

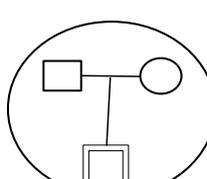
申請者の現状（基本情報）

作成日	年 月 日	相談支援事業者名	〇〇相談支援事業所	計画作成担当者	
-----	-------	----------	-----------	---------	--

1. 概要（支援経過・現状と課題等）

父、母、本人の四人暮らし。主たる介護者は母である。高校卒業後、〇〇会社に就職したが、職場内の人間関係により精神的に不安定となり退職。精神科を受診したところ、うつ病と診断された。主治医の勧めにより福祉就労を目指すこととなった。

2. 利用者の状況

氏名	草津 太郎	生年月日	年 月 日	年齢	
住所	〇〇相談支援事業所			電話番号	123-456-7890
	持家・借家・グループ/ケアホーム 入所施設・医療機関・その他())			FAX番号	
障害または疾患名	うつ病	障害程度区分		性別	男・女
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入 父 67歳 自営業 母 68歳 パート … 主たる介護者 			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等（役割） 〇〇相談支援事業所（一般相談） 〇〇病院 草津市障害福祉課 		
生活歴 ※受診歴等含む 草津市に出生。小学校・中学校では普通学級に在籍し、高校に進学した後も特に問題なく過ごす。高校卒業後、〇〇会社に就職したが、職場内の人間関係により精神的に不安定となり退職。〇年〇月に精神科（〇〇クリニック）を受診したところ、うつ病と診断された。			医療の状況 〇〇病院：月1回		
本人の主訴（意向・希望） 少しずついいので働けるようになりたい。			家族の主訴（意向・希望） もっと自信を持てるようになってほしい。安全な生活環境を整えてあげたい。		

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）	一般相談	〇〇相談支援事業所	相談支援	月1回	
その他の支援	親族による介護	近隣に住む親族	日中の外出支援	月1回	

申請者の現状（基本情報）【現在の生活】

利用者氏名	草津 太郎	障害程度区分		相談支援事業者名	草津 太郎
				計画作成担当者	

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	起床	起床	起床	起床	起床			
8:00								
10:00								
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食			
14:00								
16:00								
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食			
20:00								
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝			
0:00								
2:00								
4:00								

【記載例】

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)	草津 太郎	障害福祉サービス受給者証番号		プラン作成協力者名 (保護者氏名)	
連絡先(電話番号)	090-××××-□□□□	児童通所受給者証番号		作成補助事業所名	

計画案作成日	令和 年 月 日	障害支援区分	1 2 3 4 5 6 区分なし
--------	----------	--------	------------------

困っていること (生活全般の解決すべき課題)	<ul style="list-style-type: none"> ・働く上での不安がある。 ・自分の思いを言葉で伝えることが苦手。 ・生活リズムが不安定。
こうなりたい！ こんな生活をしたい！ (利用者及びその家族の生活 に対する意向)	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事をしたい。 ・自分の思いを上手に伝えることができるようになりたい。 ・入浴や着替えについて自分でできることを増やしたい。

サービスの大別	受けたいサービスの種類	こんなことをやってみます！ (総合的な援助の方針)	私の目標とその目標の達成時期 (提供される福祉サービス等の 目標及びその達成時期)	サービス量	利用事業所名
日中活動系 サービス	障害者 総合支 援法 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input checked="" type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活・機能) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> その他()	・支援者が本人と友達の間に入って、思いが伝わるようにコミュニケーションを支援してほしい。	【目標】 支援者にコミュニケーションの見本を示してもらって一緒に友達へ伝えてみる。困ったことがあれば、支援者を呼ぶ。		就労継続支援B型〇〇
	児童福 祉法 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> その他()				
訪問系サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護 (家事援助・身体介護・通院介助) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	・お風呂で洗髪や着替え(上着)を手伝ってほしい。	【目標】 洗髪や着替えについてやり方を教えてもらい、自分ができるところは頑張ってみる。	1時間×3回/週×5週 計 15時間	ヘルパーステーション△△
居住系サービス	<input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 (グループホーム) ()		【目標】		開始日:
地域相談支援サービス	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 ()		【目標】		開始日:
備考	イドウ シエン コウキョウツウキカン キンセンカンリトウ リョウ 移動支援：公共交通機関や金銭管理等の利用をサポートしてほしい。ツキ ジカン 月15時間				

【記載例】

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)	草津 太郎	障害福祉サービス受給者証番号		プラン作成協力者名 (保護者氏名)	
連絡先(電話番号)		児童通所受給者証番号		作成補助事業所名	
		地域相談支援受給者証番号			

計画案作成日

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								平日は作業所に通所。 週3回、自分で入浴できるようにヘルパーを利用して訓練をする。 日曜日の午後からヘルパーと散歩に出かける。 週単位以外のサービス ○○病院:3か月に1回 △△歯科:1ヶ月に1回
8:00	起床・朝食							
10:00	作業所							
12:00								
14:00	移動支援							
16:00								
18:00	夕食							
20:00	身体介護		身体介護		身体介護			
22:00								
0:00	就寝							
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像

本人の自立する力を付けながら家族の負担軽減が図れる。