

サービス等利用計画等様式、 記入上の留意点及び記入例

サービス等利用計画等の様式は、「障害福祉情報サービスかながわ」よりダウンロードできます。

また、記入上の留意点と記入例は、「サービス等利用計画作成サポートブック」（日本相談支援専門員協会）より抜粋しています。「サービス等利用計画作成サポートブック」は日本相談支援専門員協会のホームページにて公開されています。なお、障害程度区分は「障害支援区分」と読み替えてください。

- 1 サービス等利用計画案・・・P 2
- 2 記入上の留意点・・・・・・P 1 0
- 3 記入例・・・・・・・・・・P 2 9

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案(Ver.3)

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		通所受給者証番号		計画作成担当者	
計画案作成日		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意欄(署名又は押印)	

利用者及びその家族の 生活に対する意向 (希望する生活)	
総合的な援助の方針	
長期目標	
短期目標	

優先順位	解決すべき課題 (本人(家族)のニーズ)	支援目標	達成 時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人(家族)の役割	評価 時期	その他留意事項
1							
2							
3							
4							
5							
6							

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】(Ver.3)

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		通所受給者証番号		計画作成担当者	

計画開始年月	
--------	--

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

週単位以外のサービス

サービス提供
によって実現
する生活の
全体像

申請者の現状(基本情報)(Ver.3)

作成日		相談支援事業者名		計画作成担当者	
-----	--	----------	--	---------	--

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

--

2. 利用者の状況

氏 名		生年月日		年 齢	
住 所				電話番号	
	[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		障害支援区分		性別	男 ・ 女
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)		
生活歴 ※受診歴等含む				医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等	
本人の主訴(意向・希望)			家族の主訴(意向・希望)		

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)					
その他の支援					

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】(Ver.3)

利用者氏名		障害支援区分		相談支援事業者名	
				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								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス等利用計画・障害児支援利用計画(Ver.3)

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
通所受給者証番号		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意欄(署名又は押印)	
計画作成日					

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	
総合的な援助の方針	
長期目標	
短期目標	

優先順位	解決すべき課題 (本人(家族)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(家族)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								
2								
3								
4								
5								
6								

サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】(Ver.3)

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
通所受給者証番号					

計画開始年月	
--------	--

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供
によって実現
する生活の
全体像

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)(Ver.3)

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
通所受給者証番号		モニタリング実施日		利用者同意欄(署名又は押印)	
計画作成日					

総合的な援助の方針	全体の状況

優先 順位	支援目標	達成 時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人(家族)の感想・ 満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・ 解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス 種類の変更	サービス 量の変更	週間計画の 変更	
1							有・無	有・無	有・無	
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	
4							有・無	有・無	有・無	
5							有・無	有・無	有・無	
6							有・無	有・無	有・無	

継続サービス等利用計画・継続障害児支援利用計画【週間計画表】(Ver.3)

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
通所受給者証番号					
計画開始年月					

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供 によって実現 する生活の全 体像	
----------------------------------	--

記入上の留意点

1. 様式1-1：サービス等利用計画案

様式1-1

サービス等利用計画案

利用者氏名	障害程度区分	相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号		計画作成担当者
地域相談支援受給者証番号		

計画案作成日	モニタリング期間(開始年月)	利用者同意署名欄
--------	----------------	----------

①

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)

②

総合的な援助の方針

③

長期目標

④

短期目標

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	福祉サービス等種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	⑥ ⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬
2							
3							
4							
5							
6							

⑤
サービス等利用計画案全般

新規の申請（障害福祉サービスの変更を含む）及び変更申請の時に使用する。

障害者の現在の生活の状況等に関する基本情報や個別のアセスメントから導き出された一つ一つの生活課題（ニーズ）を解決し、「こうやって生活したい」「こんなことをやってみたい」という利用者が希望する生活を実現していくために、具体的な手段を示しながら一歩ずつ解決していくための計画を表したものである。また、相談支援専門員がアセスメントを通して作成した計画は、市町村が障害福祉サービスの支給決定を行うための根拠となるとても大切なものである。

①利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）

- ・「こうやって生活したい」「こんなことをやってみたい」という、利用者が希望する生活の全体像を記載する。
- ・利用者の困り感や利用者と共にした上で、できるだけ利用者の言葉や表現を使い、前向きな表現で記載する。（例：〇〇が必要なため、〇〇をしたい等）
- ・「安定的な生活がしたい」といった抽象的な表現は避ける。
- ・家族の意向を記載する場合、利用者の意向と明確に区別し誰の意向かを明示する。内容的に**家族の意向に偏らないように記載する**。
- ・利用者・家族が希望する生活を具体的にイメージしたことを確認した上で記載する。

②総合的な援助の方針

- ・総合的な援助の方針は、アセスメントにより抽出された課題をふまえ、「利用者及び家族の生活に対する意向」を相談支援専門員の立場から捉えなおしたもので、計画作成の指針となるものである。
- ・支援にかかわる関係機関に共通の最終的に到達すべき方向性や状況として記載する。
- ・利用者や家族が持っている力、強み、できること、エンパワメントを意識し、一方的に援助して終わるのではなく、援助することで強みやできることが増える方針を記載する。
- ・表現が抽象的でなく、サービス提供事業所が個別支援計画の方向性やサービス内容を決める際にも参考にしやすいように記載する。

③長期目標

- ・総合的な援助の方針をふまえた長期目標を記載する。
- ・短期目標を一つずつ解決した積み上げの結果として実現できる目標を記載する。
- ・単なる努力目標ではなく、利用者が希望する生活に近づくための目標を記載する。
- ・アセスメント結果や利用者の意向からみて妥当な（高すぎない、低すぎない）目標を記載する。
- ・利用者、家族に分かりやすい（抽象的でない、あいまいでない）目標を記載する。
- ・支援者側の目標を設定したり、サービス内容を目標に設定しない。
- ・**サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の指標になることを意識して記載する**。
- ・半年から1年をめに記載する。

