

(番号)

サービス等利用計画書(1)

<input checked="" type="radio"/> 初回	<input type="radio"/> 継続
-------------------------------------	--------------------------

利用者名: 綾小路 晃子 性別 女 生年月日: 昭和 55 年 7 月 8 日 36 歳 住所 市川市北方 2-1-39

指定相談支援事業者名・所在地及び計画作成者 市川市西野 2119 相談支援事業所 ステップ 西海 勝男 印

初回サービス等利用計画作成日: 平成 28 年 8 月 25 日 サービス等利用計画変更日: 平成 年 月 日

受給者証の有無、有効期間及び番号: 有 平成 31 年 8 月 31 日 NO. 無 上限額: 0 円

障害程度区分							<input checked="" type="radio"/>	
	非該当	1	2	3	4	5	6	未認定

利用者および家族の希望	本人: 障害者支援施設で自分の生活をしたい。 今までの病院生活より良い生活をしたい。 家族: 自分たちは高齢のために自宅での介護はできない。 施設の中でみんなとうまく過ごしてもらいたい。
-------------	--

相談支援専門員の支援方針	障害者支援施設の生活に早く慣れる。 人生をあきらめることなく、少しでも楽しみが見つかるように支援する。 自分の生活の中に生きがいを探ることができるようにする。
--------------	---

長期目標 (1年間)	健康に留意しながら、本人の活動の場が広がるように支援する。
------------	-------------------------------

短期目標 (2ヶ月)	障害者支援施設の生活に早く慣れていく。 アセスメントの中で、本人のできる活動を探していく。
------------	--

(番号: 1)

サービス等利用計画書(2)

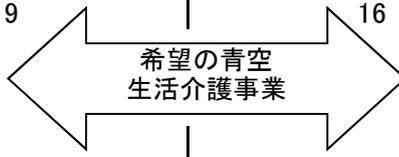
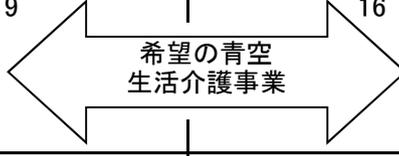
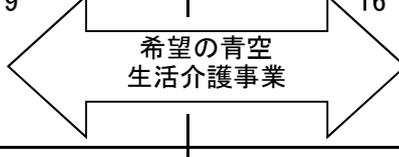
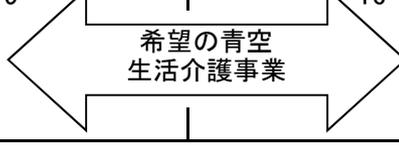
別紙様式4

ニーズの優先順位	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標 (目標を達成すべき時期を明記する 必要のあるものは時期を記入)	援助内容 (提供期間を明記する必要があるものは「頻度」欄に記入)			費用 (円/月)				
			サービス内容	サービス種別 (事業者等)	頻度	サービス費用 (全額)			自己負担	
						単位	回数	合計		
1	健康に留意して生活したい。	健康に留意し、施設で過ごす。	体調の変化を観察する。	施設入所支援 希望の青空	31日	291	31	90,210	9,021	
2	日中に出来る活動を行いたい。	他の利用者と一緒に日中活動ができるものを行う。	日中の活動を楽しむ。	生活介護 希望の青空	23日	1081	23	248,630	24,863	
3	自分の車椅子がほしい	車椅子を作成するために関係者と連絡をとる。	車椅子を作成するための情報を提供する。	相談支援専門員 ステップ	早めに					
4	社会福祉のボランティアがしたい。	入所しながらボランティア活動を行う。	施設の中で出来るボランティアを考える。	相談支援専門員 ステップ						
サービス利用計画の有効期限					平成 29 年 8 月 31日まで	サービス費合計		338,840	自己負担額	0
備 考					本人または代理人の同意					
食事代として別途費用がかかる。 ※週間ケア計画を必要に応じて添付					日 付 平成 28 年 8 月 25 日					
					署 名 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 綾小路 晃子					

週間ケア計画

受付 No.1 氏名 綾小路 晃子

平成28年8月25日 作成

	早 朝	午 前	午 後	夜 間	摘 要
月	施設入所支援 希望の青空	9 	16	施設入所支援 希望の青空	
火	施設入所支援 希望の青空	9 	16	施設入所支援 希望の青空	
水	施設入所支援 希望の青空	9 	16	施設入所支援 希望の青空	
木	施設入所支援 希望の青空	9 	16	施設入所支援 希望の青空	
金	施設入所支援 希望の青空	9 	16	施設入所支援 希望の青空	
土	施設入所支援 希望の青空				
日	施設入所支援 希望の青空				
摘要					

作成者氏名・所属: