

サービス等利用計画

【セルフプラン】

作成マニュアル

1 基本情報の記入

※記名押印又は自署							作成年月日：H26年2月1日									
A 利用者の基本情報					受給者No.		1	0	0	0	0	0	1	2	3	4
ふりがな		はだの たろう			男	生年月日	S45年1月1日				43					
利用者氏名		秦野 太郎					歳									
住所	〒 257 - 8501		(1)		(2)		居住形態 ①									
	秦野市桜町1丁目3番2号				持家											
連絡先 (関係)	1番目 ② (妻)		(3)		2番目 ② (父)		3番目 ② (姉)									
	秦野 嫁子		秦野 一郎		秦野 花子											
0463-82-7616		0463-82-5111		090-1234-5678												

- (1) 受給者証の番号（受給者証を持っているとき）、名前、性別、生年月日、年齢、住所を記入します。
- (2) 居住形態を記入します。〇〇ページの参考文例①を参考にしてください。
- (3) 連絡先を記入します。左側から優先順位の高い順に記入してください。
（ ）には本人との関係を記入します。〇〇ページの参考文例②を参考にしてください。

家族構成（同居者は○で囲む）③	
※支援に関わる方を記載	
同居中の方	同居ではない方
本人	母親
妻	父親
	姉
(4)	

- (4) 同居されている方、同居されていない方を参考文例③を参考に記入して下さい。

関係機関など ④

訪問看護ステーション（事業所名：大根訪問看護ステーション）
居宅介護事業所（事業所名：桜町居宅介護事業所）
病院（病院名：秦野赤十字病院）
通所事業所（事業所名：生活介護事業所ちゅーりっぷ）

(5)

(5) 入所、通所、ヘルパー等、利用する障害福祉サービス事業所や、通院先の病院などを参考文例④を参考に記入してください。

からだ、病院などの状況 ⑤

脳梗塞のため、秦野赤十字病院に入院。平成20年に身体障害者手帳を取得

肢体不自由（右上下肢）

右短下肢装具使

(6)

これまでの生活 ⑥

S63.3 : 渋沢高校（最終学歴）卒業

S63.4 : 鶴巻温泉株式会社に就職

H19.7 : 脳梗塞を発症し、救急搬送。秦野赤十字病院入院。

H20.4 : 秦野赤十字病院退院

H24.5 : 秦野リハビリテーションセンター入所（機能訓練利用）

(7)

(6) 健康状態や障害の状況、病院との関わり、服薬などを記入してください。〇〇ページの参考文例⑤を参考にしてください。

(7) これまでの学歴、就労、通所、入所の経緯等、現在に至るまでの生活状況を記載します。〇〇ページの参考文例⑥を参考にしてください。

現在利用している公的支援の内容（事業所・支給量を含む） ⑦

自立訓練（機能訓練） 原則日数 秦野リハビリテーションセンター

施設入所支援 当該月の日数 秦野リハビリテーションセンター

障害基礎年金2級受給

(8)

- (8) 現在利用する障害福祉サービス等について、支給量や利用する事業所などを記入します。また、年金などの受給についても記入してください。○○ページの参考文例⑦を参考にしてください。

その他特記事項（セルフプラン作成を補助する支援員など） ⑧ 基幹相談支援センターが作成を補助 <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 100px;">(9)</div>

- (9) これまでに記入した生活状況などについて、その他伝えておきたいことがあれば、ここに記載してください。また、このセルフプランを記入するときに手伝ってもらった相談員（支援員）がいたら、その人の名前を記入してください。○○ページの参考文例⑧を参考にしてください。

B 長期目標（本人や家族の希望する将来的な生活の目標） ⑨	
1 日常生活能力を衰えないようにしたい（向上させたい）	
2 早く仕事に復帰したい	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">(10)</div>
3	

- (10) 現在の生活状況を踏まえ、自分や家族が将来的に希望することを記入してください。○○ページの参考文例⑨を参考にしてください。

C 短期目標（福祉サービスなどを利用することで解決したいことなど）			
今の心配ごと ⑩	本人(家族)の希望 ⑪	希望する福祉サービス (必要サービス量) ⑫	事業者名 (担当者名) ⑬
日常生活能力が衰えること（維持できるか）が心配	早く仕事復帰して、以前のように暮らしたい	自立訓練（機能訓練） (原則日数)	秦野リハビリテーションセンター (理羽 たすく)
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">(11)</div>	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">(12)</div>	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">(13)</div>	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">(14)</div>

- (11) 今現在、日頃の生活で心配していること、不安なことを記入します。○○ページの参考文例⑩を参考にしてください。

- (12) 短期的（概ねこれからの1年間）な自分又は家族の希望を記入します。
 ○○ページの参考文例⑩を参考にしてください。
- (13) 希望する福祉サービスとその支給量（日数や時間数）を記入します。
 ○○ページの参考文例⑫を参考にしてください。
- (14) 利用するサービス提供事業者が決まっていたら、それを記入してください。

D 1週間の生活スタイル（新規、変更のときは予定を、継続のときは現在の状況） ⑭								
時刻	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な生活上の活動
5:00								AM屋外訓練 木曜日PT 水曜日心理 火～木PM課題別歩行訓練
6:00								
7:00			施設入所支援					
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00							週単位以外のサービス 月1回週末に帰宅	
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

- (15) 普段の一週間のおおまかな生活スタイルを記載してください。特に日課などがあるときは、「主な生活上の活動」に書きます。また、通院や外泊など、月単位で行っている予定があれば「週単位以外のサービス」に記入してください。

参考文例

参考文例は、「self_plan_v10.xls」の「記入文例1」シートと、「記入文例2」シートを御覧ください。