

(番号 )

## サービス等利用計画書(1)

 初回
  継続
  未申請
  決定済

 利用者名： 青木 和子 性別 女 生年月日：昭和 43 年 1 月 1 日 47 歳 住所 千葉県〇〇市〇〇

 指定相談支援事業者名・所在地及び計画作成者 千葉県〇〇市〇〇 ひまわり相談事業所 〇〇 〇〇 印

 初回サービス利用計画作成日 平成 27 年 10 月 1 日 サービス利用計画変更日：平成 年 月 日

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

障害支援区分	〇							未認定
	非該当	1	2	3	4	5	6	

利用者および家族の希望	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 気になる事やこれからの事を相談する相手が欲しい。</li> <li>・ 食事に気をつけてダイエットしたい。</li> <li>・ 家事や身の回りの事を手伝って欲しい、また出来るようになりたい。</li> <li>・ 貯金が減ってきているので仕事をしたい。</li> <li>・ 話し相手が欲しい。</li> </ul>
-------------	--

相談支援専門員の支援方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域定着支援で、急ぎの不安や心配事などに電話等で対応します。</li> <li>・ ヘルパーの支援で身の回りや食生活の改善を図ります、出来るように一緒にも行います。</li> <li>・ 自立訓練（生活訓練）で人と接しながら、通う習慣や体力、出来ることなどを身につけていただきます。</li> <li>・ 相談員は今後の生活費の事や就労に関しても相談にのり、必要な情報提供や紹介をします。</li> </ul>
--------------	--

長期目標（1年後）	就職やそれ以外の方法も含め、相談しながら生活費の不安を解決する。
-----------	----------------------------------

短期目標（3ヶ月後）	ヘルパーの支援と自立訓練（生活訓練）で生活上の出来る事を増やしていただく。 急ぎの心配事は電話で相談して解決する。
------------	--

(番号: )

サービス等利用計画書(2)

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	気になる事を相談したい。	困ったことや不安なことを電話で解決する。	24時間の電話対応・必要に応じた緊急の訪問	一般相談支援(地域定着支援) ひまわり相談事業所	必要時	302	1	3,020	0
1	食事に気をつけてダイエットしたい。	食事を一緒に作ってバランスの良い食事をとる。	食事づくり・洗濯・掃除などの一緒に行う家事・身だしなみに関する助言や支援	居宅介護(身体介護)	週2回 90分/回	564	10	56,400	5,640
2	家事や身の周りの事を出来るようになりたい。	ヘルパーによる声かけやサポートを受けながら掃除・洗濯を出来るようになる。身だしなみも気を配れるようになる。		□□ヘルパーステーション					
2	家事を手伝って欲しい。	疲労や気力の問題からやりきれない家事を代行してもらい、清潔を保つ。定期的に入浴出来るようにする。	トイレや風呂場・水回りの掃除・お風呂の準備などの代行	居宅介護(家事援助) □□ヘルパーステーション	週2回 30分/回	101	10	10,100	1,010
3	仕事につきたい。話し相手が欲しい。	生活リズムをつけて仕事に備える・プログラムを通して出来る事を増やす・利用者同士の交流をもつ。	各種プログラム(買い物・金銭管理・外出・資源見学・同行やレクなど)・食事の提供	自立訓練(生活訓練:通所型)	週3回	751	15	112,650	11,265
				△△センター					
3	これからの事やサービスについてを相談したい。	サービスについてや生活費について、また仕事も含めた今後の生活についてなどを相談して解決を図る。	相談・サービス等利用計画書作成・関係機関との連絡調整・モニタリングなど	計画相談支援 ひまわり相談事業所	1/月	1611	1	16,110	0
サービス利用計画(モニタリング)の有効期限			平成 28 年 9 月 30 日まで	サービス費合計	198,280	自己負担額		(17,915) → 0	
備 考					本人または代理人の同意				
居宅介護(身体)月15時間、居宅介護(家事援助)月5時間、自立訓練(生活訓練:通所)月15日、モニタリング:当初3か月は毎月サービス費以外の自己負担:ヘルパーの調理は材料費約500円・生活訓練昼食は230円					日 付 平成 27 年 10 月 1 日				
					署 名 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人				
※週間ケア計画を必要に応じて添付									

## 週間ケア計画

受付 No. 氏名 青木 和子

平成 27年 10月 1日作成

	早 朝	午 前	午 後	夜 間	摘 要
月		10:00~15:30 生活訓練 AM 金銭管理支援 PM買い物プログラム	16:30~ 17:00 居宅介護 家事援助 30分		
火		10:30~12:00 居宅介護 身体介護90分			
水		10:00~15:30 生活訓練 AM~PM社会資源学習(見 学)プログラム			
木			16:30~ 17:00 居宅介護 家事援助 30分		
金		10:00~15:30 生活訓練 AM個別面談・レクプログラム PM利用者ミーティング			
土		10:00~11:30 居宅介護 身体介護90分			
日					
摘要	居宅介護(身体介護・家事援助): □□ヘルパーステーション: 担当〇〇 〇〇〇〇-〇〇-〇 自立訓練(生活訓練:通所): △△センター: 担当〇〇 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 計画相談・一般相談(地域定着支援): ひまわり相談支援事業所: 担当〇〇 〇〇〇〇-〇〇  通院(2週に1回:火曜日): 〇〇神経科				

作成者氏名・所属      〇〇 〇〇 ・ ひまわり相談事業所