④短期目標

- ・総合的な援助の方針をふまえた短期目標を記載する。
- ・長期目標実現のための段階的で具体的な目標を記載する。
- ・利用者、家族が見ても具体的に何をするのか分かり、目標達成したかどうか判断できる目標、できるだけ実現可能な内容を記載する。
- ・当面の生活の安定に向けて、利用者ニーズに即し、具体的支援の内容が明確になる目標を設定する。
- ・サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の指標になることを意識して記載する。
- ・支援者側の目標を設定しない。
- ・モニタリング頻度も視野に入れ、直近から3ヶ月までをめに記載する。

⑤サービス等利用計画案全般

- ・支給決定に直結する項目であるため、解決すべき課題（本人のニーズ）に対応する公的支援、その他の支援を網羅して検討する。
- ・支援を受けながらも利用者が役割をもつこと、エンパワメント支援を意識して記載する。

- ・サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の基礎情報となることを意識して記載する。
- ・関係機関が役割分担を明確にし、利用者の希望や支援の必要性を理解して支援できるよう、計画作成時にはできる限り利用者も含めたサービス等調整会議を開催する。
- ・単に利用者や家族の要望だけに合わせて計画作成するのではなく、相談支援専門員が専門職として利用者の希望する生活を実現するために必要なことは何かを考えて記載する。

⑥ 優先順位

- ・緊急である課題、利用者の動機づけとなる課題、すぐに効果が見込まれる課題、悪循環を作り出す原因となっている課題、医師等の専門職からの課題等を関連付け、まず取り組むべき事項から優先順位をつける。
- ・利用者、家族が優先的に解決したいと思う課題や取り組みたいという意欲的な課題から優先するなど、利用者、家族の意向を十分汲み取って記載する。

⑦ 解決すべき課題（本人のニーズ）

- ・「利用者及びその家族の生活に対する意向」「総合的な援助の方針」と連動して記載する。
- ・生活する上でサービスの利用の必要性がない課題（ニーズ）についても網羅し、単にサービスを利用するためではなく、利用者が希望する生活を実現するための課題を記載する。
- ・利用者が理解しやすいように難しい専門用語を避ける。
- ・漠然としたまとめ方ではなく、利用者の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者が自分のニーズとして捉えられるように記載する。
- ・抽象的で誰にでも当てはまるような表現は極力避け、相談支援専門員がアセスメント等を通じて専門職の視点として、その人にとっての必要なことは何かを考え、具体的にその内容を表現する。
- ・課題（ニーズ）の中にサービスの種類は記載しない。

⑧ 支援目標

- ・「解決すべき課題（本人のニーズ）」を相談支援専門員の立場から捉えなおしたもので、支援にかかわる側からの目標として記載する。
- ・長期、短期目標からさらに細分化した具体的な支援目標を記載する。

⑨ 達成時期

- ・段階的に達成できる達成時期を記載する。（省令には、「達成時期」と記載されているため、「達成期間」ではない。）

⑩ 福祉サービス等

- ・利用するサービスの内容を単に記載するのではなく、具体的な支援のポイント等も記載する。
- ・公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）とその他の支援（インフォーマルサービス）を必要に応じて盛り込む。
- ・インフォーマルサービスが含まれていない場合、直ちに不適切ということはないが、含まれていない理由を考慮して、支援の導入を検討することが重要である。
- ・支援に当たっては、福祉サービス等を導入するとともに、本人の出来ていること、強みを活かした計画作成を心がける。
- ・特定のサービスによる偏りがないように作成する。
- ・すべてのサービス種類・内容が同時並行で導入されるとは限らないので、導入順序についても計画性をもつ。
- ・社会資源の不足や未整備により、該当地域で利用できないサービスに関しても記載する。
- ・本人のニーズはあるが、社会資源の不足や未整備により利用できない、量が不足しているサービスに関しても記載する。

⑪ 課題解決のための利用者の役割

- ・利用者が取り組むべきことをできるだけ具体的に記載する。
- ・利用者が理解しやすいように難しい専門用語を避ける。
- ・利用者の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者が自分のこととして主体的に取り組もうと思えるように記載する。
- ・実効性を適切にアセスメントして、利用者に無理な負担がないように留意する。

⑫ 評価時期

- ・設定した個々の支援の達成時期をふまえ、適切な評価時期を設定する。
- ・サービス導入後の変化についてあらかじめ見通しをもち、適切な評価時期を設定する。
- ・過剰なサービスにより利用者のエンパワメントが妨げられないよう、適切な時期に必要な性の再評価が必要である。
- ・ここで設定した評価時期を総合して、全体の「モニタリング期間」を設定する。

⑬ その他留意事項

- ・項目で記載しきれない具体的な取り組み等について記載する。
- ・関係機関の役割分担等、サービス提供にあたっての留意事項を記載する。
- ・スケジュールや見通しに対して、対応方法の一貫性が必要な利用者に対しては、家族、事業所間での密な連携が重要であるため、必要に応じて、支援方法を統一するためのサービス等調整会議の開催が求められる。

「様式1-1：サービス等利用計画案」で示された具体的な支援の内容を、週単位で示した表である。利用者の本来の日常生活の流れを把握した上で、自立支援法のサービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活の流れがどのようにに変化しているかがわかる。週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活の流れを管理することができる。

さらに、週単位、24時間の時間管理を示すことで、支援チームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができ、連携を図る上で役立つものである。

専門職でない市町村行政担当者であっても、「別紙2：申請者の現状（基本情報）【現在の生活】」と比較することによって、新たに障害福祉サービスを導入する意義（支援が必要な曜日・時間帯、具体的に必要な支援の内容等）が明確に確認できるように記載する。

サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の参考情報まですべて盛り込むと情報過多となるため、この様式に記入しきれない情報は必要に応じてアセスメント表（相談支援事業所の任意様式）等を添付し、情報を補足する。

①週間計画表

- ・現時点での1週間の生活実態の全体を把握できるようできるだけ具体的に記載する。
- ・公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）とその他の支援（インフォーマルサービス）の違いが分かるように記載する。
- ・起床から就寝までの一日の生活の流れについて、支援を受けている時間だけでなく、自分で過ごす時間（活動内容）、家族や近隣、ボランティア等が支援している時間（誰が、何を、支援しているか）もできる限り切れ目なく記載する。
- ・個々の内容について、誰が（家族など）支援しているか記載する。
- ・夜間・土日は家族等がいるからといってサービスが必要でないと限らない。家族の介護状況等も記載する。

②主な日常生活上の活動

- ・週間計画を作成するにあたって重要になる日常生活上の行動や特記事項で、週間計画表に記載しなかった情報を記載する。
- ・一日の生活の中で習慣化していることがあれば記載する。
- ・家族や近隣、ボランティア等のかかわりや不在の時間帯等について記載する。
- ・利用者が自ら選んで実施しているプライベートな活動であって、週間計画表に記載されていない日々の生活、余暇活動や趣味等について記載する。
- ・利用者の強みやできること、楽しみ、生活の豊かさに着目して記載する。
- ・週間計画表に記載されていない日常生活上のリアルな様子や留意事項を記載する。

③週単位以外のサービス

- ・隔週・不定期に利用しているサービスについて記載する。（例：短期入所、住宅改修、通院状況や社会参加等）
- ・医療機関への受診状況などもここに記載する。
- ・週間計画表に記載されていない継続的な支援、サービスについて記載する。（例：権利擁護事業やボランティアや民生委員、近隣による見守り等）
- ・利用者の状態や環境が変化することによって一時的に必要なサービスについて記載する。
- ・利用者が自ら選んで実施している「主な日常生活上の活動」と異なり、相談支援専門員や市町村行政担当者、サービス提供事業所等が手配しているものを記載する。

④サービス提供によって実現する生活の全体像（計画の効果）

- ・サービス等利用計画を作成し、障害福祉サービスを提供することによって利用者はどのような生活を目指すのか、この計画を作成しサービスを提供することによってどのような効果があるのか、中立的・公平な視点で、相談支援専門員の専門職としての総合的判断を記載する。
- ・計画作成の必要性、サービス提供の根拠が客観的に分かるよう、明快かつ簡潔に記載する。（例：支援の必要性は障害に起因するのか、介護者の状態に起因するのか、地域の環境要因に起因するのか等）
- ・利用者・家族・関係機関等からの情報にはないが相談支援専門員として気になる点、注目すべき点、必要と考える事項等について記載する。

3. 別紙 1 : 申請者の現状 (基本情報)

別紙 1

申請者の現状 (基本情報)

作成日		相談支援事業者名		計画作成担当者	
-----	--	----------	--	---------	--

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

①

2. 利用者の状況

氏 名		生年月日		年 齢	
住 所	<input type="checkbox"/> [持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]			電話番号	
				FAX番号	
障害または疾患名		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 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;">②</div> </div>			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割) <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;">③</div> </div>		
生活歴 ※受診歴等含む <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;">④</div> </div>				医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	
本人の主訴(意向・希望) <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;">⑤</div> </div>			家族の主訴(意向・希望) <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;">⑥</div> </div>		

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)	⑦				
その他の支援	⑧				

基本情報表は、申請者の現状をわかりやすくまとめた一覧表というべきものである。相談支援専門員は、障害者や家族からの面接等を通して具体的な情報をまとめる。概要（支援経過・現状と課題等）については、これまでの相談・支援の経過及び現状が記載され、それに基づき今後の支援の方向性を定めるための見立てに必要な基本情報となる。このように基本情報表は、本人の主訴（意向・希望）等を含め、今後の利用者の自立支援にむけたサービス等利用計画を作成するために必要な情報を適切に収集する観点から記載されるものである。

① 1. 概要(支援経過・現状と課題等)

- ・これまでの相談・支援経過および現状、ニーズについて具体的に記載する。
- ・これらを踏まえた今後の取り組み等について具体的に記載する。
- ・相談支援専門員は、サービス等利用計画を作成する前に基本相談として、本人、家族、関係機関等と十分な情報共有を行うとともに、信頼関係をつくり、計画作成に向けての見立てを誤らないように心掛ける。

2. 利用者の状況

② 家族構成

- ・利用者を中心として、家族・親族の構成を記載する（ジェノグラム）。
- ・男性は□、女性は○で表す。
- ・利用者は二重囲いにする（回、◎）。
- ・原則として、年長者、男性を左に配置する。
- ・死去は、黒で塗りつぶす（■、●）。
- ・婚姻関係は—（横線）、離婚は—（横線）を斜めの2本線（//）で切る。
- ・同居の範囲を、実線で囲む。
- ・年齢、職業、主たる介護者、キーパーソン等、利用者を取り巻く家族環境として重要な情報を追記する。

③ 社会関係図

- ・利用者を中心として、支援にかかわる関係機関、関係者を記載する（エコマップ）。
- ・公的機関だけでなくインフォーマルで関わりのある資源も記載する。
- ・強い関係は—（太い実線）、普通の関係は—（細い実線）、弱い関係は…（点線）で表す。
- ・ストレスや葛藤の関係は、×××で表す。
- ・働きかけの方向を→（矢印）で表す。

