**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 |