ライフステージを通じた支援のために

魚沼市

相 談 支 援 ファイル

令 和 6 年 12 月 改定

魚 沼 市

相談支援ファイル とは・・？

目　　的

「相談支援ファイル」の作成は、主として病気や障がいなどにより心身の発達に心配のある人やそのご家族を対象に、①ご本人のプロフィール等の記録を一冊にまとめ、②この記録に基づき支援者が連携してよりよい支援を行っていくことを目的としています。

記入と活用について

- 原則として、ご本人またはその保護者が記入してください。「支援計画（みんなでつくるページ）」にお示しした「支援計画」については、支援者（保育園・幼稚園や学校）の記入欄もありますので協力を求めてみましょう。
- 全てのページをもれなく記入しなければならないということはありません。ご本人の年齢に応じて支援に役立つと思われる、伝えたいと思われる箇所に記入してください。
- 将来、障害者年金等を申請する際、初診日や幼少期からの記録があると役に立つ場合があります。診断書のコピーや検査記録や母子手帳などいろいろな資料をつづっておきましょう。
- 記載例を例示しますが、必ずしもこのとおりに書く必要はありません。

保管・使用上の注意

- 原則として、ご本人・保護者、またはこれに代わる立場の方が責任をもってファイルを保管してください。
- このファイルに記載する内容は大変重要かつ、個人的な情報が多く含まれます。保管には十分にご注意ください。

そ　の　他

- このファイルの各シートは、市のホームページから入手できます。不足するシートを印刷したら２つの穴をあけてつづってください。（大きさはＡ４サイズです。）
- 必要な資料を貼ったり、差し込んだりしてください。このファイルはご本人、ご家族、支援者が共につくり上げていくものです。

支援機関のみなさまへ　～お願い～

このファイルには、ご本人を支援するために必要な情報をご記入いただく項目があります。ご本人またはその保護者の方々がこのファイルについて記入をお願いすることがありますので、ご協力くださいますようお願いいたします。

なお、記入された内容については、目的以外の使用はいたしません。

併せて、支援者が活用する場合は、プライバシーを厳守し、個人情報の取扱には十分注意してください。

「相談支援ファイル」 よくある質問 Q&A

Q. だれのためのファイルですか？

A 主として病気や障がいなどにより心身の発達に心配のある人**と、そのご家族を支援していくためのファイルです。**ご本人・ご家族・様々な支援者が連携しながら作成し、活用していくことを予定しています。

Q. ファイルは何に役立ちますか？

A プロフィール、生育歴、支援の経過などが**一冊のファイルにまとまります。**
（もらった資料を貼ったり、必要な書類などの付け足しは自由です。）
ファイルが各ライフステージの**情報をつなぐツール（道具）**となり、スムーズな情報共有を図ることができます。

Q. 「支援チーム」とは何ですか？

A ご家族をはじめ、ご本人をとりまく医療・保健、教育、労働、福祉などの**支援者の集まり**を、このファイルでは「支援チーム」と呼んでいます。ファイルの活用を通じて、より良いチームが形作られていきます。

Q. だれが記入するのですか？

A 原則として、**ご本人**や**ご家族**が記入してください。
「各機関の所見」欄などの記入については、市や保育園・幼稚園・学校などの支援機関に協力を求めましょう。

Q. だれが保管するのですか？

A プライバシーに関する情報がたくさん含まれていますので、原則として、**ご本人**や**ご家族**が厳重に保管してください。

Q. どのページから記入すればよいのですか？

A **どのページからでもかまいません。**
ご本人の現在の年齢に応じて、必要なところから使ってみてください。
「プロフィール」や「保護者のページ」、「チェックシート」から記入しはじめてもよいでしょう。

Q. すべてのページに記入しなければなりませんか？

A **すべてのページに記入する必要はありません。**
昔のことを思い出しながら記入するのはたいへんですので、記入しやすいところから使いはじめてみましょう。

Q. 書き方は、だれに相談すればよいのですか？

A 書き方や使い方に迷ったときは、市、保育園･幼稚園や学校の先生方、相談支援事業所などの支援者にご相談ください。（「子育て便利帳」の連絡先を参照。）
また、様式によっては記載例もありますのでご参考にしてください。

Q. パソコンを使って入力したいのですが？

A 市のホームページ内に掲載されています。
トップページで「相談支援ファイル」というキーワードで検索すると表示されます。

相談支援ファイル の 全体構成

- 子育て便利帳
- 相談支援ファイルとは
- よくある質問 Ｑ＆Ａ

1 プロフィール

- プロフィールのページについて
- プロフィール
- 出生時のこと
- 発達の経過
  - ＊ 健診の経過
  - ＊主な発達の経過
- 医療の記録
  - ＊かかりつけ医
  - ＊診断について
  - ＊その他の持病、アレルギー等について
  - ＊受診記録

2 記録のページ

- 保護者のページ・・何歳からでも
- 相談の記録・・何歳からでも
- 福祉サービス等の記録・・サービスを利用したとき

3 まんなかマップ

- 観覧車バージョン
- りんごの木バージョン

4 支援計画（プラン）（みんなでつくるページ）

- およそ３歳まで（乳幼児期用）
- およそ５歳まで（乳幼児期用）
- 入学前 ５歳から６歳のとき（就学移行用）
- ６歳から１８歳（就学期用）
- 就労前 １７歳から１８歳のとき（就労移行期用）
- １８歳以上（成人期用（就職(進学)後））