④ 生活歴

- ・受障歴、発症歴、受診歴などについて記載する。
- ・生活歴は、現在の状況に関連している情報に焦点を当てて記載する。

⑤ 本人の主訴（意向・希望）

- ・生活課題等から整理された主訴等を簡潔に記載する。
- ・利用者の抱えている課題ではなく、利用者の意向・希望（～したい）を記載する。（例：同じ障害のある仲間と交流したい、月2回の通院時に手伝ってほしい等）
- ・できるだけ利用者本人の言葉や表現で記載する。家族や関係機関から聞き取って記載する際は、誰からの情報であるかとそれが利用者本人の主訴であると相談支援専門員が判断した根拠も記載する。
- ・利用者が言語化した主訴だけに頼るのではなく、客観的な様子や利用者にとっては慣習的になっているため気付いていないことも含めて観察する。

⑥ 家族の主訴（意向・希望）

- ・誰の主訴かを記載する。
- ・必要に応じて家族の生活、介護や経済面での負担、人間関係等を記載する。

3. 支援の状況

⑦ 公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）

- ・国、地方公共団体が主体となって実施している公的支援について記載する。
- ・障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス、地域生活支援事業、自立支援医療、介護保険サービス、権利擁護事業（成年後見制度、日常生活自立支援事業）等、現在利用している公的なサービスについて、提供機関・提供者、支援内容、頻度を記載する。
- ・公的年金（障害年金等）、各種手当、生活保護の受給状況についても記載する。

⑧ その他の支援

- ・民生委員や近隣住民による見守り、ボランティア等のインフォーマルサービスについて、提供機関・提供者、支援内容、頻度を記載する。

4. 別紙2：申請者の現状（基本情報）【現在の生活】

別紙2

申請者の現状（基本情報）【現在の生活】

利用者氏名	障害程度区分			相談支援事業者名 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								
	8:00								
	10:00								
	12:00								
	14:00								
	16:00								
	18:00								
	20:00								
	22:00								
	0:00								
	2:00								
	4:00								
									週単位以外のサービス

基本情報表(現在の生活)とは、利用者の生活の 1 日の流れを週間単位で記載したものである。現在の生活は、利用者及び家族の置かれている状況から生じている生活の困難性や困り感や望む生活があるが実現していない現状の客観的把握を 1 日の生活の流れや週単位の生活の流れから明らかにするものである。利用者の現在の生活状況の基本情報は、具体的にこのようなサービスや支援が必要であるという基礎になる情報である。

記入上の留意点は、「様式 1－2：サービス等利用計画案【週間計画表】」に準じる。

5. 様式2-1：サービス等利用計画

様式2-1

サービス等利用計画

利用者氏名	障害程度区分	相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額	計画作成担当者
地域相談支援受給者証番号		
計画作成日	モニタリング期間(開始年月)	利用者同意署名欄
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	<div>①</div>	
総合的な援助の方針		
長期目標		
短期目標		

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								
2								
3								
4								
5								
6								

障害福祉サービスの支給決定後、決定された内容に基づき「様式 1－1：サービス等利用計画案」を修正・確定し、市町村に提出するものである。
記入上の留意点は、「様式 1－1：サービス等利用計画案」の「注」に準じる。

① モニタリング期間

- ・市町村が決定したモニタリング頻度を記載する。
- ・具体的には、サービス導入当初で 3 か月間毎月モニタリングする場合は「1 か月（**25** 年 4 月～**25** 年 6 月）」と記載する。
- ・3 か月終了時点で半年に一度と判断された場合には、「6 か月（**25** 年 9 月～**26** 年 3 月）」と記載する。
- ・設定されたモニタリング期間に関わらず、状況の変化などによりサービスの調整等が必要になった場合は所用の手続きをとってモニタリング月を変更する。

6. 様式2-2：サービス等利用計画【週間計画表】

様式2-2

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	障害程度区分	相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額	計画作成担当者
地域相談支援受給者証番号		
計画開始年月		

月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00							<div><input type="checkbox"/> 週単位以外のサービス</div>
8:00							
10:00							
12:00							
14:00							
16:00							
18:00							
20:00							
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							

サービス提供
によって実現
する生活の
全体像

障害福祉サービスの支給決定後、決定された内容に基づき「様式1－2：サービス等利用計画案【週間計画表】」を修正・確定し、市町村に提出するものである。
記入上の留意点は、「様式1－2：サービス等利用計画案【週間計画表】」に準じる。

7. 様式3-1：モニタリング報告書（継続サービス利用支援）

様式3-1

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	障害程度区分	相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額	計画作成担当者
地域相談支援受給者証番号		

計画作成日	モニタリング実施日	利用者同意署名欄
		<input type="checkbox"/>

総合的な援助の方針		全体の状況	
		②	

優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービスの種類の変更	サービスの量の変更	週間計画の変更	
1	④	④	⑤	⑥	⑦	⑦				⑦
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	
4										
5										
6							有・無	有・無	有・無	

③

モニタリング結果全般

モニタリングは、サービス等利用計画に基づいて利用者によって利用者が充足されているかを確認する過程である。また、利用者の生活全般について新たに対応すべきニーズが生じていないかを、定期的・継続的に見守る過程である。モニタリング報告書は、このようにサービスが適切に利用者に届いているか、利用者に新たなニーズが発生しているか等を、適時、把握するためにモニタリングを実施したときに市町村に提出するものである。

モニタリングの結果で障害福祉サービスの種類や量が変わるときは支給申請（種類の変更）か変更申請（量の変更）をするよう助言する。

① 総合的な援助の方針

- ・「様式2-1：サービス等利用計画」に記載した総合的な援助の方針を転記する。

② 全体の状況

- ・総合的な援助の方針に対する取り組み経過、取り組みの結果としての評価、現在の生活実態・支援による利用者の自立度・生活環境の変化等を踏まえた今後の取り組みの方向性について記載する。
- ・より客観的に状況を把握するため、サービス等調整会議を開催し、利用者と関係機関等が一堂に会して評価することが必要である。

