

【セルフプラン】

①障害児支援利用計画案

記載例(未就学児用)

作成者	氏名	児童との関係	父、母等
作成補助者	氏名	児童との関係	〇〇事業所、学校等

保護者氏名	氏名	保護者生年月日	昭和・平成 年 月 日	連絡先	(自宅) ××× — ××× — ×××
児童氏名	氏名	児童生年月日	平成・令和 年 月 日		(携帯) △△△ — △△△ — △△△
住所	名取市…				
障害福祉サービス受給者証番号	◇	利用するサービスの支援範囲を確認した上で、サービスを利用して実現したい生活を記入してください。	なし・あり (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6)	診断名	◆◆病、◆◆障害等

(1)現在の生活状況(感じている課題)	例)コミュニケーションがうまく取れず、一人で過ごすことが多い。緊急時に安心して本人を預けられる場所がなく、不安を感じている。
(2)希望する生活(長期目標)	例)家族以外の人とコミュニケーションを行えるようになる。自宅以外の場所でも安定して過ごすことができる。

(3)希望する生活や目標のために利用を希望するサービスについて

(3)-1サービスの種類(サービス名に☑)	(3)-2希望する生活のためにサービスを利用する上で本人・家族が行うこと(短期目標)	(3)-3サービスの量・頻度	(3)-4提供事業所
<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援(未就学児童) <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス(就学児童)	例) <本人> 自宅以外の環境に慣れる。 <家族> 緊急時に備え、時々泊る練習をしておく。	5日/月 不定期	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 事業所
<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス(就学児童)	例) <本人> あいさつを元気にする。 <家族> 通所を継続できるような声がけをする。	10日/月 水・木曜日	◎◎事業所
<input checked="" type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	例) <家族> 自宅・保育所・通所先それぞれでの本人の様子を共有・把握する。	2日/月 不定期	▲▲事業所

希望する生活に向けて日常生活でできる事を、できるだけ具体的に記入してください。

記載例

(1)現在の生活状況(感じている課題)	(2)希望する生活(長期目標)
・偏食や過食、拒食がある	・食べ物へのこだわりが緩和される
・感情の波があり、気持ちの切り替えが難しい	・次の行動へ切り替えができる
・着替えやトイレの自立が難しい	・排泄面などで自立する
・夜眠れない、夜中に起きてしまう	・生活リズムを整え、睡眠が安定する
・一人で遊んでいることが多い、集団が苦手	・集団生活を通じて、社会性を身に着ける
・言葉よりも先に手がでてしまう	・他人に自分の気持ちを表現する
・運動動作や姿勢をコントロールできない	・身体の使い方を学び、日常生活動作に繋げる
・運動が不得意で苦手意識が強い	・遊びを通してバランス感覚・柔軟性・集中力等を養う
(3)-2希望する生活のためにサービスを利用する上で家族・本人が行うこと(短期目標)	
<家族>	<本人>
・困っている事を支援者と共有し、不安を解消する	・療育での活動に参加し、楽しんで取り組む
・支援者と実現可能な環境調整や関わりの工夫を考える	・得意なことや好きな遊びを見つける
・本人と一日の出来事を確認し、上手くできたことを褒める	・通所先の環境や集団のルールに慣れる
・就学・療育について見通しをもって準備する	・外出する喜びを感じながら、通所を継続する

※サービスの種類や支給量は、この利用計画案のほか、障害支援区分や聞き取りの内容を踏まえて決定されます。

【セルフプラン】 ② 週間サービス計画表

保護者氏名 _____ 氏名 _____ 児童氏名 _____ 氏名 _____

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。								週単位以外や不定期のサービス・通院等
	月	火	水	木	金	土	日・祝	
6:00			記載例					① サービスの種類
8:00								短期入所 内容・提供事業所
10:00	保育所		児童発達支援 ◎◎事業所	保育所	児童発達支援 ◎◎事業所			食事、お風呂の見守り □□事業所
12:00								
14:00								② サービスの種類
16:00								保育所等訪問支援 内容・提供事業所
18:00								学校への訪問支援 ▲▲事業所
20:00								量・頻度 2日/月・不定期
22:00								③ 通院先病院名
0:00								☆☆病院
2:00								主治医 ▽▽先生
4:00								通院頻度 3ヶ月に1回