5 自立支援生活に向けたチェックシート

- 自立生活に向けたチェックシートのページについて
- チェックシート
  - ☆生活
  - ☆健康管理
  - ☆余暇
  - ☆交通ルール
  - ☆人間関係
  - ☆職業生活
  - ☆その他

相談支援ファイルはライフステージに合わせ、自由に構成できるようになっています。
必要なシートだけをつづり、使わないシートをはずすとよりコンパクトになります。

1　プロフィール

プロフィールについて

☆ 活用のしかた

◎　これまで、ライフステージや支援者が変わる度に、繰り返し説明してきたプロフィールについて、このファイルを示すことで伝わりやすくとなります。

☆ 大切な情報です

◎　記入する事柄は、とても重要な個人情報となりますので、このファイルは大切に保管してください。

◎　原則として、ご本人、ご家族及びご家族に代わる立場の方が、責任をもって保管してください。

◎　支援者が活用する場合も、ご本人及びご家族のプライバシーに十分配慮してください。

☆ 記入に当たって

◎　原則として、ご本人、ご家族及びご家族に代わる立場の方が記入してください。

◎　ただし、全ての欄に記入する必要はありませんし、「母子手帳」を活用することで、記入が不要となる部分もあります。

◎　医療・教育・療育などで、内容が専門的な場合は、支援機関が記入してもよいでしょう。

◎　また、必要に応じて、発達検査の記録等、専門機関の所見等を併せてとじこんでもよいでしょう。

記入例

プ　ロ　フ　ィ　ー　ル

（記入日　令和〇〇年　５　月　　日　）

名　　前	魚沼　太郎　（愛称　たろうくん　）			
性　　別	㊚　・　女	血液型	Ⓐ　・　B　・　O　・　AB　型	
生年月日	平成　〇〇　年　4　月　〇　日　（年齢　〇〇　才）			
所有手帳	☑ 療育手帳（A・Ⓑ判定）（取得日　年　月　日） ☐ 精神保健福祉手帳（　級）（取得日　年　月　日） ☐ 身体障害者手帳（　種　級）（取得日　年　月　日）			
本人自宅	住　所	〒946ー□□□□ 魚沼市小出島〇〇〇ー〇		
	電話番号	025ー●●●ー〇〇〇〇		
保護者	氏　名	魚沼　一郎	続柄	父
	住　所	同上		
	電話番号	同上		
緊急連絡先（携帯・勤務先・親族等）	誰　の	父　一郎	母　花子	伯母（母の姉） 佐渡　トキ子
	携帯番号	090-・・・・・・・	080-・・・・・・・	
	連絡先・住所・電話番号	㈱◇◇商事 魚沼市・・・・ ・・・ー・・・ TEL025-・・・-・・・・	自宅 TEL	自宅 佐渡市・・・・ ・・・ー・・ TEL
その他 ・主なかかりつけ医 ・病歴 ・服用薬　等	・〇〇〇立〇〇病院　△△科　□□先生 ・▽▽▽▽（薬名）を、毎日〇時に飲んでいる。			

プ ロ フ ィ ー ル

（記入日　　年　　月　　日 ）

名　　前	（愛称　　）			
性　　別	男　・　女	血液型	A ・ B ・ O ・ AB 型	
生年月日	年　　月　　日　（年齢　　才）			
所有手帳	□ 療育手帳（ A ・ B 判定 ）（取得日　年　月　日） □ 精神保健福祉手帳（　　級）（取得日　年　月　日） □ 身体障害者手帳（　　種　　級）（取得日　年　月　日）			
本人自宅	住　所	〒		
	電話番号			
保護者	氏　名		続柄	
	住　所	〒		
	電話番号			
緊急連絡先 （携帯・勤務先・親族等）	誰　の			
	携帯番号			
	連絡先・住所・電話番号	（　　） TEL	（　　） TEL	（　　） TEL
その他 ・主なかかりつけ医 ・病歴 ・服用薬　等				

出　生　時　の　こ　と

◎母子手帳から転記またはコピーをつづります（記入日　　年　　月　　日　）

出産した医療機関				主治医	
妊娠期間	妊娠　　週　　日			分娩所要時間	
出産方法	正常分娩　帝王切開　吸引分娩　鉗子分娩　誘発分娩				
本人の様子	身長	体重	胸囲	頭囲	
	cm	g	cm	cm	
生まれたときの特記事項など					

成　長　の　経　過

＊ 健診の経過

健診名	特記事項
４ヵ月健診	
9～10ケ月健診	
１歳半健診	
３歳健診	
就学前健診	
その他の健診等	

＊ 主な成長の経過と保護者記入欄

年齢の目安	主 な 成 長 経 過	できるようになった年齢
3～4ヵ月頃	首がすわる	歳　　ヵ月
	あやすと笑う	歳　　ヵ月
	保護者欄	
6～7ヵ月頃	寝返りをする	歳　　ヵ月
	おすわりをする	歳　　ヵ月
	そばにあるおもちゃに手をのばす	歳　　ヵ月
	人見知りをする	歳　　ヵ月
	保護者欄	
1歳頃	つかまり立ちをする	歳　　ヵ月
	欲しいものがある時、声を出しておとなの注意をひく	歳　　ヵ月
	後追いをする	歳　　ヵ月
	ひとりで立つ	歳　　ヵ月
	ものなどを相手に渡す	歳　　ヵ月
	絵本を見る	歳　　ヵ月
	保護者欄	

