

【セルフプラン】 ①障害者支援利用計画案

作成者		利用者との関係	
作成補助者		利用者との関係	

利用者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日	連絡先	(自宅)	—	—
住 所					(携帯)	—	—
障害福祉サービス受給者証番号		障害支援区分	なし・あり (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6)		診断名		

(1)現在の生活状況 (感じている課題)	
(2)希望する生活 (長期目標)	

(3)希望する生活や目標のために利用を希望するサービスについて				
(3)-1サービスの種類(サービス名に☑)		(3)-2希望する生活のためにサービスを利用する上で 本人・家族が行うこと(短期目標)	(3)-3サービスの量・頻度	(3)-4提供事業所
日 中 活 動	☐ 就労移行支援 ☐ 就労定着支援 ☐ 就労継続支援A型 ☐ 就労継続支援B型 ☐ 自立訓練(機能訓練) ☐ 自立訓練(生活訓練) ☐ 生活介護			
	☐ 短期入所 (ショートステイ)			
在 宅	☐ 居宅介護 (☐ 家事援助 ☐ 身体介護 ☐ 通院等介助)			
	☐ 行動援護 ☐ 同行援護			
	☐ 重度訪問介護 ☐ 重度障害者等包括支援			
居 住	☐ 共同生活援助 (グループホーム) ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 施設入所支援 ☐ 療養介護			
地 活	☐ 移動支援 ☐ 地域活動支援センターⅡ型 ☐ 日中一時支援 ☐ 訪問入浴サービス ☐ 意思疎通支援事業			

※サービスの種類や支給量は、この利用計画案のほか、障害支援区分や聞き取りの内容を踏まえて決定されます。

【セルフプラン】 ② 週間サービス計画表

利用者氏名

週間予定表は利用するサービスの[種類・内容・量(時間)]を記載する。								週単位以外や不定期のサービス・通院等
	月	火	水	木	金	土	日・祝	
6:00								① サービスの種類
								内容・提供事業所
								量・頻度
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								② サービスの種類
								内容・提供事業所
								量・頻度
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								③ 通院先病院名
								主治医
								通院頻度
0:00								
2:00								
4:00								

【セルフプラン】

①障害者支援利用計画案

記載例(就労継続支援A型・B型)

作成者		氏 名		利用者との関係	本人、父、母 等
作成補助者		氏 名		利用者との関係	〇〇事業所、学校等
利用者氏名	氏 名	生年月日	昭和・平成 年 月 日	連絡先	(自宅) ××× — ××× — ×××
住 所	名取市…				(携帯) △△△ — △△△ — △△△
障害福祉サービス受給者証番号	◇×	利用するサービスの支援範囲を確認した上で、サービスを利用して実現したい生活を記入してください。 なし・あり (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6)		診断名	◆◆病、◆◆障害等

(1)現在の生活状況 (感じている課題)	例)自分でできる事を増やし、自信を付けたい。
(2)希望する生活 (長期目標)	例)やりがいを感じながら意欲的に仕事を行う。

(3)希望する生活や目標のために利用を希望するサービスについて			
(3)-1サービスの種類(サービス名に☑)		(3)-2希望する生活のためにサービスを利用する上で 本人・家族が行うこと(短期目標)	(3)-3サービスの量・頻度
日 中 活 動	☐ 就労移行支援 ☐ 就労定着支援 ☒ 就労継続支援A型 ☐ 就労継続支援B型 ☐ 自立訓練(機能訓練) ☐ 自立訓練(生活訓練) ☐ 生活介護 ☐ 短期入所(ショートステイ)	例)仕事を丁寧に行い、新しい仕事にも挑戦してみる。	月～金曜日通所
	希望する生活に向けて日常生活でできる事を、できるだけ具体的に記入してください。		
在 宅	☐ 居宅介護 (☐ 家事援助 ☐ 身体介護 ☐ 通院等介助) ☐ 行動援護 ☐ 同行援護		
	☐ 重度訪問介護 ☐ 重度障害者等包括支援		
	☐ 共同生活援助(グループホーム) ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 施設入所支援 ☐ 療養介護		
居 住			
地 活	☐ 移動支援 ☐ 地域活動支援センターⅡ型 ☐ 日中一時支援 ☐ 訪問入浴サービス ☐ 意思疎通支援事業		

記載例

(1)現在の生活状況(感じている課題)	(2)希望する生活(長期目標)
・体調の波があるため、通所を継続できるか不安	・体調管理と仕事を両立できるようになる
・感情の波があり、気持ちの切り替えが難しい	・次の行動へ切り替えが速くなる
・就労につながるスキルが足りないと感じている	・仕事に関するスキルや能力を獲得し向上させる
・夜眠れない、夜中に起きてしまう	・生活リズムを整え、睡眠が安定する
・集団の中に入ることによる不安がある	・コミュニケーションスキルを身に付け人間関係の不安が軽減する
・プライベートを充実させたい	・自分の趣味を楽しむために、働いてお金を貯める
・自宅以外で人と交流できる場所が欲しい	・集団生活を通じて、社会性を身に付ける
(3)-2希望する生活のためにサービスを利用する上で家族・本人が行うこと(短期目標)	
<家族>	<本人>
・困り感を支援者と共有し、不安を解消していく	・通所先の環境や集団のルールに慣れる
・支援者と一緒に、実現可能な環境調整や関わりの工夫を考える	・気持ちを伝える練習をする
・本人と一日の出来事を確認し、上手くできたことを褒める	・規則正しい生活を意識し、通所を継続できるようにする
	・分からないことがあればすぐに聞く
	・支援者と一緒に予定を確認する
	・服薬を継続する
	・調子が悪い時の対処方法を、支援者と共に考える

※サービスの種類や支給量は、この利用計画案のほか、障害支援区分や聞き取りの内容を踏まえて決定されます。

【セルフプラン】

①障害者支援利用計画案

記載例(就労移行支援)

作成者	氏 名	利用者との関係	本人、父、母 等
作成補助者	氏 名	利用者との関係	〇〇事業所、学校等
利用者氏名	氏 名	生年月日	昭和・平成 年 月 日
住 所	名取市…	連絡先	(自宅) ××× — ××× — ××× (携帯) △△△ — △△△ — △△△
障害福祉サービス受給者証番号	利用するサービスの支援範囲を確認した上で、サービスを利用して実現したい生活を記入してください。	なし・あり (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6)	診断名 ◆◆病、◆◆障害等

(1)現在の生活状況 (感じている課題)	例)一般就労をしたいが、人と話すことが苦手な練習が必要だと感じている。
(2)希望する生活 (長期目標)	例)支援を受ける中で自分ににとって最適な就労方法を見つける。

(3)希望する生活や目標のために利用を希望するサービスについて			
(3)-1サービスの種類(サービス名に☑)	(3)-2希望する生活のためにサービスを利用する上で 本人・家族が行うこと(短期目標)	(3)-3サービスの量・頻度	(3)-4提供事業所
日 中 活 動 ☒ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援A型 ☐ 自立訓練(機能訓練) ☐ 生活介護 ☐ 短期入所 (ショートステイ) ☐ 就労定着支援 ☐ 就労継続支援B型 ☐ 自立訓練(生活訓練)	例)継続して通所を行えるように生活リズムを安定させる。	月～金曜日通所	☐ 事業所
在宅 ☐ 居宅介護 (☐ 家事援助 ☐ 身体介護 ☐ 通院等介助) ☐ 行動援護 ☐ 同行援護 ☐ 重度訪問介護 ☐ 重度障害者等包括支援			
居 住 ☐ 共同生活援助 (グループホーム) ☐ 施設入所支援 ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 療養介護			
地 活 ☐ 移動支援 ☐ 日中一時支援 ☐ 意思疎通支援事業 ☐ 地域活動支援センターⅡ型 ☐ 訪問入浴サービス			

記載例

(1)現在の生活状況(感じている課題)	(2)希望する生活(長期目標)
・体調管理や予定管理が苦手	・体調管理と仕事を両立できるようになる
・感情の波があり、気持ちの切り替えが難しい	・次の行動へ切り替えができる
・就労につながるスキルが足りないと感じている	・仕事に関するスキルや能力を獲得し向上させる
・夜眠れない、夜中に起きてしまう	・生活リズムを整え、睡眠が安定する
・集団の中に入ることには不安がある	・集団生活を通じて、社会性を身に付ける
(3)-2希望する生活のためにサービスを利用する上で家族・本人が行うこと(短期目標)	
<家族>	<本人>
・困り感を支援者と共有し、不安を解消していく	・通所先の環境や集団のルールに慣れる
・支援者と一緒に、実現可能な環境調整や関わりの工夫を考える	・気持ちを伝える練習をする
・本人と一日の出来事を確認し、上手くできたことを褒める	・規則正しい生活を意識し、通所を継続できるようにする
	・分からないことがあればすぐに聞く
	・パソコンの使い方に慣れる
	・支援者と一緒に予定を確認する
	・服薬を継続する

