

R 7 年度の取組報告

相談支援部会

R8. 2. 24 上越市障害者自立支援協議会 第2回全体会

① R 7 年度の取組内容

(1) 計画相談支援の提供体制の検討

- ・セルフプラン導入に向けての検討
- ・セルフプランを導入するための目的、方法、流れ、様式等を確認

→セルフプラン活用までの流れは参考資料1、書式案は参考資料2
のとおり

(2) 災害時への対応

- ・新潟県防災ナビ利用の普及啓発
- ・様々な研修の場面で案内を実施
- ・市からの送付文書の中に案内を封入、周知を図る
- ・実際にダウンロード、使用した感想等を伝える

参考：開催経過

月日	内容
4月28日(月)	・令和7年度の取組について（第1回部会）
7月2日（水）	・セルフプランPT・導入に向けての意見交換（第1回PT）
7月23日(水)	・災害時の対応について（第2回部会）
8月5日(火)	・セルフプランPT・導入に向けての意見交換（第2回PT）
10月20日(月)	・セルフプランPT・導入に向けての意見交換（第3回PT）
12月12日(金)	・セルフプランPTによる導入に向けてのまとめ（第4回PT）
12月19日(金)	・ここまでの活動の報告及び次年度に向けての確認（第3回部会）

② R 8 年度の取組方針

○セルフプラン実施に向けての周知（継続）

令和9年4月からの導入を目指し、利用者、保護者、関係機関、地域包括支援センター等に周知をしていく。

○相談支援体制の検討（継続）

相談支援専門員の育成、および相談支援体制について障害福祉計画への搭載を見据えつつ、検討を行う。

○災害時の対応について相談支援専門員として行えることの検討（継続）

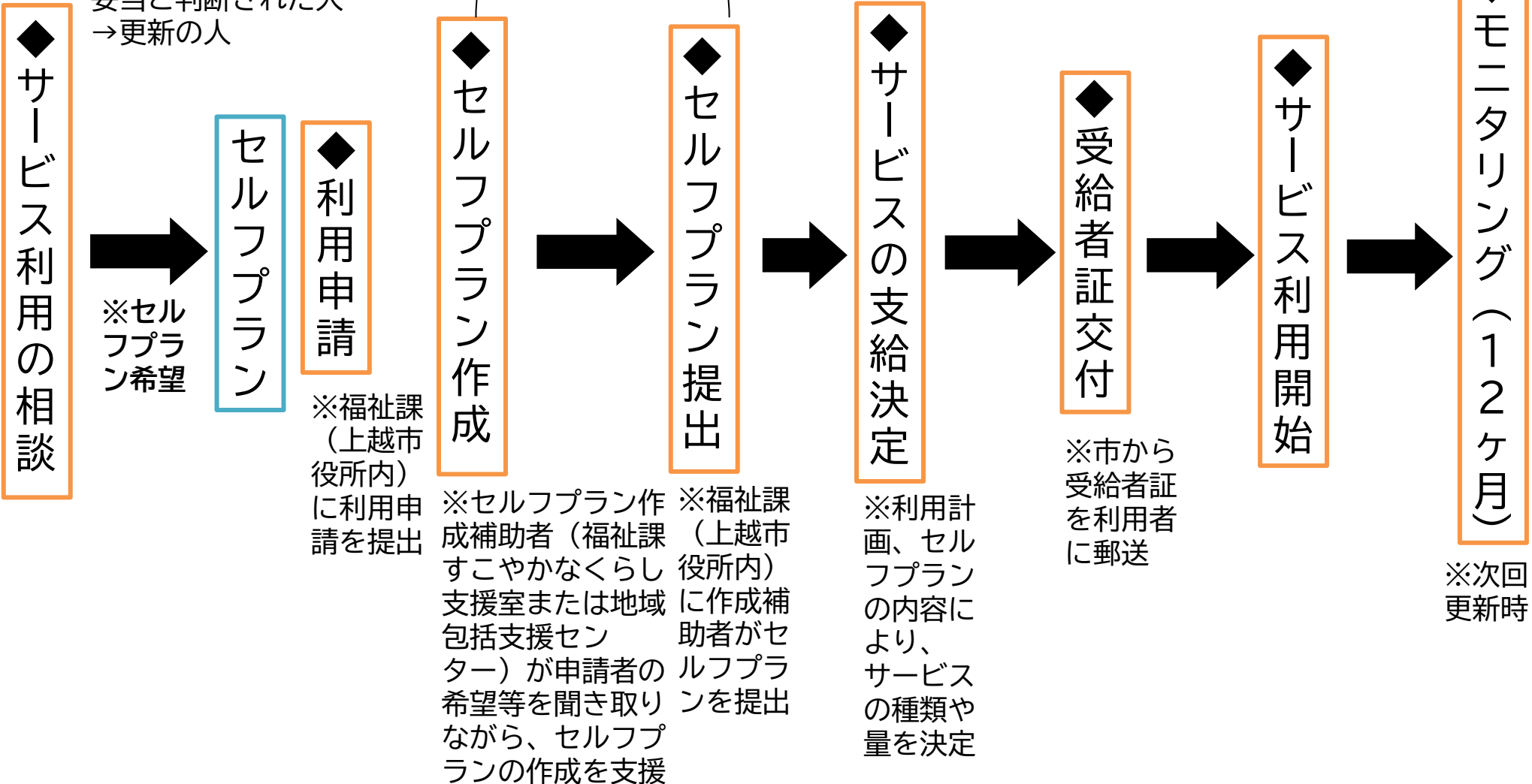
- ①当事者部会やその他の関係機関と連携しての研修の企画（主に支援者の支援）
- ②サービス等利用計画と緊急支援事業及び災害時の個別避難計画の有効な連動

