

## モニタリング報告書

利用者名： 田 中 一 郎

相談支援事業者名： 相談支援事業所ラッキー

計画作成担当者： ○○ ○○ **印**

受給者証番号：○○○○○○○○○○○○

障害支援区分： 2

サービス等利用計画作成日：平成28年 6月 1日

モニタリング実施日：平成28年11月24日

総合的な支援の方針		退院後の生活設計ができるように支援します。					
順位	ニーズ	サービス提供状況	本人家族の感想・満足度	達成度	今後の課題・解決方法	計画変更の必要性	その他留意事項
1	退院して地域で生活したい	地域移行支援を利用して、グループホームと就労移行支援事業所の見学・体験利用を行なった。 ○○月○○日退院予定。	グループホームに入居しても良いと思った。	◎	退院に向けて、サービス等利用計画書を更新する。	有・無	共同生活援助（グループホーム）支給
2	働きたい	就労移行支援事業所を2か所見学・体験利用を行なった。	ワークス千葉が自分に合っていると感じた。就職はもう少し落ち着いてからにしたい。	○	通所を通して就職できる状況になったら、障害者就業・生活支援センターも紹介する予定。	有・無	就労移行支援支給
3	生活費を心配しないで暮らしたい	就職するまでは生活保護を受給予定。	病院や相談支援事業所が支援してくれるので安心した。	○	グループホーム入居と同時に生活保護申請をする。	有・無	
4	親孝行をしたい	グループホームに入居しても父親の家に定期的に帰省することになった。	帰省したら、買い物など、自分の出来る事をしあげたい。	○	父親からも定期的に話を伺う事とする。	有・無	
5	分からない事や困ったことを相談したい	病院や相談支援事業所に自分から相談している。	相談出来るのでよかった。	○	現行通り、関係機関で情報共有しながら対応する。	有・無	

達成度は◎、○、△、×で記入する。計画変更の必要性は有・無で記載する。

利用者同意署名欄 平成28年 11月 24日 利用者氏名 ( )