年齢の目安	主 な 成 長 経 過	できるようになった年齢
１歳６ヵ月頃	一人で歩く	歳　　ヵ月
	指さしをする	歳　　ヵ月
	バイバイをする	歳　　ヵ月
	ママ、ブーブーなどの意味のある言葉をいくつか話す	歳　　ヵ月
	保 護 者 欄	
２歳頃	一人で走る	歳　　ヵ月
	ぐるぐると〇を書く	歳　　ヵ月
	積み木やおもちゃを並べる	歳　　ヵ月
	ごっこあそびをする	歳　　ヵ月
	大人の身振りの真似をする	歳　　ヵ月
	「わんわん来た」などの２語文を話す	歳　　ヵ月
	「おめめどこ？」「お口どこ？」と聞くと自分の目や口を指す	歳　　ヵ月
	欲しいものがあると「ちょうだい」等と言葉にしてもらいにくる	歳　　ヵ月
	ともだちと手をつなぐ	歳　　ヵ月
	保 護 者 欄	

年齢の目安	主　な　成　長　経　過	できるようになった年齢
 ３歳頃	一人で階段をのぼる	歳　　ヵ月
	１重の〇を書く	歳　　ヵ月
	自分の名前が言える	歳　　ヵ月
	「ぼく」「わたし」などと言う	歳　　ヵ月
	ともだちと一緒に遊ぶ	歳　　ヵ月
	衣服の着脱ができる	歳　　ヵ月
	保護者欄	
４歳頃 	片足でケンケンができる	歳　　ヵ月
	お手本を見て＋が書ける	歳　　ヵ月
	はさみを上手に使う	歳　　ヵ月
	名前を呼ばれると返事をする	歳　　ヵ月
	見聞きしたことを、父母や先生に話をする	歳　　ヵ月
	おしっこをひとりでする	歳　　ヵ月
	保護者欄	

年齢の目安	主　な　成　長　経　過	できるようになった年齢
５歳頃	でんぐりがえしができる	歳　　ヵ月
	思い出して絵を書くことができる	歳　　ヵ月
	はさみとのりを使って紙で簡単なものをつくる	歳　　ヵ月
	自分の名前を読む	歳　　ヵ月
	ほめられると得意になって説明する	歳　　ヵ月
	大便をひとりでする	歳　　ヵ月
	保護者欄	

医　療　の　記　録

＊ かかりつけ医　①　　（記入日　　年　　月　　日 ）

医療機関名	
主　治　医	
住　　所	
電 話 番 号	

＊ かかりつけ医　②　　（記入日　　年　　月　　日 ）

医療機関名	
主　治　医	
住　　所	
電 話 番 号	

＊ かかりつけ医　③　　（記入日　　年　　月　　日 ）

医療機関名	
主　治　医	
住　　所	
電 話 番 号	

医　療　の　記　録

＊ かかりつけ医　④　　（記入日　　年　　月　　日 ）

医療機関名	
主　治　医	
住　　所	
電 話 番 号	

＊ かかりつけ医　⑤　　（記入日　　年　　月　　日 ）

医療機関名	
主　治　医	
住　　所	
電 話 番 号	

＊ かかりつけ医　⑥　　（記入日　　年　　月　　日 ）

医療機関名	
主 治 医	
住　　所	
電話番号	

＊ 医療に関する相談の記録　　（記入日　　年　　月　　日 ）

診　断　名	
診　断　日	
診断した 医療機関名	
医　師　名	
医師からの 説明内容等	
注　意　点 ・ 配　慮　点	

＊ 医療に関する相談の記録　　（記入日　　年　　月　　日 ）

診　断　名	
診　断　日	
診断した 医療機関名	
医　師　名	
医師からの 説明内容等	
注　意　点 ・ 配　慮　点	

＊ その他の持病、アレルギー等について　（記入日　　年　　月　　日）

病　名 ・ 症　状	
服薬の有無	有　（薬の名前　　）　・　無
医療機関名 （主治医）	
アレルギーなど	□　花粉〔□ スギ　□ ヒノキ　□ ブタクサ　□ その他（　　）〕 □　食品〔□ たまご　□ カニ・エビ　□ 牛乳　□ その他（　　）〕 □　動物〔□ イヌ　□ ネコ　□ トリ　□ その他（　　）〕 □　その他（　　） □　その他（　　） □　その他（　　）

＊ その他の持病、アレルギー等について　（記入日　　年　　月　　日）

病　名 ・ 症　状	
服薬の有無	有　（薬の名前　　）　・　無
医療機関名 （主治医）	
アレルギーなど	□　花粉〔□ スギ　□ ヒノキ　□ ブタクサ　□ その他（　　）〕 □　食品〔□ たまご　□ カニ・エビ　□ 牛乳　□ その他（　　）〕 □　動物〔□ イヌ　□ ネコ　□ トリ　□ その他（　　）〕 □　その他（　　） □　その他（　　） □　その他（　　）