③ モニタリング結果全般

- ・以下のような点についてモニタリングを実施し、結果を記載する。
 - * サービス等利用計画通りにサービスが提供されているか。
 - * 総合的な援助の方針で想定した利用者の生活が実現しているか。
 - * 解決すべき課題（本人のニーズ）が解決し、短期目標、長期目標で掲げた状態に近づいているか。
 - * サービスの内容について利用者は満足しているか、不満や改善してほしいことはないか。
 - * 期間中に新たな課題が生まれていないか。

④ 支援目標、達成時期

- ・「様式2-1：サービス等利用計画」に記載した支援目標、達成時期を転記する。

⑤ サービス提供状況

- ・サービス提供の内容、頻度、事業者としての意見等について、サービス提供事業所から聞き取り、記載する。
- ・前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。

⑥ 本人の感想・満足度

- ・利用者の感想・満足度は、できるだけ利用者の言葉や表現で記載する。
- ・前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。

⑦ 支援目標の達成度、今後の課題・解決方法

- ・利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、サービス等調整会議で支援目標の達成度について関係者全員で評価した結果を記載する。
- ・未達成の支援目標については、サービス等調整会議において今後達成するための具体的な方策を検討する。

⑧ 計画変更の必要性、その他留意事項

- ・利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、利用者ニーズ、関係機関の支援、ライフステージ等に変化がないかを確認し、計画変更の必要性についてサービス等調整会議において評価し、その結果を記載する。
- ・計画変更の必要性がある場合、サービス種類・サービス量・週間計画の何を変更するか確認し、留意事項に具体的な変更内容を記載する。
- ・新たな課題が生まれた場合、サービス種類・量の変更を検討する。また、留意事項に新たな課題に対応した支援目標の追加理由、具体的なサービス種類・量の変更概要について記載する。
- ・支援目標が達成されていない場合、現在利用しているサービスの事業者の変更等も検討する。
- ・タイミミングを見ながら、本人の強みを活かした自立に向けての支援に切り替えていく。また、スケジュール変更に当たっては、一貫性を欠くことのないように、必要に応じて、別途、支援方法の統一を図るためのサービス等調整会議を開催する。

8. 様式3-2：継続サービス等利用計画【週間計画表】

様式3-2

利用者氏名

障害福祉サービス受給者証番号

地域相談支援受給者証番号

障害程度区分

利用者負担上限額

計画開始年月

相談支援事業者名

計画作成担当者

継続サービス等利用計画【週間計画表】

月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
600							週単位以外のサービス
800							
1000							
1200							
1400							
1600							
1800							
2000							
2200							
000							
200							
400							

サービス提供
によって実現
する生活の
全体像

モニタリングの結果、サービスの種類や量に変更はなく、曜日や時間帯のみを変更する場合にその変化の部分を記載する様式である。
記入上の留意点は、「様式 1－2：サービス等利用計画案【週間計画表】」に準じる。

記入例

サービス等利用計画案

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	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			計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画案作成日	2012年4月1日	モニタリング期間(開始年月)	3か月間は毎月	利用者同意署名欄	〇〇 〇男

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	左手を使い、以前のように働き、少しでも家族を養いたい。 趣味のガーデニングを楽しみたい。				
総合的な援助の方針	生活リズムの安定をさせ、社会参加して活動の幅を広げる。 少しでも工賃を稼ぎ、充実した生活を送れるようになる。				
長期目標	就労支援事業所を利用して、就労する。				
短期目標	就労支援事業所に週3回行けるようになる。				

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	福祉サービス等種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	右片麻痺があるが体力を維持しながら、働きたい。	一日のスケジュールを決め、体力の向上に努め、週3回就労移行支援事業所に通えるようになる。	6ヶ月	就労移行支援事業所へ週3回、10時から16時まで通う。パソコンによる入力作業を練習する。	就労移行支援事業所への通所日には時間までに準備をする。その日のボランティアの名前を調べておき挨拶する。	1ヶ月	就労移行事業所への行きはボランティアに送迎をお願いする。帰りは疲れるので事業所が送る。
2	無収入で経済的に家計がひっ迫している。	年金の手続きをする。	3ヶ月	相談支援センターのアドバイスで家族が申請手続きをする。	制度を理解する。一人で留守番をして、妻が働きに行けるように協力する。	1ヶ月	特別障害者手当の申請 貯金を整理してきちんと把握 生命保険の手続きをすめる 妻は非常勤講師から塾の教員に転職を考えている。
3	好きなガーデニングを楽しみたい。	昔の仲間と市内のガーデニングへ出かける。	12ヶ月	第1・2・4の月曜日に友人の送迎で2時間程度、ガーデニングのサークルに出かける。	仲間の介助でサークルに参加する。	1ヶ月	
4	運動不足から体重の増加があり、再発作を起こすおそれがある。	高血圧・高脂血症があるので健康管理し、体重を5キロ減らす。	3ヶ月	家の周りを散歩する(1日2回、30分ずつ)	毎日時間を決めて散歩する。	1ヶ月	再発作を予防する。
5	安心してお風呂に入りたい。	週に4回は入浴がシャワー浴をする。	1ヶ月	居宅介護(身体介護)週3回(各1時間) ・入浴の介護 移動支援事業で週1回(2時間) ・外出の支援	外出の計画を立てる。	1ヶ月	居宅介護以外の日については、妻がシャワー浴について見守り等の支援をする。
6	もっとちゃんと暮らせるようにしたい。	留守番ができるようになる。	3ヶ月	介護保険サービスによる通所リハ(ST)	通所していない日の自習	1ヶ月	

サービス等利用計画案【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	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			計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	2011年5月				

