令和4年度日常生活支援住居施設管理者等資質向上研修

2日目グループワーク事前課題

|  |  |
| --- | --- |
| 受講番号 |  |
| 受講者氏名 |  |
| 人員配置  （1つ選択） | 15:1  10:1  7.5:1  5:1 |
| 食事提供 | あり　・　なし |
| 宿直 | あり　・　なし |

締切：2日目プログラム受講日の7日前

提出先アドレス：nichiju.kenshu@gmail.com

・計画対象者の氏名はイニシャルとしてください。

・個人の特定につながる情報（住所、固有名詞など）は記号に置き換えたり、一般名詞に置き換えたりしてください。（例：A市、B内科医院、デイサービス）

事例概要

【イニシャル】

【年代】

【性別】

【入所してからの期間】

【疾病・障害・特性など】

【生活歴・入所の経緯】

【社会福祉サービスの利用状況】

【本人の今後の意向】

日常生活支援住居施設　個別支援計画

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | 様 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 計画No. | 第　　　　回目 |
| 事業所名 |  | 個別支援計画  作成担当者名 | 生活支援提供責任者  　氏名： | 計画作成日 | 0　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所者の生活に対する意向  １ |  | ９ | 総合的な支援  の方針 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生活全般の質を向上させるための課題（ニーズ）  ２ | 日常生活及び社会生活上の支援の目標（課題に対する目標）  ３ | 達成時期  （期間）  ４ | 支援内容・方法等 | | | 備考  （留意事項）  ８ |
| 内容  ５ | 方法  ６ | 提供機関  ７  担当者 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 【同意書】  私は、上記の個別支援計画について説明を受け、  これに基づいて支援が行われることに同意しました。 | 年　　　　月　　　　日 |
| 本人　 　　　　　　　㊞ |
| 代理人等　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |