

様式3－1

モニタリング報告書（継続サービス利用支援）

利用者氏名		お住まいの地域		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号 通所受給者証番号		障害支援区分			
地域相談支援助受給者証番号		負担上限月額	円／月	計画作成担当者	
計画作成日		モニタリング実施日		利用者同意署名欄	
総合的な援助の方針			全体の状況		

優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1			1 実施されている 2 実施されていないことがある 3 実施されていない	1 満足している 2 やや満足している 3 不満である	1 効果が見られる 2 変化なし 3 悪化している	1 継続する 2 中止する 3 変更する	有・無	有・無	有・無	
2			1 実施されている 2 実施されていないことがある 3 実施されていない	1 満足している 2 やや満足している 3 不満である	1 効果が見られる 2 変化なし 3 悪化している	1 継続する 2 中止する 3 変更する	有・無	有・無	有・無	
3			1 実施されている 2 実施されていないことがある 3 実施されていない	1 満足している 2 やや満足している 3 不満である	1 効果が見られる 2 変化なし 3 悪化している	1 継続する 2 中止する 3 変更する	有・無	有・無	有・無	
4			1 実施されている 2 実施されていないことがある 3 実施されていない	1 満足している 2 やや満足している 3 不満である	1 効果が見られる 2 変化なし 3 悪化している	1 継続する 2 中止する 3 変更する	有・無	有・無	有・無	
5			1 実施されている 2 実施されていないことがある 3 実施されていない	1 満足している 2 やや満足している 3 不満である	1 効果が見られる 2 変化なし 3 悪化している	1 継続する 2 中止する 3 変更する	有・無	有・無	有・無	