セルフプランによるサービス利用までの流れ（案）

<対象者の要件>

- ①本人が希望
- ②障害福祉サービス給付費に関するサービスが一つの人
- ③複数の支援者からセルフプランが妥当と判断された人
→更新の人

本人作成が原則



サービス等利用計画(案)【上越市】(セルフプラン用)

しめい じしよ 氏名(自署)	しょうがい しえん 障害支援 くぶん 区分	せいねん がっぴ 生年月日	ねん がつ 日にち 年 月 日	でんわばんごう 電話番号	()
じゆきゆうしやばんごう 受給者番号		けいかくさくせいび 計画作成日	ねん がつ 日にち 年 月 日		

○あなたが希望する生活や目標、現在の生活で困っていることを記入してください。

きぼう せいかつ むくひょう 希望する生活・目標	こま かいけつ 困っていること・解決したいこと

○「あなたが希望する生活や困っていることの解決」を実現するために必要なサービスについて記入してください。

	サービス名	希望する利用時間数等	利用する事業所名(担当者・電話)
訪問系	<input type="checkbox"/> 居宅介護(身体介護)	() 時間 / 月	事業所名 () 担当者 () 電話番号 () 主な内容 ()
	<input type="checkbox"/> (家事援助)	() 時間 / 月	
	<input type="checkbox"/> (通院等介助)	() 時間 / 月	
	<input type="checkbox"/> (通院等乗降介助)	() 回 / 月	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	() 時間 / 月	
	<input type="checkbox"/> 同行援助	() 時間 / 月	
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	() 単位 / 月	
	<input type="checkbox"/> 短期入所	() 単位 / 月	
	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	当該月の日数・() 日 / 月	
<input type="checkbox"/> 自立生活援助	当該月の日数・() 日 / 月		
日中活動系	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	日数・() 日 / 月	電話番号 () 電話番号 () 電話番号 ()
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型・B型)	日数・() 日 / 月	
	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練・機能訓練)	日数・() 日 / 月	
	<input type="checkbox"/> 生活介護	日数・() 日 / 月	
	<input type="checkbox"/> 療養介護	当該月の日数・() 日 / 月	
居住系	<input type="checkbox"/> 共同生活援助・施設入所支援	当該月の日数・() 日 / 月	電話番号 () 電話番号 ()
	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	当該月の日数・() 日 / 月	

○上記以外の他に利用しているサービス、利用回数、時間等を記入してください。

	サービス名	利用時間数等	その他の事項
その他			

○作成補助者 氏名: 利用者との関係:

※この様式に準じた様式を使うこともできます。

しゅうかんけいかくひょう じょうえつし
週間計画表【上越市】(セルフプラン用)

しめい じしよ
 氏名(自署)

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	おも ちじょうせいかつじょう かつどう 主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								しゅうたんいいがい 週単位以外のサービス
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								
きんきゅうれんらくさき かぞく 緊急連絡先(家族)				きんきゅうれんらくさき しえんしゃ 緊急連絡先(支援者)				

※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。