが立つような支援が必要と考えます。当面は、ご本人の希望する身体機能の回復を図りながら興味・関心のあることを伸ばし、社会との関わりを再び取り戻していくことから一緒に考えていきましょう。
長期目標	就職への見通しを具体的に持てるようになる。
短期目標	意欲がわからない原因について、専門的な見地から評価していただき、訓練経過の中でご本人の興味や関心が持てることについて、もっと掘り下げてやってみる。

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1	左片麻痺を改善したい	専門的な評価を受け、どの部分に回復可能性があるのか、訓練目標をどこに置くのか、明確化した上で障害の改善に取り組む	当面、支給決定期間の12ヶ月とする	<ul style="list-style-type: none"> 自立訓練(機能訓練)週4回通所利用(月-8日) 具体的メニューは初期評価後検討 	D事業所(〇〇サービス管理責任者 ***-***-****)	<ul style="list-style-type: none"> 評価に協力する。 訓練に取り組む。 	1ヶ月	
2	日々の生活に意欲が持てるようになりたい	専門的な評価を受け、意欲を持てるようになるための具体的な取り組みを明らかにする				<ul style="list-style-type: none"> 評価に協力する。 	1ヶ月	
3	何をすべきなのか分からないもやもやした気持ちを改善したい	評価後、支援計画の中で訓練目標を明確化し、訓練経過を経る中で具体化していく。				<ul style="list-style-type: none"> 評価結果や同様の障害を持つ方の体験談を聞くなど様々な情報や、訓練経過の中で知り得た情報などから、将来像をイメージしてみる。 	1ヶ月	
4	これから先の生活の目標や自分が楽しめることを持てるようになりたい	訓練以外の興味・関心を持てることを整理しながら、その中で様々な体験をしてみる。	同上	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援(随時) 焦らず、現在の状況を正確に把握し、ステップごとの目標提示等、本人ご家族に適切な情報提供することで安心感につなげる。 	〇〇相談支援事業所(〇〇相談支援専門員 ***-***-****)	<ul style="list-style-type: none"> 興味や関心があることを体験しながら考えていく。趣味などに再度挑戦することも考えてみる。 	1ヶ月	自立訓練以外の社会資源の活用を含めて検討します。
5	これから先の生活をイメージでき、取り組んでいけるようになりたい	就労や社会参加等の様々な可能性についての情報収集をおこない、目指すべき生活を考える。				<ul style="list-style-type: none"> 職員やご家族、相談支援専門員とコミュニケーションの機会を増やし、情報収集を図る。 	1ヶ月	