

セルフプランの書き方について

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン①）

利用者氏名 盛岡 太郎	区分 区分1	生年月日 昭和50年 1月 2日	連絡先電話番号 987-654-3210
受給者番号 123456789	計画作成日 令和 年 月 日	作成補助者（または保護者）	

◎希望する生活や目標について

区分については、障害支援区分がある方のみお書きください。

ご本人が作成する際に、お手伝いをしてくれた方がいた場合は名前をお書きください。保護者以外の場合は、所属先等お書きください。

希望する生活 (又は、困っている事やどのようにしたいか)	「こうやって生活がしたい」「こんなことをやってみたい」という希望する生活を、具体的にイメージしてから書きましょう。又、本人の希望なのか、家族の希望なのか、分かるようにしましょう。
---------------------------------	---

目標	希望する生活に近づくための目標を記入しましょう。本人や家族にとって分かりやすい具体的な目標がよいでしょう。
----	---

①～④は、希望する生活や目標についての記入例です。記入例を参考にしながら、ご自身の生活を振り返り、希望する生活や目標についてお書きください。

① グループホームに入りながら、就労系事業所に通うAさんの場合

希望する生活	・就職をして、アパートに1人暮らしができるようになりたい。
目標	・就労事業所〇〇に週5日通い、一定時間集中して作業ができるようになる。 ・グループホームで生活リズムを整え、家事(掃除や洗濯など)を覚える。 ・収入の範囲でやりくりできるようになる。

② 在宅で生活し、居宅介護(家事援助)を利用しているBさんの場合

希望する生活	・体調を整えながら、自宅で楽しみを持ちながら生活したい。
目標	・ヘルパーさんに手伝ってもらい、部屋の片づけができるようになる。 ・定期受診をし、薬の飲み忘れが無いようにする。 ・興味のある活動に参加しながら楽しみを見つける。

③ 在宅で生活し、生活介護を利用しているDさんの場合

希望する生活	・事業所では〇〇を作り、家では大好きな音楽を聴いて元気に暮らしたい。
目標	(本人)事業所に休まず通えるようにする。 (本人)糖尿病があるため、おやつは1日1回にする。 (家族)生活介護を利用し、様々な活動に参加して得意な活動を見つけてほしい。

④ 在宅で生活し、短期入所と通所事業所を利用しているDさんの場合

希望する生活	・体調を崩すことなく、自宅で家族と一緒に仲よく暮らしていきたい。 ・家族が不在の時も安心して生活したい。
目標	・通所事業所に週3回は通って体力を付けていく。 ・身の回りのできることは、家族に頼らず自分で取り組むようにする。 ・家族が不在の時や体調が悪い時は、短期入所を利用するようにする。 (家族)自分が用事がある時に利用できるように、施設に泊まることに慣れてもらいたい。

◎これから利用したいサービスの記入の仕方

記入する前に、ご自身の障害福祉サービス受給者証を見て、利用しているサービスを確認しましょう。

<サービス内容に変更が無い場合>

- ①ご自身が利用したいサービスについて、レ点を付けてください。
- ②事業所名の欄があるサービスは、現在利用している事業所の名前を記入してください。
- ③(月 日)(時間/月)等書いてある欄のあるサービスは、受給者証の支給量を  確認して記入してください。

* ご自身の受給者証を見て支給決定内容を確認。

サービス種別	居宅介護 (家事援助中心)
支給量等	6時間/月 利用可能時間 1.5時間/回

<サービス内容に変更がある場合>

プランを作成する前に、障がい福祉課までご相談ください。

◎これから利用したいサービス

		サービス内容・利用回数・事業所名			
日中活動	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 (事業所名:)	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 (月 日) (事業所名:)			
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 (事業所名:)	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス (月 日) (事業所名:)			
	<input checked="" type="checkbox"/> 就労継続支援B型 (事業所名: △△△事業所)	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 (月 日) (事業所名:)			
	<input type="checkbox"/> 生活介護 (事業所名:)	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター		
	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活・機能) (事業所名:)	<input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 (事業所名:)	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 (事業所名:)	<input type="checkbox"/> 施設入所支援 (事業所名:)		
住まい 在宅	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助) (6 時間/月: 1.5 時間/回) (事業所名: 〇〇〇ヘルパー事業所)				
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(身体介護) (時間/月: 時間/回) (事業所名:)				
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(通院介助) (時間/月) (事業所名:)	<input type="checkbox"/> 短期入所 (月 日) (事業所名:)			
	<input type="checkbox"/> 同行支援 (時間/月) (事業所名:)	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 (時間/月) (事業所名:)			
	<input type="checkbox"/> 行動支援 (時間/月) (事業所名:)	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 (事業所名:)	<input type="checkbox"/> 地域定着支援 (事業所名:)		
その他	* その他には、上記以外に通っていたり、利用しているサービスについてお書きください。				

※この様式が使いにくい時には、この様式に準じた別の様式を使うことができます。