

サービス等利用計画(案)

計画作成(更新)日

平成〇〇年〇月〇日

利用者氏名	〇〇 〇〇 様	( 〇〇 年 〇 月 〇 日生)	男・女	相談支援事業所名	相談支援事業所リリーフ
				相談支援専門員	〇〇 〇〇 印
計画の全体目標	ご自身の体調を考慮しながら、快適な日常生活を送れるようにする。				
6ヶ月後の望まれる状態像 (短期目標)	生活リズムの確立、週2日通所する事に慣れる。				
1年後の望まれる状態像 (長期目標)	自分に自信を持ち、就職のイメージができる。				
受給者証番号	〇〇〇〇〇	計画期間	〇〇年〇月〇日～〇〇年〇月〇日	モニタリングの頻度	当初3月間は毎月、その後6月に1回
				利用者負担上限月額	円

主なニーズとサービス等利用計画

主なニーズ	サービス等利用計画									ご本人の役割
	ニーズへの対応 (計画の目標)	①障害福祉サービスの利用					②保健・医療サービス ③家族・ボランティア・近隣・友人等による援助			
		内容	頻度	支給期間	提供機関	担当者	内容	頻度	援助者	
季節により体の痛みに変化がある。下肢に痛みがあり疲れやすい。家事を手伝ってほしい。	出来ない部分を支援してもらいながら、出来る事は無理をせず行う。	風呂掃除、水回りの掃除 天気の良い日は布団干し 室内の片づけ、ゴミ捨て等	1/週	HO.O.O~HO.O.O	〇〇ヘルパーステーション	〇〇				じゅうたんのごみ取り、片付け 洗濯物干し。
日によって体調、精神状態に波がある。できるだけ安定させたい。	通院治療を継続し、症状を悪化させないようにする。						診察、処方、処置	1/2週~1/月	〇〇病院	予約日に通院する。 指示通り内服をする。 疲れた時は入院の相談をする。
通院、支援者、友人以外の関わりがしばらくなかった。社会にでることの不安があるので、学習したい。	人と関わりながら、就労に必要な技術を身に付ける。	就労移行プログラム パソコン、ビジネスマナーなど	2/週	HO.O.O~HO.O.O	就労移行支援事業所 〇〇	〇〇				週2日通所する。 調子が悪いときは連絡する。 困ったこと、わからないことは スタッフに相談する。
下肢に痛みがあり洗髪が大変である。通院のこと服薬のこと等も相談していきたい。	ご自身で不安に思う事等をアドバイスしてもらい安定した精神、身体状態で生活できる。洗髪で清潔な髪が保てる。						生活全般の相談に乗ってもらい、身体や精神状態によりアドバイスを受ける。痛みによりできない部分は支援を受ける。	2/週	〇〇訪問看護ステーション	不安なことがある時は相談を行う

上記計画について同意いたします

平成 年 月 日 氏名 印  
(代筆者)