**セルフプラン利用の皆様へ**

(1)計画相談について

　計画相談事業所の空き状況等，様々な理由でセルフプランを選択されているところと存じますが，更新の際には，計画相談の利用をご検討くださいますようお願いいたします。

【計画相談事業所】R2.1時点

障害者相談支援事業窓口　（℡）0797-31-0692

・芦屋市社会福祉協議会

・芦屋メンタルサポートセンター

・三田谷治療教育院

(2)各サービスの支給量申請について

毎年更新の際には，各サービスごとの記載要領（以下記載）に基づき，実際の利用状況と照らし合わせて，必要な支給量の申請（変更）をお願いいたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービスの  種類 | １回あたりの時間 | 記載方法 |
| 1. 居宅介護   （家事援助） | １時間  または  １．５時間 | 実際に利用される時間帯に左記の時間数を週間計画表に記入  【サービス支給量の算定方法】  ・１回○H×週○回×●週＝○時間／月  ・サービス支給量欄にはその合計時間数を記入 |
| 1. 居宅介助   （通院介助） | 病院内介助を除く移動  時間の往復 | 備考欄に「○○病院：１回あたり　○　時間　×　月　○　回」を列挙し，記入してください  サービス支給量欄にはその合計時間数を記入  ※ただしグループホーム入所者は月２回まで |
| 1. 身体介護 | １時間，１．５時間  ２時間，２．５時間  ３時間 | 実際に利用される時間帯に左記の時間数を週間計画表に記入  【サービス支給量の算定方法】  ・１回　○時間　×　週○回　×　●週＝　○時間／月  ・サービス支給量欄にはその合計時間数を記入 |
| 1. 移動支援   同行援護  行動援護 | 1回あたりの  外出時間　※ | 実際に利用される時間帯に左記の時間数を週間計画表に記入  備考欄に外出先・目的　１回　○　時間　×回数  ※移動支援は宿泊が認められないため日中の時間帯 |
| 1. 日中一時 | 1. ２５日（４時間未満） 2. ５日（４～８時間）   ０．７５日（８時間～ | 実際に利用される時間帯に左記の時間・日数を週間計画表に記入  備考欄に（例）のように記入  例）０．２５日×●回　＋　０．５日×●回＝　○日／月 |
| 1. 短期入所 | １泊２日で２日と  カウントする  ※最大３０日（介護者による不在等必要のある方に限る） | 週間計画表に，実際の利用予定日に記入  宿泊する日と翌日それぞれ１日と算定。  （例：3泊4日なら4日）  ○泊●日（●日）　×○週＝●　日／月 |