

千葉県相談支援従事者専門コース別研修事前課題

整理番号	
受講者氏名	
所属（事業所名）	

【提出書類】

- 1 千葉県相談支援従事者専門コース別研修事前課題 表紙（本紙）
- 2 相談受付票
- 3 アセスメント票
- 4 サービス利用計画書（1）
- 5 サービス利用計画書（2）
- 6 週間ケア計画

【注意事項】

御本人・御家族の氏名、住所、電話番号など個人情報に関わるものは記載しないでください（仮名等により記入願います）。

研修課題の事例として使用することについては、御本人からの承諾を得るようにしてください。

【提出方法】【重要】

上記【提出書類】を1～6の順番で、各書類下部の余白にページ番号を付番(※)の上、ホチキス留めしたものを8部用意し、研修2日目に持参してください。

※ページ番号は、グループワークで事例を発表する際に、他のメンバーの人たちが書類の確認を円滑にできるようにするためのものです。

相 談 受 付 票

相談日 令和 年 月 日

受付 No. 氏 名		相談方法 (外来、電話、文書、ファクシミリ、訪問) 経由機関 (担当者)				
性 別 (男・女) 生年月日 (才) 障害種別 種 級 障害名: 障害者手帳 身障手帳 (種 級) 療育手帳 () 精神保健福祉手帳 (級) 現住所 電 話 FAX						
相談者氏名 TEL FAX			その他の連絡先 氏名 (本人との関係) 住 所 TEL FAX			
家 族	続柄	氏 名	年齢	職業・学校	同居 別居	特記事項
	本人					
相談内容			[家族構成]			
現在受けているサービス						
対応者所見・その他の情報			対応状況			

対応職員 _____

アセスメント票

受付 No. 氏 名： 対 応 職 員：	アセスメント対応状況 <input type="checkbox"/> 家庭訪問 (月 日) (月 日) (月 日) <input type="checkbox"/> 外 来 (月 日) (月 日) (月 日) <input type="checkbox"/> 電 話 等 (月 日) (月 日) (月 日)				
障 害 者 本 人 の 概 要	生活歴				
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身障手帳 (種 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 () <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 取得していない	年金	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金 級 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 級 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他年金()	
	生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし			
	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6 <input type="checkbox"/> 未認定			
	病歴 ・ 障害歴	年 月	事 項	年 月	事 項
	医療機関利用状況〔現在の受診状況,受診科目,頻度,主治医,どの疾患での受診〕 *服薬状況 (服薬名・量)				
医療保険 被保険者 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 記号 番号 障害者医療： <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 精神通院医療 <input type="checkbox"/> その他 ()					
現在使用している福祉用具：					
生活状況〔普通の1日の流れ〕 ※週間生活表が必要な場合は別紙に記入 本人 介護者					

利用者の状況

1 生活基盤に関する領域

項目	チェック内容			本人の能力と制限 気づいたこと 本人の環境と制限 気づいたこと
	実態	希望	援助の要 ・不要	
経済環境				
住環境				

2 健康に関する領域

項目	チェック内容			本人の能力と制限 気づいたこと 本人の環境と制限 気づいたこと
	実態	希望	援助の要 ・不要	
服薬管理				
食事管理				
病気への留意				
体力				

3 日常生活に関する領域

項目	チェック内容			本人の能力と制限 気づいたこと 本人の環境と制限 気づいたこと
	実態	希望	援助の要 ・不要	
衣類着脱 (上衣) (ズボン等)				
整容行為				
食事行為				
排泄行為 (排尿) (排便)				
睡眠				
入浴行為				
ベットへ移乗 (床) (車いす等)				
屋内移動				
調理 (後かたづけを含む)				
洗濯				
掃除				
整理・整頓				
ベットメイキング				

書類の整理				
買物				
衣類の補修				
育児				

4 コミュニケーション・スキルに関する領域

項目	チェック内容			本人の能力と制限 気づいたこと 本人の環境と制限 気づいたこと
	実 態	希望	援助の要 ・不要	
意思表示の手段				
意思伝達の程度				
他者からの意思伝達の理解				
情報伝達機器の使用				

5 社会生活技能に関する領域

項目	チェック内容			本人の能力と制限 気づいたこと 本人の環境と制限 気づいたこと
	実 態	希望	援助の要 ・不要	
対人関係				
屋外移動 (近距離移動) (遠距離移動)				
金銭管理				
危機管理				

6 社会参加に関する領域

項目	チェック内容			本人の能力と制限 気づいたこと 本人の環境と制限 気づいたこと
	実 態	希望	援助の要 ・不要	
レクリエーション等				
趣味				
旅行				
当事者団体の活動				
各種社会的活動				

7 教育・就労に関する領域

項目	チェック内容			本人の能力と制限 本人の環境と制限	気づいたこと 気づいたこと
	実態	希望	援助の要 ・不要		
教育					
就労					

8 家族支援に関する領域

項目	チェック内容			本人の能力と制限 本人の環境と制限	気づいたこと 気づいたこと
	実態	希望	援助の要 ・不要		
家族 ① 情報提供 ② 介護負担軽減 ③ 家族関係調整 ④ 社会参加					

本人の要望・希望する暮らし

家族の要望・希望する暮らし

関係職種からの情報

[家屋の見取り図] 持ち家 その他
 トイレ、浴室位置の形状、玄関、道路までのアクセスや段差等の記入

その他の情報

担当者所見 (注目すべき点、気になる点を含む)

(番号)

サービス等利用計画書(1)

<input type="checkbox"/>	初回	<input type="checkbox"/>	継続
--------------------------	----	--------------------------	----

利用者名： _____ 性別 _____ 生年月日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 住所 _____

指定相談支援事業者名・所在地及び計画作成者 _____ 印 _____

初回サービス等利用計画作成日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 サービス等利用計画変更日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

障害支援区分								
	非該当	1	2	3	4	5	6	未認定

利用者および家族の希望	
-------------	--

相談支援専門員の支援方針	
--------------	--

長期目標(期間)	
----------	--

短期目標(期間)	
----------	--

(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のあるものは「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		
								0	0	
								0	0	
								0	0	
								0	0	
								0	0	
								0	0	
								0	0	
サービス等利用計画 (モニタリング) の有効期限			令和	年	月	日まで	サービス費合計	0	自己負担額	0
備 考						本人または代理人の同意				
※週間ケア計画を必要に応じて添付						日 付 令和 年 月 日				
						署 名 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人				

週間ケア計画

(受付No. 氏名

令和 年 月 日作成

	早朝	午前	午後	夜間	摘要
月					
火					
水					
木					
金					
土					
日					
摘要					

作成者所属・氏名:

週間ケア計画

受付 No.1 氏名 A・Y

令和4年5月15日作成

	早朝	午前	午後	夜間	摘要
月		9 ← ○×事業所 自立訓練 5		6 ← ヘルパ 7	
火		9 ← ○×事業所 自立訓練 5			
水		9 ← ○×事業所 自立訓練 5		6 ← ヘルパ 7	
木		9 ← ○×事業所 自立訓練 5			
金		9 ← ○×事業所 自立訓練 5		6 ← ヘルパ 7	
土					
日					
摘要	・○×事業所 自立訓練(生活訓練)(担当:I氏) Tel: - - ・○△事業所(担当:S氏) Tel: - - ・地域福祉権利擁護事業 Tel: - - ・地域生活支援センター(担当:千葉) Tel: - -				

作成者氏名・所属: 千葉太郎・地域生活支援センター