

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	1000011245	利用者氏名(児童氏名)	桑原 柊真 様	障害支援区分		保護者(児童)または後見人	桑原 陽佐子 様	本人との続柄	母
利用者負担上限額	0	相談支援事業者名	指定障害児相談事業所 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3月23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	空腹やトイレ・眠たい・おなかすいたなど生理的欲求の訴えができるようになってほしい。							
	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)	いろいろなことを言葉で伝えることができるように支援していきます								
長期目標 (半年～1年後の状態)	トイレなど伝えられるようになり自立できるよう支援していきます								
短期目標 (3か月後の状態)	痛い・おなかすいた・トイレなど日常生活に必要なことを言葉で伝えることができるようになる								
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	家でトイレに間に合わず粗相をし てしまう。	トイレに行くことを我慢せず、自 分からトイレに行けるようになり ましょう。	3ヶ月	児童発達支援:23日/月 お母様	児童発達支援:児童 支援員 お母様	楽しく通い、先生のお話をよく 聞きましょう	令和5年9月	現在の利用は、保育園からの回数調整の要 望などもあり週2回となっているが、今回の モニタリングでお母様の負担の軽減が不可 欠な状態だと思われるため、今後支援会議 等により利用回数の調整などを行っていく予	
2	好きなものを見つけると手に取っ てしまう。	自分の物やお友達の物などの区 別が出来る様になりましょう。	6ヶ月	児童発達支援:23日/月	児童発達支援:児童 指導員	声を出してお話ししましょう	令和5年9月		
3									
4									
5									
6									