

サービス等利用計画案・障がい者支援利用計画案(セルフプラン)

利用者氏名			利用者生年月日	昭和／平成	年	月	日	受給者番号	
計画作成支援者		続柄		住所				連絡先電話番号	
計画作成者				本人(家族)同意署名				計画作成日	令和 年 月 日
1. 希望する生活と困っていることについて				2. 希望する生活をするための目標					
希望する生活:				☐ 現在の生活を維持したい ☐ 日中 活動する場所に通いたい ☐ 生活のリズムをつくりたい ☐ 生活習慣を身につけたい ☐ 家事のスキルを上げたい ☐ 一人で生活したい ☐ 生活のしづらさを軽減させたい ☐ 仕事をしたい ☐ 外出 機会を増やしたい ☐ 施設やグループホームで生活したい ☐ 家族の負担を減らしたい ☐ 施設やグループホームを出て生活したい ☐ 行動を整えたい ☐ その他()					
困っていること:				3. その他 (気を付けてほしいことなど)			4.セルフプランにした理由		
							☐ 相談支援事業所が見つからないため。 ☐ 自分(本人)が作成したいため。 ☐ 支援者()が作成したいため。 ☐ その他()		
利用したい福祉サービス		利用したい理由			利用時間又は回数		支援期間	提供事業所名	
日中活動	☐ 就労移行支援				日 / 月		1年		
	☐ 就労継続支援A型				日 / 月				
	☐ 就労継続支援B型				日 / 月				
	☐ 就労定着支援				日 / 月				
	☐ 生活介護				日 / 月				
	☐ 自立訓練(生活・機能)				日 / 月				
	☐ その他()								
在宅支援	☐ 居宅介護(身体介護)				時間/1回	時間/月	1年		
	☐ 居宅介護(家事援助)				時間/1回	時間/月			
	☐ 居宅介護(通院等介助)				時間/1回	時間/月			
	☐ 居宅介護(通院等乗降介助)				時間/1回	時間/月			
	☐ 同行援護				時間/1回	時間/月	1年		
	☐ 行動援護				時間/1回	時間/月			
	☐ 重度訪問介護				時間/1回	時間/月			
☐ 重度障害者等包括支援	時間/1回				時間/月				
☐ 地域(移行・定着)支援	時間/1回				時間/月				
☐ その他									
居住支援	☐ 施設入所支援				当該月の日数		1年		
	☐ 宿泊型自立訓練								
	☐ 共同生活援助(グループホーム)								
	☐ 共同生活介護(ケアホーム)								
	☐ 短期入所(福祉型・医療型)								
	☐ その他				日/月				

記入例

サービス等利用計画案・障がい者支援利用計画案(セルフプラン)

利用者氏名			利用者生年月日	平成/令和 年 月 日	受給者番号	
計画作成支援者		続柄	住所		連絡先電話番号	
計画作成者			本人(家族)同意署名		計画作成日	令和 年 月 日

1. 希望する生活と困っていることについて	2. 希望する生活をするための目標	
希望する生活: 右上肢、右下肢麻痺により身体障害者手帳1級を所持しています。家事を行うことが困難な状況。平日は就労継続支援B型事業所に通って、軽作業を行っています。休みの日はほとんど家でテレビをみたり、本を読んでいます。精神的に不調になることもありますが、自分のペースで生活しています。	☒ 現在の生活を維持したい ☐ 生活のリズムをつくりたい ☐ 家事のスキルを上げたい ☐ 生活のしづらさを軽減させたい ☐ 外出 機会を増やしたい ☐ 家族の負担を減らしたい ☐ 行動を整えたい ☐ 日中 活動する場所に通いたい ☐ 生活習慣を身につけたい ☒ 一人で生活したい ☒ 仕事をしたい ☐ 施設やグループホームで生活したい ☐ 施設やグループホームを出て生活したい ☐ その他()	
困っていること: 外出時介助などの支援が必要で、買い物や食事の準備など支援が必要。何か仕事をしたいが、疲れやすいため仕事に就けるか不安。	3. その他 (気を付けてほしいことなど)	4. セルフプランにした理由
		☐ 相談支援事業所が見つからないため。 ☒ 自分(本人)が作成したいため。 ☐ 支援者()が作成したいため。 ☒ その他(今の支援体制が充足しているため)

利用したい福祉サービス		利用したい理由	利用時間又は回数	支援期間	提供事業所名	
日中活動	☐ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援A型 ☒ 就労継続支援B型 ☐ 就労定着支援 ☐ 生活介護 ☐ 自立訓練(生活・機能) ☐ その他()	就労に向けて体力づくりや集中力を身につけたい。今後の就職活動について職員からアドバイスがほしい。	当該月の日数-(8 日)	1年	〇〇事業所	
在宅支援	☐ 居宅介護(身体介護) ☒ 居宅介護(家事援助) ☐ 居宅介護(通院等介助) ☐ 居宅介護(通院等乗降介助) ☐ 同行援護 ☐ 行動援護 ☐ 重度訪問介護 ☐ 重度障害者等包括支援 ☐ 地域(移行・定着)支援 ☐ その他	食事の準備や、買い物など支援が必要なため	時間/1回 1 時間/1回 時間/1回 時間/1回 時間/1回	15 時間/月 15 時間/月 時間/月 時間/月 時間/月	1年	□□事業所
居住支援	☐ 施設入所支援 ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 共同生活援助(グループホーム) ☐ 共同生活介護(ケアホーム) ☐ 短期入所(福祉型・医療型) ☐ その他		当該月の日数	日/月	1年	

サービス等利用計画・週間計画表(セルフプラン)

氏名:

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								週単位以外のサービス
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								
備考								