

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	年 月 日

1	入所者の生活 に対する意向	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）	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）	達成時期 （期間）	支援内容・方法等			備考 （留意事項）
			内容	方法	提供機関 担当者	
2	3	4	5	6	7	8

【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 印
代理人等 印