＊ その他の持病、アレルギー等について　（記入日　　年　　月　　日）

病　名 ・ 症　状	
服薬の有無	有　（薬の名前　　）　・　無
医療機関名 （主治医）	
アレルギーなど	□　花粉〔□ スギ　□ ヒノキ　□ ブタクサ　□ その他（　　）〕 □　食品〔□ たまご　□ カニ・エビ　□ 牛乳　□ その他（　　）〕 □　動物〔□ イヌ　□ ネコ　□ トリ　□ その他（　　）〕 □　その他（　　） □　その他（　　） □　その他（　　）

＊ その他の持病、アレルギー等について　（記入日　　年　　月　　日）

病　名 ・ 症　状	
服薬の有無	有　（薬の名前　　）　・　無
医療機関名 （主治医）	
アレルギーなど	□　花粉〔□ スギ　□ ヒノキ　□ ブタクサ　□ その他（　　）〕 □　食品〔□ たまご　□ カニ・エビ　□ 牛乳　□ その他（　　）〕 □　動物〔□ イヌ　□ ネコ　□ トリ　□ その他（　　）〕 □　その他（　　） □　その他（　　） □　その他（　　）

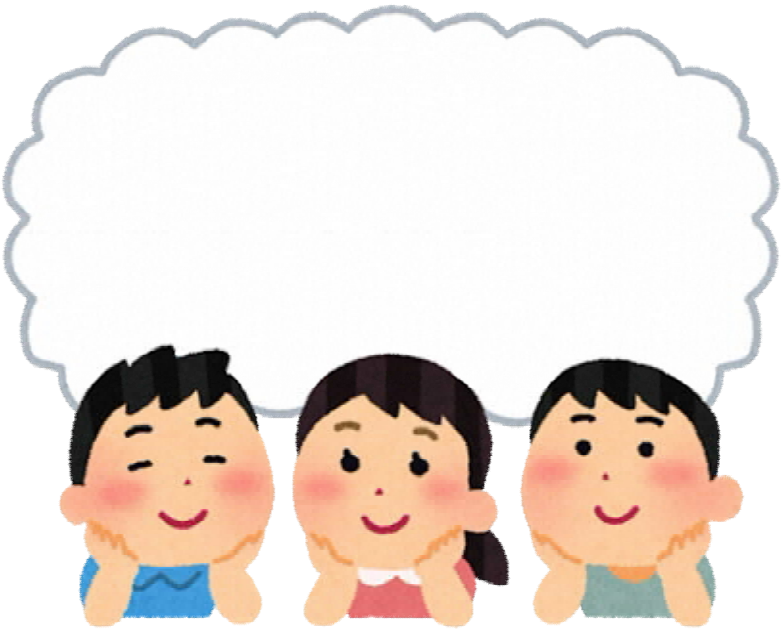
＊受診記録（定期的に受診しているものを記録しておきましょう。）

医療機関名 (担当医師名)		
診　断　名 （症 状）		
治療期間 （年月日）	年齢	治療内容

＊受診記録（定期的に受診しているものを記録しておきましょう。）

治療期間 （年月日）	年齢	医療機関名 （担当医師名）	診　断　名 （症状）	治療内容

２　記録のページ



記録のページ

（何歳からでも）

【使い方】

○　このページは、保護者の記録用です。

○　毎日の生活の中で気付いたこと、考えていること、気になっていることなどを記録していきましょう。

○　心配なことがある場合は、学校の先生や相談機関等に話してみましょう。

保護者の記録のページ

記録日　　年　　月　　日

記録日　　年　　月　　日

記録日　　年　　月　　日

記録日　　年　　月　　日

記録日　　年　　月　　日

保護者の記録のページ

記録した日	⌘　気づいたことなど　⌘

相談の記録

＊ 相　　談　　日：　　年　　月　　日

＊ 機関名・担当者：

＊ 相　談　方　法：☺面談　　家庭訪問　　☎電話　　✉メール　　その他（　　）

＊ 相　談　内　容：

＊ 助言・支援内容：

＊ 相　　談　　日：　　年　　月　　日

＊ 機関名・担当者：

＊ 相　談　方　法：☺面談　　家庭訪問　　☎電話　　✉メール　　その他（　　）

＊ 相　談　内　容：

＊ 助言・支援内容：

＊ 相　　談　　日：　　年　　月　　日

＊ 機関名・担当者：

＊ 相　談　方　法：☺面談　　家庭訪問　　☎電話　　✉メール　　その他（　　）

＊ 相　談　内　容：

＊ 助言・支援内容：

障害福祉サービス等の支援記録

利用している障害福祉サービスや相談先・通所先等の内容を記録しておきます。

★サービス等利用計画やモニタリング報告書はこちらにつづると簡単です！！

利用期間 （年月日）	年齢	支援機関名 （担当者名）	支 援 内 容

３　まんなかマップ

（作成日：　　年　　月　　日）

記入例

まんなかマップ

ご本人・ご家族の希望

