

記入例（１）居宅介護（家事援助）を利用する場合

セルフプラン（サービス等利用計画）

作成日

令和●年●月●日

利用者氏名	川崎 あい
生年月日	昭和●年●月●日

1. 希望する生活

・住み慣れた川崎でひとり暮らしを続けていきたい。
 ・地域活動支援センターを利用しながら生活リズムを整えたい。

2. 困っていること・手伝ってほしいこと

・感覚過敏で水回りの掃除が苦手なのでヘルパーに手伝って欲しい。

3. 利用したい支援

■新規・変更

□現在、利用しているサービス内容を変更せず、すべてそのまま利用したい（以下、記入する必要はありません）

	サービスの種類	理由・事業所名	種類	サービスの種類	理由・事業所名
訪問	<input type="checkbox"/> ①居宅介護（身体介護）	②浴室やトイレの掃除が一人では難しいのでヘルパーの支援が必要。・ユリノケアサービス	日中活動	<input type="checkbox"/> ⑮就労定着支援	
	<input checked="" type="checkbox"/> ②居宅介護（家事援助）			<input type="checkbox"/> ⑯療養介護	
	<input type="checkbox"/> ③居宅介護（通院等介助）			<input type="checkbox"/> ⑰自立生活援助	
	<input type="checkbox"/> ④居宅介護（通院等乗降介助）		居住	<input type="checkbox"/> ⑱共同生活援助	
	<input type="checkbox"/> ⑤行動援助			<input type="checkbox"/> ⑲施設入所支援	
	<input type="checkbox"/> ⑥重度訪問介護		地域生活支援	<input type="checkbox"/> ⑳移動支援	
	<input type="checkbox"/> ⑦同行援助			<input type="checkbox"/> ㉑通学・通所支援	
	<input type="checkbox"/> ⑧短期入所			<input type="checkbox"/> ㉒あんしんサポート	
日中活動	<input type="checkbox"/> ⑨生活介護		その他	<input type="checkbox"/> ㉓日中短期入所	
	<input type="checkbox"/> ⑩自立訓練（機能・生活）			<input type="checkbox"/> ㉔障害者一時預かり	
	<input type="checkbox"/> ⑪宿泊型自立訓練			<input type="checkbox"/> ⑳	
	<input type="checkbox"/> ⑫就労移行支援			<input type="checkbox"/> ㉑	
	<input type="checkbox"/> ⑬就労継続支援A型		<input type="checkbox"/> ㉒		
	<input type="checkbox"/> ⑭就労継続支援B型		<input type="checkbox"/> ㉓		

セルフプラン（サービス等利用計画）

作成日

令和●年●月●日

利用者氏名	幸 あい
生年月日	昭和●年●月●日

1. 希望する生活

・住み慣れた川崎でひとり暮らしを続けたい。
 ・地域活動支援センターを利用しながら生活リズムを整えたい。

2. 困っていること・手伝ってほしいこと

・ひとり暮らしで疲れてしまう時がある。短期入所を利用して気分転換をほかり心と体を休めたい。

3. 利用したい支援

■新規・変更

□現在、利用しているサービス内容を変更せず、すべてそのまま利用したい（以下、記入する必要はありません）

	サービスの種類	理由・事業所名	種類	サービスの種類	理由・事業所名
訪問	<input type="checkbox"/> ①居宅介護（身体介護）	⑧ひとり暮らしで疲れてしまった時に入院しなくても少し休むことが出来る。 ・サポートホーム松の木	日中活動	<input type="checkbox"/> ⑮就労定着支援	
	<input type="checkbox"/> ②居宅介護（家事援助）			<input type="checkbox"/> ⑯療養介護	
	<input type="checkbox"/> ③居宅介護（通院等介助）			<input type="checkbox"/> ⑰自立生活援助	
	<input type="checkbox"/> ④居宅介護（通院等乗降介助）		居住	<input type="checkbox"/> ⑱共同生活援助	
	<input type="checkbox"/> ⑤行動援助			<input type="checkbox"/> ⑲施設入所支援	
	<input type="checkbox"/> ⑥重度訪問介護		地域生活支援	<input type="checkbox"/> ⑳移動支援	
	<input type="checkbox"/> ⑦同行援助			<input type="checkbox"/> ㉑通学・通所支援	
	<input checked="" type="checkbox"/> ⑧短期入所			<input type="checkbox"/> ㉒あんしんサポート	
	<input type="checkbox"/> ㉓日中短期入所				
日中活動	<input type="checkbox"/> ⑨生活介護		その他	<input type="checkbox"/> ㉔障害者一時預かり	
	<input type="checkbox"/> ⑩自立訓練（機能・生活）			<input type="checkbox"/> ㉕	
	<input type="checkbox"/> ⑪宿泊型自立訓練			<input type="checkbox"/> ㉖	
	<input type="checkbox"/> ⑫就労移行支援			<input type="checkbox"/> ㉗	
	<input type="checkbox"/> ⑬就労継続支援A型		<input type="checkbox"/> ㉘		
	<input type="checkbox"/> ⑭就労継続支援B型				