月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	短下脱着具でT字杖歩行のため転倒の危険がある。就労支援事業所へ行きはボランティアによる介助をお願いする。
8:00							休日はゆっくりしたリズムで過ごす。TVを見て過ごしている。
10:00	Vによる移動介助 就労支援センター △△ (就労移行支援)	Vによる移動介助 就労支援センター △△ (就労移行支援)	Vによる移動介助 就労支援センター △△ (就労移行支援)	Vによる移動介助 就労支援センター △△ (就労移行支援)	身体介護(入浴)		
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
14:00	身体介護(入浴)	身体介護(入浴)		移動支援 (買い物など)			
16:00	事業所の送り	Vによる移動介助	Vによる移動介助	事業所の送り			週単位以外のサービス 自宅から作業所まで公共機関(JR利用)を利用して一人で通うのは不安なため、県立大学の学生にボランティアをお願ひする。 毎月、脳外科と内科に通院する。 月に2回、通所によるリハ(STI)に通う。 通院は、市の送迎サービスを利用する。 息子と一緒にプールに行っていて水中歩行して体力の向上を図る。
18:00						シャワー浴(妻の見守り)	
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
22:00							
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	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

引きこもりの状態になっている生活から、まず、居場所づくりを考え、障害があっても働くことへの意欲を失わないでほしい。工夫すれば働く環境はできる。とっかかりはまず、就労移行支援から検討した。
本人ができるように着目し、カーデニングという余暇活動の幅を広げ、充実感を増やしていくことで生活のリズムに変化が起きる。→外へ出るという意識を高め、社会参加の一步から始める。
まだ未熟だがパソコンができる強みを生かして、持っている力を引き出す場所を提供することで、本人の居場所ができる。活動が広がる。
家族以外のボランティアを導入したのは、移動において、まだ本人の体力面で心配なので、介助できる人を探した。

申請者の現状(基本情報)

作成日	2012年4月1日	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

介護保険の介護支援専門員より、「若年の障害のある方。脳血管障害の後遺症で介護保険制度でデイサービスに通っていたが閉じこもりになっている。障害特性を考慮してこの方にあったことはないだろうか、一緒に訪問してほしい。」と相談が持ちかけられた。

発症後2年経過。その間、病院、急性期から回復期でのリハ(P T、O T、S T等)生活訓練を終えて、右片麻痺、短下肢装具装着して屋内はT字杖歩行。フローカー失語症があったが回復してきており、在宅生活となった。

第二号被保険者で介護保険制度を優先的に受けるようになり、住宅環境を整え、訪問リハ、デイサービスに数回通ったが、その後、いくら誘ってもデイサービスに行こうとしなくなり引きこもり状態になってしまった。

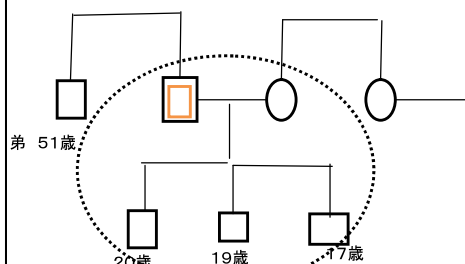
このまま自宅に居続けるとADLの低下となる。休職中だが無収入のため経済的な不安も抱え、妻が働きたいと思っている。

自宅訪問した〇〇相談支援センターが本人の意向を確認し、市役所と検討して、介護保険サービスから障害福祉サービスへの変更の決定があり、生活の基盤の安定を図り、体力面を強化して、社会参加を促し、活動の幅を広げるため、障害者相談支援事業所がサービス等利用計画を作成することとなった。

2. 利用者の状況

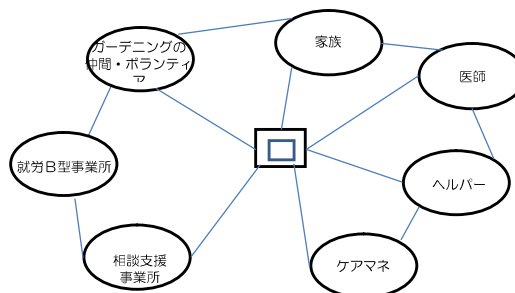
氏 名	〇〇 〇男	生年月日	〇年〇月〇日	年 齢	56歳
住 所	〒****-*** 〇〇市〇〇町**-**			電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	〔持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()〕			FAX番号	
障害または疾患名	脳血管後遺症 右片麻痺	障害程度区分	区分2	性別	男・女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入



大学生の息子2人はアルバイトしながら大学へ通っている。末っ子は高校生。3人とも学費はかかる。あまり語らないが親父思いである。

社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)



生活歴 ※受診歴等含む

大学卒業後、教員職に就く25歳のころ結婚し3人の子供を育て、家庭生活は順調。
54歳の時に脳出血を発症し手術を受け、入院加療、急性期、回復期リハを経過して、在宅も視野に入れて検討したが、右片麻痺の後遺症、フローカー失語があり、主治医よりリハセンターにて訓練を続ける必要があるといわれ、会議をして検討したが、「本人は在宅で頑張る」自宅へ帰りたい希望もあり。リハビリスタッフの訓練特に言語療法士の発語のアプローチがスムーズにいて、簡単な単語5つ程度だが、他者とのコミュニケーションができるまで回復した。回復の可能性があり、訪問リハを行う予定になった。また、右片麻痺はあるものの身辺自立ができたので自宅へ帰りたい希望が膨らみ、子供との生活を望んで、退所することになり、介護保険制度によるケアプランが訪問リハ・デイサービスの計画が立てられ在宅生活に至る。数回デイサービスを利用したが自宅で引きこもり状態となる。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

脳神経外科・・・月1回
抗てんかん薬服用(デバケンR)
内科・・・月1回(高血圧・高脂血症)
ペイスン

本人の主訴(意向・希望)

右麻痺がある。少しずつであるが、だいぶ左手が使えるようになってきた。
自宅へ帰りたいと思い帰ってきたが、デイサービスは自分の思うところではない。前のようにはいかないが、できることはしたい。

家族の主訴(意向・希望)

回復期リハで訓練ができ、体が動くようになってきた。しかし、引きこもってしまい、そんなお父さんは見たくない。前のような元気なお父さんが見たい。どこかお父さんにあったところはないだろうか。

