

サービス等利用計画

利用者氏名	障害支援事業名	障害支援区分	相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号	計画作成担当者	区分 2	サンクスシェア(者)
地域相談支援受給者証番号	利用者負担上限額	0 円	
	通所受給者証番号		利用者同意署名欄
計画作成日	有効期間(開始年月)	2か月	

福岡での生活を再開し、グループホームの生活を基盤に自分に合う通所先、信頼できる良い支援者等に巡り合い、運転免許の再取得や将来就職に役立つような資格や技能を習得するなどして、将来は就職を目指すなどしたい。

生活が少しずつ充実させていきたい。

出身ですが、事情により福岡の病院に入院され、退院支援(地域移行支援)を利用して現在のグループホームに入居しました。慣れない福岡の地での地域生活を開始され、日中活動については就労継続支援B型に所属されました。福岡での生活を安定させたいと願っておられました。土地勘がなく、知り合いも居ないことと、郷里の への転居を決意し、貯めた貯金を使って令和5年12月下旬に転居を果たされましたが、当初希望した 市からは遠く、思っていた状況とは異なる状況だったため、福岡での生活と変わらなしいと思ったり、再び福岡に戻ることが決まりました。福岡での生活を続けられることになりました。

このため、本支援では、従前に取り組もうとしていたように、本人の得意な部分や苦手な部分等の特性について、支援の中で理解を深めながら、本人の持ち味を活かせるようになり、福岡の地で少しでも充実した生活を築いていくことができるようになります。

支援機関で連携して支援してまいります。

なお、日中通所する利用機関等を改めて探すなどの支援が必要で、定着までは紆余曲折も想定されることから、日中の利用先や過ごし方がある程度安定し、生活全体が安定するまでの期間、本人、関係機関との連携等を密に行う必要性があることから、引き続き、2か月ごとのモニタリングの継続を希望します。

長期目標	長期目標	達成時期	課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
短期目標	短期目標	達成時期	本人の役割	2か月	【本人から福祉サービス支援者へ】
優先順位	優先順位	達成時期	本人の役割	2か月	・できることをできないと言ったり、できないことをできないと言わないでほしい。
1 安心して生活したい。	1 安心して生活したい。	1年	共同生活援助(当該月の日数) ※精神障害者地域移行特別加算対象	2か月	・事前説明と実際の相違や突然の予定変更は受入れ難いので基本的に変更しないです。
					・やむを得ず変更が必要な場合であっても、非常事態の場合を除き、必ず7日前までに予告して丁寧な説明をすることで決定ではなく結論を選ぶようにしてほしい。
					・なるべく静かで集中できる環境