・提出物や、体操着、給食袋などの忘れ物を、なるべくへらしていきたい。

・九九が上手に使えるようになりたい。

支援者

○○保健所保健師
○○ さん

電話 025-・・・-・・・・

支援者

○○小学校
担任：○○先生

電話 025-・・・-・・・・

支援者

○○児童相談所
○○ さん

電話 025-・・・・-・・

ご家族

☆父・・○○　☆母・・○○

☆姉・・○○

ニックネームやなまえ

ご本人

○○　○○

写真など

支援者

スクールカウンセラー
○○ さん

電話 025-・・・-・・・・

支援者

相談支援事業所
○○ さん

電話 025-・・・-・・・・

支援者

かかりつけ医
○○病院　□□先生

電話 025-・・・-・・・・

支援者

○○歯科医院

電話 025-・・・-・・・・

支援者

○○○○相談所

○○　○○○

〒946-0000
魚沼市□□□000-000

TEL ０００－０００－００００

名刺などを貼ってもよいでしょう。

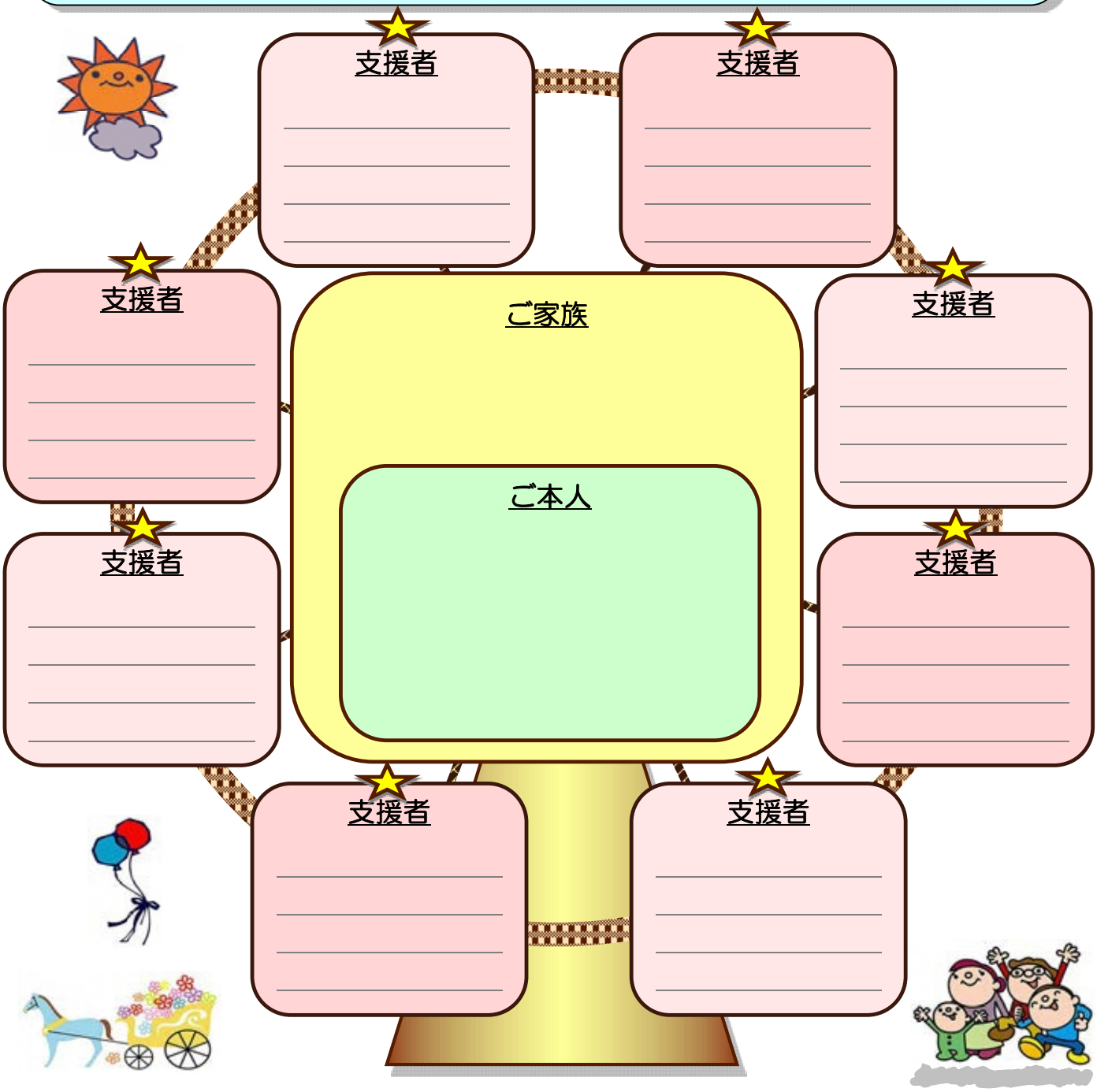
まんなかマップの支援者やご家族が
ご本人を応援していきます。

☆ 名前、年齢、電話番号を記入するほか、写真を添付してもよいでしょう。☆

（作成日：　　年　　月　　日）

まんなかマップ

ご本人・ご家族の希望



まんなかマップの支援者やご家族が
ご本人を応援していきます。

☆ 名前、年齢、電話番号を記入するほか、写真を添付してもよいでしょう。☆

（作成日：　　年　　月　　日）

まんなかマップ

ご本人・ご家族の希望

支援者

支援者

支援者

支援者

ご本人

支援者

ご家族

まんなかマップの支援者やご家族が
ご本人を応援していきます。

☆ 名前、年齢、電話番号を記入するほか、写真を添付してもよいでしょう。☆

４　支援計画（みんなでつくるページ）

およそ３歳までのシート

（乳幼児期用）

【使い方】

○　このシートは、およそ３歳までのお子さんを対象とします。

○　保育園や市の職員などの支援者が、ご本人とご家族に寄り添いながら、あるいは、一緒になって作成します。

○　「家庭などでの様子」欄は、保護者をはじめ、ご家族の方が記入してください。

○　「支援の内容等」欄は、保育園などお子さんの所属機関の職員や市の担当保健師、子育て支援センターの職員などの支援者が記入してください。

○　「支援内容についてのまとめ」欄は、ご本人を支援するご家族、保育園や市などの支援機関の職員が、話し合い、相談しながら一緒に考え、記入するようにしてください。

こんなふうに活用しましょう　およそ３歳までのシート（乳幼児期用）記載例

シート－1

およそ３歳までのシート（乳幼児期用）　（No.　）

作　成　日　平成２０　年　４　月　１　日
まとめを行った日　平成２０　年　１０　月　１　日
作　成　者　〇〇保健所△△△保健師（続柄　　）

氏名　〇〇　〇〇　／　性別　男・㊛

生年月日　平成１８　年　５　月　５　日 生ま

保護者の願いや希望

健　康　状　態（医療機関での対応・諸検査の結果等）
・受診した医療機関：□□病院小児科