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)	介護保険サービスのデイサービス	〇〇事業所	デイサービスで健康管理	週2回	要介護1
	福祉用具のレンタル	福祉用具〇〇事業所	立ち上がり用タッチアップバー 玄関口の手すり、廊下手すり シャワー椅子		
その他の支援	福祉用具〇〇事業所で中古のベッドを安く譲り受けた。	〇〇事業所	ベッド		
	ガーデニングの仲間会 県立大学の学生の外出援助	サークル会 学生ボランティア	ガーデニング鑑賞のガイド	月1回	介護保険制度では現状は福祉用具のサービスがない。

申請者の現状（基本情報）【現在の生活】

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
				計画作成担当者	〇〇 〇〇

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食		短下肢装具でT字杖歩行のため転倒の危険がある。外出を進めるも引きこもりが続く。このままでは体力低下や廃用性症候群になる可能性がある。 動かないことで体重の増加があり、高血圧症や高脂血症に悪い影響が出る。
8:00							起床 朝食	
10:00								
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
14:00			入浴（妹の介護）					
16:00								
18:00							シャワー浴（妻の肩すり） 夕食	
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食		
22:00								
	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00								
2:00								
4:00								
								週単位以外のサービス

サービス等利用計画

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	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	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画作成日	2011年4月15日	モニタリング期間(開始年月)	3か月間は毎月	利用者同意署名欄	〇〇 〇男

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	左手を使い、以前のように働き、少しでも家族を養いたい。				
	生活リズムの安定をさせ、社会参加して活動の幅を広げる。少しでも工賃を稼ぎ、充実した生活を送れるようになる。				
	就労支援事業所を利用して、就労する。				
総合的な援助の方針					
長期目標	就労支援事業所に週3回行けるようになる。				
短期目標					

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	右片麻痺があるが体力を維持しながら、働きたい。	一日のスケジュールを決め、体力の向上に努め、週3回就労移行支援事業所に通えるようになる。	6ヶ月	就労移行支援事業所へ週3回、10時から16時まで通う。パソコンによる入力作業を練習する。	就労支援センター 就労移行支援事業所 DM (〇〇サ ービス管 理責任者 ***-***-****)	就労移行支援事業所への通所日には時間までに準備をする。その日のボランティアの名前を調べておき挨拶する。	1ヶ月	就労移行事業所への行きはボランティアに送迎をお願いする。帰りは帰れるので事業所が送る。
2	無収入で経済的に家計がひっ迫している。	年金の手続きをする。	3ヶ月	相談支援センターのアドバイスで家族が申請手続きをする。	〇〇相談支援事業所 (〇〇相談支援専門員 ***-***-****)	制度を理解する。一人で留守番をして、妻が働きに行けるように協力する。	1ヶ月	特別障害者手当の申請 貯金を整理してきちんと把握 生命保険の手続きをすすめる 妻は非常勤講師から塾の教員に転職を考えている。
3	好きなガーデニングを楽しみたい。	昔の仲間と市内のガーデニングへ出かける。	12ヶ月	第1・2・4の月曜日に友人の送迎で2時間程度、ガーデニングのサークルに出かける。		仲間の介助でサークルに参加する。	1ヶ月	
4	運動不足から体重の増加があり、再発作を起こすおそれがある。	高血圧・高脂血症があるので健康管理し、体重を5キロ減らす。	3ヶ月	家の周りを散歩する(1日2回、30分ずつ)	〇〇総合病院 (〇〇医師 ***-***-****)	毎日時間を決めて散歩する。	1ヶ月	再発作を予防する。
5	安心してお風呂に入りたい。	週に4回は入浴がシャワー浴をする。	1ヶ月	居宅介護(身体介護)週3回(各1時間) ・入浴の介護 移動支援事業で週1回(2時間) ・外出の支援	〇〇ヘルパーズ デ ション(〇〇サ ービス提供責任者 ***-***-****)	外出の計画を立てる。	1ヶ月	居宅介護以外の日については、妻がシャワー浴について見守り等の支援をする。
6	もっとちゃんとほなせるようになるたい。	留守番ができるようになる。	3ヶ月	介護保険サービスによる通所リハ(ST)	〇〇総合病院 (〇〇医師 ***-***-****)	通所していない日の自習	1ヶ月	

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	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	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	2011年5月				

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	起床	短下脱装置でT字杖歩行のため転倒の危険がある。就労支援事業所へ行きはボランティアによる介助をお願いする。
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	
10:00	Vによる移動介助		Vによる移動介助	Vによる移動介助			休日はゆっくりしたリズムで過ごす。TVを見て過ごしている。
12:00	就労支援センター △△ (就労移行支援)		就労支援センター △△ (就労移行支援)	就労支援センター △△ (就労移行支援)	身体介護(入浴)		
14:00	身体介護(入浴)	身体介護(入浴)			昼食	昼食	週単位以外のサービス 自宅から作業所まで公共機関(JR利用)を利用して一人で通うのは不安なため、県立大学の学生にボランティアをお願する。 毎月、脳外科と内科に通院する。 月に2回、通所によるリハ(ST)に通う。 通院は、市の送迎サービスを利用する。 息子と一緒にプールに行っていて水中歩行して体力の向上を図る。
16:00	事業所の送り		Vによる移動介助	事業所の送り	移動支援 (買い物など)		
18:00						シャワー浴(妻の見守り)	
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
22:00							
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	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

引きこもりの状態になっている生活から、まず、居場所づくりを考え、障害があっても働くことへの意欲を失わないでほしい。工夫すれば働く環境はできる。とっかかりはまず、就労移行支援から検討した。
本人ができることに着目し、カーデニングという余暇活動の幅を広げ、充実感を増やしていくことで生活のリズムに変化が起きる。→外へ出るという意識を高め、社会参加の一步から始める。
まだ未熟だがパソコンができる強みを生かして、持っている力を引き出す場所を提供することで、本人の居場所ができる。活動が広がる。
家族以外のボランティアを導入したのは、移動において、まだ本人の体力面で心配なので、介助できる人を探した。

