

※記入例【放課後等デイサービス】

障害児支援利用計画(セルフプラン)

市 川 市

ふりがな	いちかわ たろう		生年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		住所 ・ 電話番号	市川市 八幡1-1-1	
児童氏名	市川 太郎 (男) 女			○ 歳 ○ 月			(090 - 0000 - 0000)	
保護者氏名	市川 一郎		所 属	在宅・ 児童発達→放課後デイへ切替の場合、 入学予定の学校を記載		計画作成日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
障害支援区分	(なし) あり (区分 1・2・3 4・5・6)			○○○ 小 中・高 ○ 年			計画作成者	氏名 市川 花子
受給者証番号	2 0 3 0 0 0 0 0 0 0		支援学校 小・中・高 年		支援学級 ○○○			続柄 母
学校や家庭で困っていることは何ですか	・学校の勉強についていけない。 ・クラスの友達と一緒に遊べず、ちょっとしたことでトラブルになる。							
どんな風に生活できたらいいと思いますか(希望する生活)	・学校の勉強についていけるようになるといい。 ・クラスの友達と上手に遊んで欲しい。							

希望する生活のためにいつまでに何をしますか

希望する生活を送るために何をしますか(提供される福祉サービスの利用により解決される内容)	いつまでに (目標時期に <input checked="" type="checkbox"/>)
放課後等デイサービスを使って勉強を教えてもらったり、放課後も友達と遊んだりする時間を持つと、もっと学校の生活が楽しくなって落ち着くと思う。	<input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input checked="" type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他()

利用する福祉サービス等

種類 (サービス名に <input checked="" type="checkbox"/>)	内容・量 (頻度・時間)	サービス提供事業者名 (担当者名・電話番号)
<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	・放課後等デイサービス 週2日 学校終了後～17:00	放課後等デイサービス○○○ (047-○○○-○○○○) 担当:○○さん
<input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援		
<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護		
<input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> その他()		

その他留意事項(配慮してほしいこと)	
--------------------	--

※書類提出後の返却・コピーはできませんので、必要に応じてコピーを取り保管してください。

週間ケア計画(記入例) ※放課後等デイサービス

(受付No. 氏名 市川 太郎)

令和〇年〇〇月〇〇日作成

	早朝	午前	午後	夜間	摘要
月		← 学校 →	← 放課後等デイ →		〇〇事業所 (16:00~17:00)
火		← 学校 →			
水		← 学校 →	← 放課後等デイ →		〇〇事業所 (15:30~17:00)
木		← 学校 →			
金		← 学校 →			
土			← スイミング →		△△スイミング (15:00~16:00)
日					
摘要					

作成者: 市川花子(母)

記載例

記入日 令和〇年 〇月 〇日

フリガナ	イチカワ タロウ	生年月日等	平成〇年 〇月 〇日 (年齢 〇 歳)
氏名	市川 太郎	記載者	市川 花子 (続柄 母)
障がいの種類及び程度	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1種 1級) (傷病名) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A の 1) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> その他()		
世帯状況	<input checked="" type="checkbox"/> 重症心身障害児 <input type="checkbox"/> 医療的ケア児(スコア表が必要) <input type="checkbox"/> 強度行動障害児(スコア表が必要)		
世帯状況	※以下、該当者のみ記載 <input checked="" type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 離別 (年 月頃) <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 単身赴任中 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(理由: 離婚協議中) <input type="checkbox"/> 婚姻歴なし 生計を一とするパートナーや同居人がいる場合 (氏名) 市川一郎 個人番号:〇〇〇〇〇〇 (住所) 千葉県〇〇市〇〇区 ※マイナンバーが分からない場合は必ず記載		

障がい児の調査項目(5領域20項目)

