

利用者氏名	さがみ たろう 相模 太郎	生年月日	昭和 平成 令和 令和 ○年○月○日	障害福祉サービス等を利用するにあたり、以下の理由のために、「利用計画（案）」の作成を相談支援事業所に依頼せず、自らの意思においてセルフプランを提出します。
本人（家族）署名	相模 太郎	必ずどちらかにチェックしてください		
				<input checked="" type="checkbox"/> 身近な地域に指定特定相談支援事業所がない <input type="checkbox"/> セルフプランを希望するため

**【記入例】居宅介護**

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）

支援者等が作成の補助をした場合の署名。

受給者証番号 ○○○○○○○○○○ 障害支援区分 ○ 計画作成日 令和 ○○年 ○月 ○日 作成補助者署名

1. 現在の生活状況と課題について	2. 将来希望する生活状況について（長期目標）
家族不在時等にヘルパーサービスを利用している。褥瘡ができやすいので注意が必要。	在宅生活の継続を希望。家族の負担軽減も図り、家族共々安心できる生活を送りたい。好きな歌手のコンサートに行きたい。

3. これから利用したい支援		支援項目(番号)	利用時間または回数						
在宅支援	<input checked="" type="checkbox"/> ①居宅介護（身体介助）	理由・備考： 家族不在時に起床介助、体位変換、食事介助、洗濯、掃除、通院介助、余暇支援の介助をしてもらうため。訪問看護も週1回利用する。	①	1回	1時間	つき月	50時間		
	<input checked="" type="checkbox"/> ②居宅介護（家事援助）		②	1回	1時間	つき月	10時間		
	<input checked="" type="checkbox"/> ③居宅介護（通院介助）		③	1回	3時間	つき月	15時間		
	<input type="checkbox"/> ④					つき月	かい回		
	<input type="checkbox"/> ⑤		理由・備考：			1回	じかん時間	つき月	じかん時間
	<input type="checkbox"/> ⑦行動援護								
	<input type="checkbox"/> ⑧重度障害者等包括支援								
	<input type="checkbox"/> ⑨短期入所						つき月	にち日	
	<input type="checkbox"/> ⑩地域定着支援								
	<input type="checkbox"/> ⑪その他（ ）								
日中活動支援	<input type="checkbox"/> ⑫生活介護	理由・備考：				つき月	にち日		
	<input type="checkbox"/> ⑬自立訓練（生活・機能）								
	<input type="checkbox"/> ⑭就労選択支援					つき月	にち日		
	<input type="checkbox"/> ⑮就労移行支援								
	<input type="checkbox"/> ⑯就労継続支援A型・B型					つき月	にち日		
居住支援	<input type="checkbox"/> ⑰児童発達支援	理由・備考： 家族が見ても具体的に何をするか分かり、目標達成したかどうか判断できる目標、できるだけ実現可能な内容を記載してください。				つき月	にち日		
	<input type="checkbox"/> ⑱放課後等デイサービス								
	<input type="checkbox"/> ⑲保育所等訪問支援					つき月	にち日		
	<input type="checkbox"/> ⑳その他（ ）								
居宅支援	<input type="checkbox"/> ㉑共同生活援助	理由・備考：							
	<input type="checkbox"/> ㉒入所支援								
	<input type="checkbox"/> ㉓療養介護						にち日		
<input type="checkbox"/> ㉔宿泊型自立訓練									
<input type="checkbox"/> ㉕その他（ ）									

4. 希望する生活に向けた本人の取り組みについて（短期目標と達成時期）

引き続き、家族の支援とヘルパーサービスを上手く組み合わせて、安定した在宅生活を送る（1年）。体位変換も定期的に行い、不安があれば医師や看護師に相談をする（随時）。

# サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（週間計画表）

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうたんいがい 週単位以外のサービス
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00		身体介護 (起床・食事介助)	身体介護 (起床・食事介助)	身体介護 (起床・食事介助)	身体介護 (起床・食事介助)	身体介護 (起床・食事介助)		
9:00		家事援助 (洗濯・掃除)		家事援助 (洗濯・掃除)				
10:00								
11:00								
12:00		身体介護(食事介 助・体位変換)	身体介護(食事介 助・体位変換)	身体介護(食事介 助・体位変換)	身体介護(食事介 助・体位変換)	身体介護(食事介 助・体位変換)		
13:00								
14:00			訪問看護					
15:00		通院等介助 (〇〇病院〇〇 科)		移動介護 (買い物等の余 暇活動)				夕方以降の介助は同居家族が 行う。 近所に住む長男家族に可能な 範囲で支援をしてもらう。
16:00								移動介護 16時間/月
17:00								訪問看護週1回 (〇〇訪問看護)
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

計画に基づいた1週間の生活状況の全体を把握できるようにできるだけ具体的に記入してください。  
 週単位以外のサービスについては隔週・不定期に利用しているサービスや医療機関への受診状況  
 なども記入してください。サービス外の内容(買い物等)を記入しても構いません。