**本人に関する情報　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（C）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | さん | | | | |
| 記入者氏名 |  | 職種 |  | 記入日 |  |

■障がいに関する情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生年月日 | |  | | | | | | 年齢　　　　歳 | | | | 男・女 | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | |
| TEL | |  | | | FAX |  | | | 携帯 | |  | | |
| 障がいまたは疾患名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 障害者手帳  種類・等級 | | | 身体　　種　　　級 | | | | 知的　A1　A2　B1　B2 | | | 精神　　　　級 | | | \*該当に○・記入 |
| 特記事項  （手帳情報以外の障がい特性等） | | | |  | | | | | | | | | |
| 経済状況 | 障害基礎年金等級 | | | 1級・2級 | | | | | | | | | |
| その他の障害年金等級 | | | 1級・2級・3級 | | | | | | | | | |
| 生活保護の受給 | | | あり（　　　　　　　　円/月）　　・　　なし | | | | | | | | | |
| 就労による収入 | | | 就労先（　　　　　　　　　）賃金（　　　　　　　　円/月） | | | | | | | | | |
| その他 | | |  | | | | | | | | | |

■家族構成（保護者、主たる支援者に○印）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 年齢 | 続柄 | 同別居 | 備考（職業等） | 保護者・主たる支援者の状況  （支援状況・健康状況） |
|  |  |  | 同・別 |  | ＊児童の場合は、保護者の生年月日を記入 |
|  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  | 同・別 |  |
| 家族構成図（□＝男　○＝女　本人□　◎） | | | | 社会関係図（エコマップ）＊本人とかかわりを持つ機関・人物等（役割） | |
|  | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険法 | 要介護認定　なし（自立）　あり　⇒　要支援（　　　）要介護（　　　）  認定日　　H　　年　　月　　日  要介護認定申請　　なし　　あり　⇒　申請中（申請時期　　　　　　　　　） | | | | |
| 障害者  総合支援法 | 障がい認定　　なし　　あり　　⇒　　【障害支援区分】　（区分　　　）  認定日　H　　年　　月　　日 | | | | |
| 利用している  保健福祉  サービス | 利用サービス名 | 提供機関 | 支援内容 | 利用頻度 | 制度 |
|  |  |  | 日/月 | 介・総合 |
|  |  |  | 日/月 | 介・総合 |
|  |  |  | 日/月 | 介・総合 |
|  |  |  | 日/月 | 介・総合 |
| インフォーマル  サポート |  | | | | |

■医療に関すること

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険 | | 国保　社保　共済　生活保護　高齢医療 | |
| 医療費の助成等 | | 自立支援医療　福祉医療　重度心身障がい者医療費補　特定疾患　老人医療 | |
| 病歴 | |  | |
| 現在の治療状況 | 医療機関名（　　　　　　　　　　　）主治医（　　　　　　　　　）℡（　　　　　　　　　　） | | |
| 主病名 | | 入院・通院・往診・訪問看護・その他　　　回/月 |
| 服薬の内容 | | 治療状況 |
| 医療機関名（　　　　　　　　　　　）主治医（　　　　　　　　　）℡（　　　　　　　　　　） | | |
| 主病名 | | 入院・通院・往診・訪問看護・その他　　　回/月 |
| 服薬の内容 | | 治療状況 |
| 特記事項 | | | |

■これまでの生活歴（生育歴、教育歴、就労歴など）

|  |
| --- |
|  |

■現在の生活状況　※必要に応じてチェック表添付（Dシート）

|  |  |
| --- | --- |
| 住居状況 | 自宅（単身）　　自宅（家族と同居）　GH　 CH　 借家（アパート）  入院　入所施設　その他（　　　　　　　　　　　） |
| 住居環境 | 自室の有無、台所、寝具、トイレ、段差、手すりなどの状況 |

|  |  |
| --- | --- |
| ■本人の望むこと（いいところ、伸びてほしいところ） | ■家族、関係者の意見 |
|  |  |

|  |
| --- |
| ●記入者所見 |

今の私の暮らし【現在の生活】　　（E）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 障害支援区分 |  | 相談支援事業所名 |  |
|  | | | | 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 |
| 5：00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 備考 |  |