※サービスの種類や支給量は、この利用計画案のほか、障害支援区分や聞き取りの内容を踏まえて決定されます。

【セルフプラン】

①障害者支援利用計画案

記載例(居宅介護・移動支援)

作成者	氏 名	利用者との関係	本人、父、母 等
作成補助者	氏 名	利用者との関係	〇〇事業所、学校等
利用者氏名	氏 名	生年月日	昭和・平成 年 月 日
住 所	名取市…	連絡先	(自宅) ××× — ××× — ××× (携帯) △△△ — △△△ — △△△
障害福祉サービス受給者証番号	◇◇	利用するサービスの支援範囲を確認した上で、サービスを利用して実現したい生活を記入してください。	なし・あり (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6)
		診断名	◆◆病、◆◆障害等

(1)現在の生活状況 (感じている課題)	例)体調が悪い時は身の周りの事をこなすのが難しい。 定期通院の負担を軽減したい。
(2)希望する生活 (長期目標)	例)治療の継続と自宅での家事の両立ができるようにする。 ヘルパーを利用して自宅での生活を継続する。

(3)希望する生活や目標のために利用を希望するサービスについて			
(3)-1サービスの種類(サービス名に☑)		(3)-2希望する生活のためにサービスを利用する上で 本人・家族が行うこと(短期目標)	(3)-3サービスの量・頻度
日 中 活 動	☐ 就労移行支援 ☐ 就労定着支援 ☐ 就労継続支援A型 ☐ 就労継続支援B型 ☐ 自立訓練(機能訓練) ☐ 自立訓練(生活訓練) ☐ 生活介護 ☐ 短期入所(ショートステイ)		
	希望する生活に向けて日常生活でできる事を、できるだけ具体的に記入してください。		
在 宅	☒ 居宅介護 (☒ 家事援助 ☐ 身体介護 ☒ 通院等介助)	例)体調を考慮しながら今できている家事は継続していく。	・家事援助:15時間/月 週2回 月・木曜日(1回1.5時間まで) ・通院等介助:10時間/月 不定期(1回5時間まで)
	☐ 行動援護 ☐ 同行援護		
	☐ 重度訪問介護 ☐ 重度障害者等包括支援		
居 住	☐ 共同生活援助(グループホーム) ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 施設入所支援 ☐ 療養介護		
地 活	☒ 移動支援 ☐ 地域活動支援センターⅡ型 ☐ 日中一時支援 ☐ 訪問入浴サービス ☐ 意思疎通支援事業	例)公共交通機関を利用した外出の練習をヘルパーと共に行う。	10時間/月 不定期(月1回程度)
			◎◎事業所

※サービスの種類や支給量は、この利用計画案のほか、障害支援区分や聞き取りの内容を踏まえて決定されます。

【セルフプラン】 ② 週間サービス計画表

利用者氏名 氏名

週間予定表は利用するサービスの[種類・内容・量(時間)]を記載する。								週単位以外や不規則のサービス・通院等
	月	火	水	木	金	土	日・祝	
6:00	記載例							①
								サービスの種類
8:00								居宅介護(通院等介助)
								内容・提供事業所
10:00								通院時の付き添い 〇〇事業所
								量・頻度
12:00	家事援助 □□事業所 家事援助 □□事業所							10時間/月 (1回あたり10時間まで)・不定期
								②
14:00								サービスの種類
								移動支援
16:00								内容・提供事業所
								趣味・余暇のための外出 ◎◎事業所
18:00								量・頻度
								10時間/月 (月1回程度)・不定期
20:00								③
								通院先病院名
22:00								☆☆病院
								主治医
0:00								▽▽先生
								通院頻度
2:00								3ヶ月に1回
4:00								