領域	項目	判断基準				
①健康・生活	(1) 食事	<input type="checkbox"/> 一人で食べられる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあれば食べられる	<input type="checkbox"/> 一部支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 常に支援が必要	
	(2) 排せつ	<input type="checkbox"/> 一人でトイレに移動して排せつできる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあればトイレに移動して排せつできる	<input type="checkbox"/> 一部支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 常に支援が必要	
	(3) 入浴	<input type="checkbox"/> 一人で入浴できる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあれば入浴できる	<input type="checkbox"/> 一部支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 常に支援が必要	
	(4) 衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 一人で衣類の着脱ができる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあれば衣類の着脱ができる	<input checked="" type="checkbox"/> 一部支援が必要	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要	
②感覚・運動	(5) 聞こえ	<input checked="" type="checkbox"/> 特に問題なく聞こえる	<input type="checkbox"/> 補聴器などの補聴器具があれば聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい音がある/過敏等で補助装具が必要	<input type="checkbox"/> 音や声を聞き取ることが難しい	
	(6) 口腔機能	<input type="checkbox"/> 噛んで飲み込める	<input type="checkbox"/> 柔らかい食べ物を押しつぶして食べられる	<input checked="" type="checkbox"/> 介助があれば口を開き、口を閉じて飲み込める	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶などを使用している/口から食べるのが難しい	
	(7) 姿勢の保持(座る)	<input type="checkbox"/> 一人で座り、手を使って遊べる	<input type="checkbox"/> 手で支えて座れる	<input checked="" type="checkbox"/> 身体の一部を支えたと座れる	<input type="checkbox"/> 座るために全身を支える必要がある	
	(8) 目と足の協応	<input type="checkbox"/> ケンケンが3回以上できる	<input type="checkbox"/> 交互に足を出して階段を昇り・降りできる	<input type="checkbox"/> 両足同時にジャンプし、転倒せずに着地できる	<input type="checkbox"/> 階段は同じ足を先に出して昇る	<input checked="" type="checkbox"/> どの動きも難しい
	(9) 移動	<input type="checkbox"/> 一人で歩ける	<input type="checkbox"/> 一人で歩けるが近くでの見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一人で歩けるが、手をつなぐなどのサポートや杖・保護帽などの補助具が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 一人で歩くことが難しい	

③認知・行動	(10) 危険回避行動	<input type="checkbox"/> 自発的に危険を回避できる	<input type="checkbox"/> 声かけ等があれば危機を回避できる	<input checked="" type="checkbox"/> 危険を回避するためには、支援者の介入が必要である	
	(11) 注意力	<input type="checkbox"/> 集中して取り組める	<input checked="" type="checkbox"/> 部分的に集中して取り組める	<input type="checkbox"/> 集中して取り組むことが難しい	
	(12) 予測理解	<input type="checkbox"/> 見通しを立てて行動できる	<input type="checkbox"/> 声かけがあれば見通しを立てて行動できる	<input checked="" type="checkbox"/> 視覚的な情報があれば行動できる	<input type="checkbox"/> その他の工夫が必要
	(13) 急な変化対応	<input checked="" type="checkbox"/> 急な予定変更でも問題ない	<input type="checkbox"/> 声かけがあれば対応できる	<input type="checkbox"/> 視覚的な手掛かりがあれば対応できる	<input type="checkbox"/> その他の工夫やサポートが必要
	(14) その他	<input checked="" type="checkbox"/> 乱暴な言動はほとんどみられない	<input type="checkbox"/> 乱暴な言動がみられるが、対処方法がある	<input type="checkbox"/> 乱暴な言動がみられ、対処方法もない	
④言語・コミュニケーション	(15) 2項関係(人対人)	<input type="checkbox"/> 目が合い、微笑むことや、嬉しそうな表情をみせる	<input checked="" type="checkbox"/> 訴えている(要求する)時は目が合う	<input type="checkbox"/> あまり目が合わない/合っても持続しない	<input type="checkbox"/> ほとんど目が合わない
	(16) 表出(意思の表出)	<input type="checkbox"/> 言葉を使って伝えられる	<input type="checkbox"/> 身振りで伝えられる	<input checked="" type="checkbox"/> 泣いたり怒ったりして伝える	<input type="checkbox"/> 意思表示が難しい
	(17) 読み書き	<input type="checkbox"/> 支援が不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input checked="" type="checkbox"/> 常に支援が必要	
⑤人間関係・社会性	(18) 人との関わり(他者への関心興味)	<input type="checkbox"/> 自分から働きかけたり、相手からの働きかけに反応する	<input checked="" type="checkbox"/> ごく限られた人であれば反応する	<input type="checkbox"/> 自分から働きかけることはほとんどないが、相手からの働きかけには反応することもある	<input type="checkbox"/> 過剰に反応する、または全く反応しない
	(19) 遊びや活動(トラブル頻度)	<input type="checkbox"/> ほとんどないか、あっても自分たちで解決できる	<input type="checkbox"/> トラブルがあっても、大人の支援があれば解決できる	<input checked="" type="checkbox"/> 支援があっても、解決できる場面とできない場面がある	<input type="checkbox"/> トラブルが頻繁に起き、解決することも難しい
	(20) 集団への参加(集団参加状況)	<input type="checkbox"/> 指示やルールを理解して最初から最後まで参加できる	<input checked="" type="checkbox"/> 興味がある内容であれば、部分的に参加できる	<input type="checkbox"/> 支援があれば、その場にはいられる	<input type="checkbox"/> 参加することが難しい

