

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

受給者証番号	4021740263	利用者氏名(児童氏名)	廣瀬 秀俊 様	障害支援区分		保護者(児童)または後見人		本人との続柄	
利用者負担上限額	0	相談支援事業者名	指定特定相談支援事業所 わかば	電話番号	=“080-6288-8300”		計画作成担当者	齊藤美香	
計画作成日 ※面談日又は同意署名日を記載	令和5年1月30日	モニタリング実施月 ※実施月に○	① , 2 , 3 , 4 , 5 , 6 , ⑦ , 8 , 9 , 10 , 11 , 12				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)	本人	将来は一般就労を目指したい。精神的に安定したい。							
	家族								
総合的な援助の方針(本人がめ ざす生活に沿った支援の方針)	一般就労に向けて精神的に安定し充実した日々が送れるよう支援します。								
長期目標 (半年～1年後の状態)	一般就労を目指しましょう。								
短期目標 (3か月後の状態)	規則正しい生活を継続し体調を維持しましょう。								
優先 順位	解決すべき課題 (めざす生活を実現するための 本人のニーズ「～したい」)	支援目標 (達成目標「～する」)	達成 時期	課題解決のための関係者の役割(福祉サービス等)		課題解決のための 本人の役割	評価 時期 (モニタリング 実施月)	その他留意事項及び評価時期の設定理由	
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名 (担当者名・電話)				
1	精神の安定	心配事は身近な支援者に相談し 早期に解決する。	1年後	就労継続支援A型 月日数-8日/月	プランツ	不安な事をため込まず、誰かに 話す。	6ヶ月毎		
2	一般就労を目指したい	一般就労に必要な力は何かを考 えながら就労する。	1年後	就労継続支援A型 月日数-8日/月	プランツ	具体的な目標設定をする。	6ヶ月毎		
3	心不全を発症したため日々の健 康管理が必要	体調の変化に注意しながら支援 をしていきます	6か月	就労継続支援A型事業所 月日数-8日/月 ご家庭:日々	プランツ 092-5881407	体調に変化がある時は、無理を せず支援員にお知らせください	令和5年7月		
4									
5									
6									