　診断名：高機能自閉症
　服薬治療：（薬名　〇〇〇〇〇　）
・・・・・・・
・・・・・・・

受診している病院などがない場合は、「かかりつけ医なし」と記入してください。
乳幼児健診の内容等を記載してもよいでしょう。

シート－2

保育園や関係機関が保護者と一緒に記載しましょう。

	家庭などでの様子	支援の内容等（各機関の所見）※できるだけ具体的に	支援内容についてのまとめ
身のまわりのこと	・家では、着替えが一人でできず手伝うことが多い。 ・トイレに行くタイミングが、まだ分からないようで失敗することがある。	・着替えの手順カードを示し、促す。 ・定時排泄を促している。	・カードに沿って順番に着脱ができるようになった。 ・洋服の前後の判別、ボタンかけは手伝いが必要。 ・食後、トイレに行くよう促すとスムーズに行くことができ、失敗が少なくなってきている。
ことば・理解	・ことばの遅れは特になく、ことばづかいも同年齢の子どもと同様であり、お話好きである。	・保護者や先生と一緒に絵本等を読んだり、外に出るなど、大人と一緒に過ごす時間を多く持ち、言葉でのやりとりをしながら色々なものに興味が広がるようはたらきかける。	・「わんわんきたね」など二語文でのお話しが増えた。 ・初めての場所、物には抵抗が大きいが、本やビデオは好きで、色々な物に興味を示している。

シート－3

その他			

保護者の意向	各所属機関等の意向	相談支援チームの意見	本人の記録
・集団で活動する場と個別の療育を受けることを希望する。	・幼児のことばの教室で個別指導を希望する。	・保育所に対しては、基本的な対応等について助言する機会を持つ。	

およそ３歳までのシート（乳幼児期用）

（No.　　）

作　成　日　　年　　月　　日

まとめを行った日　　年　　月　　日

作　成　者　　（続柄　　）

氏 名　　／ 性 別　男 ・ 女

生年月日　　年　　月　　日 生まれ

保護者の願いや希望

健　康　状　態（医療機関での対応・諸検査の結果等）

行 動 面 の 特 徴

得意なこと、伸ばしていくこと

	家庭などでの様子	支援の内容等（各機関の所見） ※できるだけ具体的に	支援内容についてのまとめ
身のまわりのこと			
ことば・理解			
遊び			

	家庭などでの様子	支援の内容等（各機関の所見） ※できるだけ具体的に	支援内容についてのまとめ
運動			
人とのかかわり			
その他			

保護者の意向	各関係機関等から	本人の記録

およそ５歳までのシート

（乳幼児期）

【使い方】

○　このシートは、およそ５歳までのお子さんを対象とします。

○　保育園・幼稚園や市の職員などの支援者が、ご本人とご家族に寄り添いながら、あるいは、一緒になって作成します。

○　「家庭」欄は、保護者をはじめとするご家族が記入してください。

○　「園・療育機関等」欄は、お子さんの通う保育園・幼稚園などの職員や市の担当保健師、子育て支援センターの職員などの支援者と一緒に記入してください。

○　「支援内容についてのまとめ」欄は、ご本人を支援するご家族、保育園・幼稚園や市などの支援機関の職員が、話し合い、相談しながら一緒に考え、記入するようにしてください。