4. セルフプラン（サービス等利用計画）とうりようけいかく しゅうかんけいかくひよう 週間計画表

りようしたい支援について、しえん支援内容、しえんないよう利用時間、りようじかん回数、かいすう曜日、ようび関係者に知っておいてほしいことを記入してください。

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち・しゅく 日・祝	ふていき 不定期
4:00								しえんないよう 支援内容 たんきにゅうしょ 短期入所
5:00								
6:00								
7:00				きしよう 起床				りようじかん 利用時間
8:00				ちようしよく 朝食				
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								かいすう 回数 にち・つき 7日/月
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								ようび 曜日 どようび 土曜日
23:00								
0:00								かんけいしゃ し 関係者に知って おいてほしいこと しず 静かな場所で休みたい
1:00								
2:00								
3:00								

ちいきかつどうしえんせんたー
地域活動支援センター

めんたるくりにつくじゆしん(つ
メンタルクリニック
き2かい)
ク受診 (月2回)

ゆうしよく
夕食

にゅうよく
入浴
しゆしん
就寝

セルフプラン（サービス等利用計画）

作成日

令和●年●月●日

利用者氏名	高津 太郎
生年月日	昭和●年●月●日

1. 希望する生活

- ・パソコンを使ったIT関係の仕事がしたい。
- ・Eスポーツに興味がある。
- ・将来はお金をためてひとり暮らしをしたい。（3年後くらい）

2. 困っていること・手伝ってほしいこと

- ・現在の通所先が遠くて乗り換え多く移動に時間がかかる。（電動車椅子使用）自宅から60分くらいでの距離でIT関係の事業所がないか？

3. 利用したい支援

■新規・変更

□現在、利用しているサービス内容を変更せず、すべてそのまま利用したい（以下、記入する必要はありません）

	サービスの種類	理由・事業所名	種類	サービスの種類	理由・事業所名
訪問	<input type="checkbox"/> ①居宅介護（身体介護）		日中活動	<input type="checkbox"/> ⑮就労定着支援	
	<input type="checkbox"/> ②居宅介護（家事援助）			<input type="checkbox"/> ⑯療養介護	
	<input type="checkbox"/> ③居宅介護（通院等介助）			<input type="checkbox"/> ⑰自立生活援助	
	<input type="checkbox"/> ④居宅介護（通院等乗降介助）		居住	<input type="checkbox"/> ⑱共同生活援助	
	<input type="checkbox"/> ⑤行動援助			<input type="checkbox"/> ⑲施設入所支援	
	<input type="checkbox"/> ⑥重度訪問介護		地域生活支援	<input type="checkbox"/> ⑳移動支援	
	<input type="checkbox"/> ⑦同行援助			<input type="checkbox"/> ㉑通学・通所支援	
	<input type="checkbox"/> ⑧短期入所			<input type="checkbox"/> ㉒あんしんサポート	
<input type="checkbox"/> ⑨生活介護		<input type="checkbox"/> ㉓日中短期入所			
日中活動	<input type="checkbox"/> ⑩自立訓練（機能・生活）	⑬パソコンに特化した作業が中心の事業所に通うことでITスキルの向上を図ることが出来る。・就労継続支援A型 ICTワークセンター	その他	<input type="checkbox"/> ㉔障害者一時預かり	
	<input type="checkbox"/> ⑪宿泊型自立訓練			<input type="checkbox"/> ㉕	
	<input type="checkbox"/> ⑫就労移行支援			<input type="checkbox"/> ㉖	
	<input checked="" type="checkbox"/> ⑬就労継続支援A型			<input type="checkbox"/> ㉗	
	<input type="checkbox"/> ⑭就労継続支援B型		<input type="checkbox"/> ㉘		