中学生・高校生のみ対象

コミュニケーション	(21) 言葉遣い	<input type="checkbox"/> 適切な言葉遣いや態度で表現できる	<input type="checkbox"/> 時折、適切な言葉遣いや態度で表現できる	<input checked="" type="checkbox"/> ほとんど適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい	<input type="checkbox"/> 適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい
	(22) やり取り	<input type="checkbox"/> やり取りができる	<input checked="" type="checkbox"/> 配慮があればやり取りができる/やり取りをしようとする	<input type="checkbox"/> やり取りが難しい	
	(23) 集団適応力	<input type="checkbox"/> 参加できる	<input checked="" type="checkbox"/> たまに参加できる	<input type="checkbox"/> ほとんど参加することがない	<input type="checkbox"/> 参加することが難しい

普段、お子様に付き添われている保護者の方の状況

心身の状況	来年度、就学を控えているため、不安がある
生活状況(就労・育児・介護の状況)	父母ともにフルタイム勤務 他にもきょうだいが2人いる 母方祖母が要介護3で近居にて母が介護サポート中

特記事項	(上記項目やそれ以外のことについて、お子様の状態で気になることがあれば記載) 特になし
------	------------------------------------------------

就学児サポート調査(放課後等デイサービス用)

※未就学児は記入不要

記載例

2点

項目	0点	1点	2点
コミュニケーション 家族や支援者等と意思の疎通ができる	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない	<input checked="" type="checkbox"/> 特定の者であればコミュニケーションできる <input type="checkbox"/> 会話以外の方法でコミュニケーションできる	<input type="checkbox"/> 独自の方法でコミュニケーションできる <input type="checkbox"/> コミュニケーションできない
説明の理解 本人が使用するコミュニケーション方法での説明の理解の度合い	<input checked="" type="checkbox"/> 理解できる	<input type="checkbox"/> 理解できない	<input type="checkbox"/> 理解できているか判断できない
大声・奇声を出す 周囲が驚いたり他者が迷惑となるような大声や奇声を出す	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
異食行動 食べられないものを口にいたり飲み込もうとする	<input checked="" type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
多動・行動停止 興味関心が強く多動になったり、その対象にこだわって動かなくなる	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
不安定な行動 状況等が変わることが受け入れられず、パニック状態になる等、行動が不安定になる	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
自らを傷つける行為 自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行動	<input checked="" type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
他人を傷つける行為 他人を叩いたり蹴ったりする行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input checked="" type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
不適切な行為 興味が優先したり判断能力が不十分等により、他人に抱きついたり物を持ってきたり等する	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
突発的な行動 突然走っていなくなるような突発的行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input checked="" type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
過食・反すう等 過食、過飲、拒食や一度飲み下した食物を口の中に戻す等、食に関する問題がある	<input checked="" type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
てんかん てんかん発作	<input type="checkbox"/> 年1回以上 <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上
そううつ状態 気分の憂鬱、又は高揚により危険防止の支援が必要な場合	<input checked="" type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
反復的行動 特定の行為を反復したり儀式的な行為にとらわれる等により日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
対人面の不安緊張、集団生活への不適応 人に会うことで緊張状態、又は不安になり外出等ができない	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
読み書き 文章を読む、書くことについて支援が必要かどうか	<input type="checkbox"/> 支援が不要	<input type="checkbox"/> 部分的な支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 全面的な支援が必要