およそ５歳までのシート（乳幼児期用）　記載例

＊この様式は、主に保育園、幼稚園等の機関を利用し、これらの機関と家庭の取組を確認したり、振り返ったりするための様式です。

シート －１

およそ５歳までのシート（乳幼児期用）　　（No.　　）

作　成　日　　平成２０　年　５　月　　日

まとめを行った日　　平成２０　年　６　月　　日

作　成　者　　〇〇保育所△△担任　（続柄　　）

氏 名　〇〇　〇〇　　／ 所 属　□□□ぐみ

性 別　男 ・ 女　　／ 生年月日　　年　　月　　日生まれ

保護者の願いや希望

得意なこと、伸ばして行くこと

いくつかの問題となる行動について書き出し、子どもの「困り感」に応じて優先順位をつけましょう。

気になる行動・問題となる行動等	対　　応
1. 予定の変更に対応できず、大泣きする。 2. 集団で活動することに参加できず、指示が通らない。 3. ・・・・・・	1について • カレンダーの読み方、使い方を教え、予定を教える。 • 一日の予定については、絵カードで示す。 • 絵カードの抜き出しで予定変更を予告する。 2について • 集団での活動については、部分的な参加を認める。 • 活動内容について、あらかじめ教え、選択の場を設ける。

そ　の　他

できるだけ、具体的な対応を記載しましょう。

シート－2

	支援の内容（目標と手だて・主な支援機関）		
	家　　庭	園・療育機関等	支援内容についてのまとめ
身のまわりのこと	◎目標 トイレで小便ができる。 ・手だて トイレを教えるサインを決め、トイレを使用する際にサインを使う。	◎目標 友達と連れだってトイレに行く。 ・手だて 定時のトイレ排泄の予告をし、声がけをする。	・定時排泄には、友達とともにトイレに入るようになったが、排泄には至っていない。（園） ・トイレに入るとき自分でサインをだすことができた。尿意を催した時にサインがまだでない。（家）
ことば・理解			

ことばの教室などを利用する際は、担当が記入します。

子どもの育ちを確認するための打合せを定期的に持ちましょう。

＊ この様式は、振り返りの期間を決めて使いましょう。（例：１年間３枚等）
＊ 例えば、家庭と保育園で同じ課題に取り組んだり、家庭と保育園では違う課題にしたりと工夫しましょう。
＊ 目標を決める時は、無理をしないように気をつけましょう。大切なのは成長の歩みを確認することです。支援の手立ては具体的に話し合い、実行可能なものにしましょう。

およそ５歳までのシート（乳幼児期用）

（No.　　）

作　成　日　　年　　月　　日

まとめを行った日　　年　　月　　日

作　成　者　　（続柄　　）

氏 名　　／　所 属

性 別　　男　・　女　　／　生年月日　　年　　月　　日生まれ

保護者の願いや希望

得意なこと、伸ばして行くこと

気になる行動・問題となる行動等	対　　応

そ　の　他

	支援の内容（目標と手だて・主な支援機関）		
	家　　庭	園・療育機関等	支援内容についてのまとめ
身のまわりのこと			
ことば・理解			
遊び			

	支援の内容（目標と手だて・主な支援機関）		
	家　　庭	園・療育機関等	支援内容についてのまとめ
運動など			
人とのかかわり			

相談支援チームの意見

本人の記録　　～　え や じ をかいてみよう☺♪　～

入学前　５～６歳までのシート

（就学移行用）

【使い方】

○　このシートは、小学校入学前を対象とします。

○　保育園・幼稚園や市の職員などの支援者が、ご本人とご家族に寄り添いながら、あるいは、一緒になって作成します。

○　このシートを、入学を予定している小学校などに引き継ぐことで、ご家庭と学校の先生との間で、ご本人に対する必要な情報を共有することができます。

○　受け取った学校においては、【就学先の学校から】の欄に記入してもらいましょう。

入学前 ５歳から６歳までのシート（就学移行用）　記載例

＊この様式は、小学校等へ入学する際にこれまでのお子さんの育ちや、関係機関との関係、支援内容等を引き継ぐための様式です。

シート －1

入学前　５歳から６歳までのシート（就学移行用）　（No.　）

作　成　日　　年　　月　　日
まとめを行った日　　年　　月　　日
作　成　者　　（続柄　　）

氏　名　　／ 性 別　男 ・ 女
生年月日　　年　　月　　日 生まれ
就 学 先
保護者の願いや希望

	就学後に必要な支援の内容	配慮してほしいことなど
身のまわりのこと		
ことば・理解	・ことばの遅れもなく、話し好きであるが、場にあった適切な使用が難しいようである。不適切な使用の場合には、絵などを使って正しいことばの使い方を個別に振り返った。	・ことばの遅れはないようだが、意味理解、場にあった話し方について指導が必要である。ことばの教室などの個別指導の場の利用が望ましい。

就学後予想される困難について記載します。また、対応等ですべき内容も記載しましょう。

シート －2

その他		

大切なことは、新しい環境に入るお子さんの環境を、情報を基に整えることです。保護者との話し合いを大切にしましょう。

保 護 者 の 意 向	各所属機関等の意向	就学先の学校から
・通常の学級でみんなと一緒に学ぶことを希望している。 個別指導は必要であればお願いしたい。	・ことばの教室 継続してことばの指導だけでなくＳＳＴなどの指導も必要である。	・知的に大きな遅れがないため、通常の学級で受け入れるが、定期的に関係者との会議を持ちたい。