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	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	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画作成日	2011年4月15日	モニタリング実施日	2011年6月5日	利用者同意署名欄	〇〇 〇男

総合的な援助の方針		全体の状況	
優先順位	生活リズムの安定をさせ、社会参加して活動の幅を広げる。 少しでも工賃を稼ぎ、充実した生活を送れるようになる。	今後の課題・解決方法	障害者自立支援法のサービスを受けるようになり生活リズムがついた。

優先 順位	支援目標	達成 時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・ 満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・ 解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス 種類の変更	サービス 量の増減	週間計画の 変更	
1	一日のスケジュールを決め、体力の向上に努め、週3回就労移行支援事業所に通えるようになる。	6ヶ月	朝10時から16時まで(6時間)事業所で過ごすことができた。 パソコンの入力も片手打ちだが入力時間の短縮ができた。	最初は慣れなかったパソコン操作だが、左手で打つスピードが上がった。	入力する内容が簡単なものはできるようになった。 体力も付き、週3回の通所は無理なくできるようになった。	回数を週3回から4回に変更する。 就労移行支援事業所のサービス管理責任者と連携を取って、本人の能力にあった業務内容に変更してもらう。 工賃が少しアップするか。	有	無	有	パソコン業務内容について、テープおしの入力や学校新聞、塾の教材などの入力に変えて、失語症の訓練を兼ねるとともに自信につなげる。
2	年金の手続きをする。	3ヶ月	年金の手続きは完了。 (妻は求職登録をするともに、今の職場へも就職あっせんを依頼している。)	収入が少ないと心配。早く働きたい。	手続き完了。 引き継ぎ妻の求職活動についてアドバイスする。	妻が働く時間が増えることで家族関係が希薄にならないか考慮する。	有	無	有	妻の介護負担軽減を図る。
3	昔の仲間と市内のカーデニングへ出かけ。	12ヶ月	カーデニングは天候にも左右されやすいが、そんな時はDVDを見て楽しんだ。 (友人)	引きこもっていた自分の姿で落ち込む日もあったが、仲間が誘ってくれてよかった。	外出の機会が増えて、活動の幅が広がり、ちよっとしたことで重荷が出てきて、自信がついた。	仲間からの誘いだけではなく、本人から進んで計画ができるようにする方法を考える。上のライセンシにチャレンジする。	有	無	有	カーデニングの放送大学をTVで視聴して、上のライセンシを取得する。
4	高血圧・高脂血症があるので健康管理し、体重を5キロ減らす。	3ヶ月	4キロ減量できた。このまま運動を継続するように。 (主治医)	再発作が怖いので、注意している。 5キロ減らせそうに思う。	規則正しく運動している。血圧は正常値を保っている。 油ものを控えたり、食事に気を配るようになった。	引き継ぎ運動を継続。定期的な受診。食事管理、野菜や豆を多く摂取する。	有	無	有	月1回定期
5	週に4回は入浴がシャワー浴をする。	1ヶ月	脱衣は自力、浴槽の出入りは見守りで可能。浴槽内での立ち上がり動作に工夫が必要か。着衣は一部確認が必要。	風呂に入れるのは嬉しい。訓練に通っている日はシャワー浴で仕方ないか。	回数は、ほぼ達成できた。本人は毎日入浴したいのではないかと？	浴槽内の立ち上がり動作について専門職の意見を得る機会を作る。	有	無	有	専門職の意見を得るようになる。現在の通院先の外来で可能か確認する。
6	留守番ができるようになる。	3ヶ月	月2回の訓練では単語カードなどを使って訓練を行っている。着実な回復が見られている。	言いたいことが伝わるようになってきた。うれしい。	留守番をしても簡単な用件なら実施できるようになった。伝言メモも書ける。	引き継ぎ訓練を継続する。	有	無	有	

継続サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	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	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	2011年7月				

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		就労支援センターB型ではITセンターでパソコン操作を行い、文字入力を行う。 パソコン環境を整え、椅子もリクライニングタイプにしてリラクゼーションした。 昼食は事業所の職員がセッティングしてくれ、自力で摂取する。 カーデニングを昔の仲間と一緒に月3回来しむ。
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食		
10:00	カーデニングサークル会 (第1・2・4月曜)	Vによる移動介助	Vによる移動介助	Vによる移動介助	身体介護(入浴)	起床	
12:00	昼食	就労支援センター △△ (就労移行支援事業)	就労支援センター △△ (就労移行支援事業)	就労支援センター △△ (就労移行支援事業)	昼食		
14:00	身体介護(入浴)	事業所の送り	Vによる移動介助	移動支援(買い物など)		昼食	
16:00		事業所の送り	Vによる移動介助	事業所の送り			週単位以外のサービス カーデニングのサークル会を月曜日から火曜日に変更。 歩くことで体重維持し健康管理。 浴槽内での立ち上がり動作について方法を工夫する必要があるので専門職の意見をきく貴会を作る。
18:00						シャワー浴(車の見守り)	
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
22:00							
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	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

就労移行支援事業所の利用を週3回から4回に増やした。元々していた教員の教材のパソコン入力やテープ起こしをすることになった。家族を養うという意欲が出てくる。
中途障害であるが、家族と一緒に元来のライフステージを取り戻して笑顔が見られるようになってきた。
持病を持って就労する不安はあるが、仕事日を増やし、塾の教材を作成するなどパソコン入力は、失語症の訓練にもなっている。
パソコン操作は個別に行っているが、流れ作業をすることで仲間意識を高めることになり、職場環境が充実したことになる。
常に誰かのお世話にならないといけないという思いを、少しでもなくし、「自分も役割があるよ」という思いを持ってもらいたい。