

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案(セルフプラン児童)

|        |                    |         |                                               |
|--------|--------------------|---------|-----------------------------------------------|
| ふりがな   | あさきた たろう           | 計画作成担当者 | <input checked="" type="checkbox"/> 家族(続柄 父 ) |
| 利用児氏名  | 安佐北 太郎             |         | <input type="checkbox"/> 支援者( )               |
| (生年月日) | 〇〇年 〇〇月 〇〇日生( 〇〇歳) |         | 利用児との関係にチェックし、その他( )<br>続柄を記載します。             |
| 保護者氏名  | 安佐北 一郎             | 連絡先電話番号 | (自宅) 082-〇〇〇-〇〇〇〇<br>(携帯) 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇       |
| 住 所    | 広島市 安佐北区可部南〇丁目〇-〇  | 障害名     | 知的障害/発達障害                                     |

|                            |                                                                                                           |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| やりたいことや好きなこと、嫌いなこと、苦手なことなど | 自分のやりたい思いが優先して、場にふさわしい行動をとることが難しい。<br>適切な方法を教えられても、指摘されたこと自体に反応し、相手を責めてしまう。<br>場の状況を理解し、対応しようという気持ちを育てたい。 | 希望するサービス | <input type="checkbox"/> 児童発達支援 ( 日 )<br><input type="checkbox"/> 児童発達支援(医療型) ( 日 )<br><input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス ( 日 )<br><input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス(重心) ( 日 )<br><input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 ( 日 )<br><input type="checkbox"/> 居宅介護 (合計 時間/月 時間/月 時間/月)<br>内訳 身体介護 ( 時間/月 時間/月 )<br>家事援助 ( 時間/月 時間/月 )<br>通院介助 ( 時間/月 時間/月 )<br><input type="checkbox"/> 短期入所 ( 日 )<br><input type="checkbox"/> その他 ( 日 ) |
| サービスを利用してどんな力をつけたいか        | 自分の思いを伝え、相手に受け止められる経験等を重ねることで、相手の反応から他者の意図に気づき、やり取りしようとする力をつけたい。                                          | (月単位で記載) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|       | 月              | 火 | 水 | 木              | 金 | 土 | 日 | 利用している事業所がある場合、サービス提供事業所の意見を参考にしてください。 | 土 | 日 | 祝 |
|-------|----------------|---|---|----------------|---|---|---|----------------------------------------|---|---|---|
| 8:00  |                |   |   |                |   |   |   |                                        |   |   |   |
| 9:00  | ↑              | ↑ | ↑ | ↑              | ↑ |   |   |                                        |   |   |   |
| 10:00 |                |   |   |                |   |   |   |                                        |   |   |   |
| 11:00 |                |   |   |                |   |   |   |                                        |   |   |   |
| 12:00 |                |   |   |                |   |   |   |                                        |   |   |   |
| 13:00 |                |   |   |                |   |   |   |                                        |   |   |   |
| 14:00 |                |   |   |                |   |   |   |                                        |   |   |   |
| 15:00 | ↑              | ↓ | ↓ | ↑              | ↓ |   |   |                                        |   |   |   |
| 16:00 | 放課後デイ<br>〇〇事業所 |   |   | 放課後デイ<br>〇〇事業所 |   |   |   |                                        |   |   |   |
| 17:00 | ↓              |   |   | ↓              |   |   |   |                                        |   |   |   |
| 18:00 |                |   |   |                |   |   |   |                                        |   |   |   |
| 19:00 |                |   |   |                |   |   |   |                                        |   |   |   |

必要な日数や時間がわかるように記載。

|                                                  |                                  |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|
| 希望する事業所への調整状況                                    | 希望する事業所名〔 〇〇〇事業所 〕               |
| <input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス事業 | <input type="checkbox"/> 利用希望調整中 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 利用継続中        | <input type="checkbox"/> その他( )  |
| <input type="checkbox"/> 児童発達支援事業                | <input type="checkbox"/> 利用希望調整中 |
| <input type="checkbox"/> 利用継続中                   | <input type="checkbox"/> その他( )  |
| <input type="checkbox"/> 居宅介護                    | <input type="checkbox"/> 利用希望調整中 |
| <input type="checkbox"/> 利用継続中                   | <input type="checkbox"/> その他( )  |
| <input type="checkbox"/> 短期入所                    | <input type="checkbox"/> 利用希望調整中 |
| <input type="checkbox"/> 利用継続中                   | <input type="checkbox"/> その他( )  |

・利用している事業所をすべて記載します。  
・週単位以外のサービスや、その他利用しているサービスについても記載します。

|                 |          |
|-----------------|----------|
| 計画作成日           | 令和 年 月 日 |
| 受給者番号(障害福祉サービス) |          |
| 受給者証番号(障害児通所支援) |          |

『災害後生活支援』の事前登録について

私は、災害が発生した場合に市障害者基幹相談支援センター等による『災害後の生活支援』を  
( ) 希望しません。  
( ) 希望し、次の事項について同意します。

【災害後生活支援】

〇 高齢者等避難又避難指示情報が発令された場合は、お住まいの地域ごとに決められた一次避難先に行きます。  
〇 一次避難先では、自主防災組織等の指示に従って生活スペースを確保し、障害の有無に関わらず地域の方との共同生活となります。  
〇 障害特性から、長期にわたる共同生活が困難な場合又は困難と思われる場合は、円滑に障害福祉サービス等の利用に繋がるように、事前登録により災害時における支援の御希望を確認するとともに、支援必要な情報を区役所福祉課と障害者基幹相談支援センターとが共有することについて同意を得ておくことを目的としています。  
〇 障害者基幹相談支援センターは、災害が発生し避難行動が完了(身の安全が確保された状態)した後に電話又は避難所などへの訪問により連絡をとらせていただき、生活再建に向けて支援をさせていただきます。  
〇 障害者基幹相談支援センターによる支援の希望の有無について、いずれかに○を付けてください。

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| 備 考                                                                      |
| * 放課後デイサービス事業(〇〇事業所)と併用<br>* 移動支援(〇〇時間/月)<br>〇〇事業所<br>月に1~2回近所の公園を散歩している |