記入例（４）同行援護を利用する場合

セルフプラン（サービス等利用計画）

作成日

令和●年●月●日

利用者氏名	みやまえ たろう 宮前 太郎
生年月日	しょうわ ねん がつ にち 昭和●年●月●日

1. 希望する生活

・趣味の活動や視覚障害の当事者グループの会に参加して生活を充実させたい。

2. 困っていること・手伝ってほしいこと

・視覚障害がある為単独での外出に不安がある。

3. 利用したい支援

新規・変更

現在、利用しているサービス内容を変更せず、すべてそのまま利用したい（以下、記入する必要はありません）

	サービスの種類	理由・事業所名	種類	サービスの種類	理由・事業所名
訪問	<input type="checkbox"/> ① 居宅介護（身体介護）	⑦初めての場所や遠方でもヘルパーが同行することで安心して外出することが出来る。・ガイドヘルパーセンター	日中活動	<input type="checkbox"/> ⑮ 就労定着支援	
	<input type="checkbox"/> ② 居宅介護（家事援助）			<input type="checkbox"/> ⑩ 療養介護	
	<input type="checkbox"/> ③ 居宅介護（通院等介助）			<input type="checkbox"/> ⑰ 自立生活援助	
	<input type="checkbox"/> ④ 居宅介護（通院等乗降介助）		居住	<input type="checkbox"/> ⑱ 共同生活援助	
	<input type="checkbox"/> ⑤ 行動援助			<input type="checkbox"/> ⑲ 施設入所支援	
	<input type="checkbox"/> ⑥ 重度訪問介護		地域生活支援	<input type="checkbox"/> ⑳ 移動支援	
	<input checked="" type="checkbox"/> ⑦ 同行援護			<input type="checkbox"/> ㉑ 通学・通所支援	
	<input type="checkbox"/> ⑧ 短期入所			<input type="checkbox"/> ㉒ あんしんサポート	
日中活動	<input type="checkbox"/> ⑨ 生活介護		その他	<input type="checkbox"/> ㉓ 日中短期入所	
	<input type="checkbox"/> ⑩ 自立訓練（機能・生活）			<input type="checkbox"/> ㉔ 障害者一時預かり	
	<input type="checkbox"/> ⑪ 宿泊型自立訓練			<input type="checkbox"/> ㉕	
	<input type="checkbox"/> ⑫ 就労移行支援			<input type="checkbox"/> ㉖	
	<input type="checkbox"/> ⑬ 就労継続支援A型		<input type="checkbox"/> ㉗		
	<input type="checkbox"/> ⑭ 就労継続支援B型		<input type="checkbox"/> ㉘		

4. セルフプラン（サービス等利用計画）週間計画表

利用したい支援について、支援内容、利用時間、回数、曜日、関係者に知っておいてほしいことを記入してください。

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち・しゅく 日・祝	ふていき 不定期
4:00								しえんないよう 支援内容
5:00								
6:00								
7:00				きしよ 起床				りようじかん 利用時間
8:00				ちようしよく 朝食				
9:00								
10:00				どうこうえんご 同行援護（毎週）		どうこうえんご 同行援護（毎週）		
11:00								
12:00	しかく、しょうがいしちいき、かつどうしえん 視覚障害者地域活動支援センター							かいすう 回数
13:00								
14:00								
15:00					どうこうえんご 同行援護（毎週）			ようび 曜日
16:00								
17:00								
18:00								かんけいしや し 関係者に知って おいてほしいこと
19:00				ゆうしよく 夕食				
20:00								
21:00								
22:00				にゆうよく 入浴				
23:00				しゆしん 就寝				
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								