

# 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)

利用者本人が、指定相談支援事業所を利用せず、自分(家族、支援者含む)で利用計画案を作成し、サービスの利用調整をします。  
指定相談支援事業所によるモニタリングが実施されないことを了承します。

利用者氏名	堺 太郎	障害支援区分	3	セルフプラン作成日	年 月 日
保護者氏名又は作成補助者氏名	大阪 花子	連絡先	計画作成者の連絡先		
利用者との関係又は事業所名	本人・家族(続柄)・成年後見人等	支援者	事業者名	〇〇事業所	
希望する暮らし・目標	生活についての希望や、将来、どんな生活を送りたいかについて、記載してください。 (例：簡単な料理を作れるようになりたい、仕事をしたい、ショッピングに出かけたい、)				

## 利用する福祉サービス等

### ① 障害児通所支援(18歳以下のみ)

18歳以下のみ記載してください。

必要なこと	利用する事業者名	希望するサービス	希望する日数
<input type="checkbox"/> 友達や大人と触れ合う機会を作り、経験を増やしたい		<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月
<input type="checkbox"/> 生活面で出来ることや発達・発育を促したい		<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	日/月
<input type="checkbox"/> 学校等の集団生活を生き生きと過ごせるようになりたい		<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	日/月
<input type="checkbox"/> 現在利用しているサービスを引き続き使いたい		<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日/月
<input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月

サービス内容を変更せず、そのまま利用するときは、これに☑チェックしてください。

### ② 訪問系

必要なこと	利用する事業者名	希望するサービス	希望する回数
<input type="checkbox"/> 入浴・食事などを手伝ってほしい		<input type="checkbox"/> 身体介護	時間/月
<input type="checkbox"/> 家事を手伝ってほしい		<input type="checkbox"/> 家事援助	時間/月
<input type="checkbox"/> 外出に付き添ってほしい		<input type="checkbox"/> 通院等介助	時間/月
希望先行 ( )		<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	回/月
<input type="checkbox"/> 現在利用しているサービスを引き続き使いたい		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	時間/月
<input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 行動支援	時間/月
		<input type="checkbox"/> 同行支援	時間/月
		<input type="checkbox"/> 移動支援	時間/月

サービス内容を変更せず、そのまま利用するときは、これに☑チェックしてください。

### ③ 日中活動系

必要なこと	利用する事業者名	希望するサービス	希望する日数・時間数・回数
<input type="checkbox"/> 介護を受けながら活動したい		<input type="checkbox"/> 生活介護	日/月
<input type="checkbox"/> 簡単な作業などの活動がしたい		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	日/月
<input type="checkbox"/> 就労を目指して一定期間内で訓練したい		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)	日/月
<input type="checkbox"/> 自立生活を目指して訓練したい		<input type="checkbox"/> 就労移行支援	日/月
<input type="checkbox"/> 一般就労を続けるためにサポートしてほしい		<input type="checkbox"/> 就労定着支援	日/月
<input type="checkbox"/> 現在利用しているサービスを引き続き使いたい		<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	日/月
<input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	日/月

サービス内容を変更せず、そのまま利用するときは、これに☑チェックしてください。

希望するサービスの日数・時間数・回数を記入してください。  
わからなければ記入しなくてもかまいません。

### ④ 居住系・その他

必要なこと	利用する事業者名	希望するサービス	希望する回数
<input type="checkbox"/> サポートのある住まい(グループホーム)で暮らしたい		<input type="checkbox"/> 共同生活援助	時間/月
<input type="checkbox"/> 自立した生活を目指して施設に泊まって練習したい		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	時間/月
<input type="checkbox"/> 必要ときにサポートがあると泊まりたい		<input type="checkbox"/> 施設入所支援	時間/月
<input type="checkbox"/> 一人暮らしに不安があるので定期的に訪問してほしい		<input type="checkbox"/> 自立生活援助	時間/月
<input type="checkbox"/> 気軽に通える場所で仲間と交流したい		<input type="checkbox"/> 療養介護	時間/月
<input type="checkbox"/> 現在利用しているサービスを引き続き使いたい		<input type="checkbox"/> 短期入所	時間/月
<input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 日中一時支援	時間/月
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴 / 施設入浴	時間/月
		<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	時間/月

サービス内容を変更せず、そのまま利用するときは、これに☑チェックしてください。

### ⑤ その他サポート・留意事項

上記にないサービスを利用したい時、事業所に配慮してほしいことがあれば、記載してください。

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)

週間予定表

	月	火	水	木	金	土	日			
4:00										
6:00										
8:00						通院介助				
10:00	就労継続支援B型									
12:00										
14:00									移動支援(プール)	
16:00										
18:00							家事援助		家事援助	
20:00										
22:00										
24:00										
2:00										
4:00										

主な日常生活上の活動、習慣

毎週行っている生活状況を記載してください。  
 (例：週5日就労継続支援B型に行っている、週5日放課後デイへ行っている、週3日家事を手伝ってもらっている、毎週土曜日にプールへ行っている、など)

週単位以外のサービス

月〇回、年〇回のサービスについて記載してください。  
 (例：月2回病院へ行くために、ガイドヘルパーを利用する、月1回短期入所を使う、など)

その他