私の今の暮らしと、これからの希望する暮らしについて　　　　（F）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | さん | | | 記入者 | 職種：相談支援専門員 | 氏名： | 記入日： |
| ご本人に聞きます | | | | | | 関係者に聞きます | | |
| 今私が希望すること・応援してほしいこと  困っていること・不安に思うこと | | | | | | 関係者が本人に願うこと、応援したいこと  気になっていること・心配していること（誰が？を明記する） | | |
| ★好きなことや楽しみ | | ・ | | | | ・ | |
| ニーズ |  | | | | |
| ★人付き合いのこと | | ・ | | | | ・ | |
| ニーズ |  | | | | |
| ★住むところ | | ・ | | | | ・ | |
| ニーズ |  | | | | |
| ★身の回りのこと  （清潔の保持や食事に関わること等） | | ・ | | | | ・ | |
| ニーズ |  | | | | |
| ★仕事や活動のこと  （児童の場合：学校での取り組み  目標） | | ・ | | | | ・ | |
| ニーズ |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ★体や心のこと | ・ | | ・ |
| ニーズ |  | |
| ★金銭管理や経済面のこと | ・ | | ・ |
| ニーズ |  | |
| ★もしもの時のこと | ・ | | ・ |
| ニーズ |  | |
| ★その他 | ・ | | ・ |
| ニーズ |  | |
| 私の得意なこと・苦手なこと | | | 関係者が思うご本人の得意なこと・苦手なこと | |
|  | | |  | |
| 私の想いの要約（100文字） | | | | |
|  | | | | |

私の応援プラン（サービス等利用計画・障害児支援利用計画）（案）　（J）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 障害支援区分 |  | 相談支援事業者 |  |
| 保護者氏名 |  | 本人との続柄 |  |
| 障がい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 |  | 通所受給者証番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 計画作成日 |  | モニタリング期間  開始年月 |  | 保護者同意署名欄 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人の想いの要約  （100文字要約）利用者・家族の生活に対する意向 |  | 全体的な支援の方向 |
|  |
| こうありたいと思う暮らし（長期目標） |  |
| そのためにはの小さな第一歩（短期目標） |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 私や家族が希望すること  応援して欲しいこと  解決して欲しいこと  （本人や家族のニーズ） | 具体的な本人や  家族の目標  （支援目標） | 目標の  達成時期 | 応援する人・ところ | | 私や家族が行うこと  （役割） | 目標に対する振り返り時期：月日 | サービスの  開始時期  年月日 | その他留意事項（個別支援計画への伝達事項等含む） |
| 種類・内容  量（頻度・時期） | 提供事業者名  （担当者名・電話） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

★私のくらし応援プランの話し合い（ケア会議）の参加者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 | 職名 | | | 氏名 |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
| 話し合いの日　平成　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　：　　～　　　： | | 場所 |  | |

週間計画表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 | 主な日常生活上の活動 |
| 5：00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |

★このプランはケア会議において、市町村が　　確認しました　　未確認です

モニタリング報告書（継続児童支援利用援助）　（L）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 障害支援区分 |  | 相談支援事業者 |  |
| 保護者氏名 |  | 本人との続柄 |  |
| 障がい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 |  | 通所受給者証番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 計画作成日 |  | モニタリング実施日 |  | 利用者同意署名欄 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 全体的な支援の方向 | 全体の状況 |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 具体的な本人の目標  （支援目標） | 目標の  達成  時期 | サービス提供状況  （事業所からの聞き取り） | 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  量の変更 | 週間計画の変更 |
|  |  | ヶ月 |  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |
|  |  |  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |
|  |  | ヶ月 |  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |
|  |  |  |  |  |  | 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】（M）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 障害支援区分 |  | 相談支援事業者 |  |
| 保護者氏名 |  | 本人との続柄 |  |
| 障がい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 |  | 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 |
| 5：00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |

★このプランはケア会議において、市町村が　　確認しました　　未確認です【ニーズ整理票】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| インテーク | | アセスメント | | | | プランニング |
| 情報の整理 （見たこと、聴いたこと、データなど： 事実） | | 理解・解釈・仮説 （作成者のとらえたかた、解釈・推測） | | 理解・解釈・仮説② （専門的アセスメントや他者の解釈・推測） | 支援課題 (支援が必要と作成者が思うこと） | 対応・方針 （作成者がやろうと思うこと） |
| 本人の表明している希望  ・解決したい課題 | (作成者の)  おさえておきたい情報 | 本人 |  |  |  |  |
|  |  |
| 環境 |  |  |  |  |
| 今回大づかみに捉えた本人像(100文字程度で要約する) | | | | | | |
|  | | | | | | |