相談支援チームの意見等

・本児の実態と保護者の願いから通常の学級でのスタートが考えられるが、個別指導の場は必要である。また、集団への適応状況を定期的に評価する会を持つ必要がある。また、支援の内容等について巡回相談を受けることが望ましい。

＊ 相談支援チーム構成員 所属・氏名 ＊
〇〇市専門相談員　〇〇　〇〇
▽▽市立〇〇小学校　教諭　〇〇　〇〇〇

入学前　５歳から６歳までのシート（就学移行用）

（No.　　）

作　成　日　　年　　月　　日

まとめを行った日　　年　　月　　日

作　成　者　　（続柄　　）

氏　名　　／ 性 別　男 ・ 女

生年月日　　年　　月　　日 生まれ

就 学 先

保護者の願いや希望

	就学後に必要な支援の内容	配慮してほしいことなど
身のまわりのこと		
ことば・理解		
遊び		

	就学後に必要な支援の内容	配慮してほしいことなど
運動		
人とのかかわり		
その他		

保護者の意向

各関係機関等から

就学先の学校から

６歳～１８歳までのシート

（就学期用）

【使い方】

○　このシートは、小学校、中学校、高等学校等の学校に在学している児童生徒を対象とします。

○　各学校で作成する「個別の指導計画」や「個別の教育支援計画」をとじましょう。

○　学校とご家族（又は本人）が、本人に必要な支援を一緒に考えて作り、情報を共有するための大切な資料となります。

＜6～18 歳（就学期用）＞　　作成日　　年　　月　　日

個別の教育支援計画

本人のプロフィール　記入者（　　）

【在籍校】　　学校　　学部（TEL）

氏　名(フリガナ)　　性別

学部　　学年（　　組）　　生年月日　　年　　月　　日（作成日　　歳）

【身体障害者手帳】　　種　　級　　無　　【療育手帳】　A　　B　　無

【精神障害者保健福祉手帳】　　級　　無

【障害福祉サービスを受けるための受給者証（利用者証）】　　有　　無

保護者名　　住　所

連絡先

前在籍校（転入者の場合）

連絡先

将来の生活・現在の生活についての希望

＜本人の希望＞

＜保護者の希望＞

必要と思われる支援目標・支援内容

具体的な支援（○今ある支援　☆これから必要な支援）

家庭生活	
学校生活	
余暇・地域生活	
医療・療育等	
福祉・労働等	

【作成時の記録】

個別の教育支援計画について了解し、確認しました。

年　　月　　日　　氏名（自筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜6～18 歳（就学期用）＞　　作成日　　年　　月　　日

【 記入例 】　個別の教育支援計画

本人のプロフィール　記入者（　△△　△△　）
新潟県立□□特別支援学校　小学部　000-000-0000

氏　名(フリガナ)　○○　○○（・・・・・・・）　性別　男
小学部　□　学年（　△　組）　生年月日 平成 □年 △月 ○日（作成日 ○ 歳）

【身体障害者手帳】　種　級　無　【療育手帳】　A　(B)　無
【精神障害者保健福祉手帳】　級　無

【障害福祉サービスを受けるための受給者証（利用者証）】　(有)　無

保護者名　△△　△△　住　所　○○市○○町 123 番地
連絡先　TEL　000－000－0000

前在籍校（転入者の場合）
□□市立□□小学校　連絡先　TEL　000 - 000 - 0000（旧担任○○○○）

将来の生活・現在の生活についての希望

＜本人の希望＞　・友達といっぱい遊びたい。

＜保護者・家族の希望＞
・友達と仲良くし、自分のことは自分でできるようになってほしい。

必要と思われる支援目標・支援内容

・友達とかかわる力を育てる。（友達と遊ぶ機会を増やす。）
・着替えなど自分でできることを増やす。（身辺処理では、自分で取り組む場面を増やす。）

具体的な支援（○今ある支援　☆これから必要な支援）

家庭生活 （家族が子どものためにできる支援）	○着替えは、できるだけ一人でできるよう声かけをする。 ☆着替え手順表を活用し、一人でできるように準備する。
学校生活	○「個別の指導計画」による 長期目標　××××××××××××× ××××××××××××××
寄宿舎での生活	○「個別の指導計画」で、就寝前や入浴時の着替えは、手順表を見ながら取り組む。（担当者：△△）
余暇・地域生活 （デイサービス、ショートステイ、放課後支援、通園事業、送迎サービス、ホームヘルプ、入浴ヘルプ、ガイドヘルプ）	○放課後支援を月、金利用し、友達や職員と過ごしている。 ☆家庭の事情があるときに、ディサービスを利用して過ごす。 （相談先：△△福祉センター、□□さん、TEL 222-222-2222 ）
医療・療育等 （主治医、担当 PT など）	○月 1 回、△△医療センター、てんかん定期通院 ☆
福祉・労働等 （行政担当者、ケースワーカーなど）	○ ☆

【作成時の記録】　保護者○○、担任○○、コーディネーター○○で相談作成

個別の教育支援計画について了解し、確認しました。
年　　月　　日　　氏名（自筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

就労前　１８歳のとき

（就労移行期用）

【使い方】

○　このシートは、就労・進学前に会社、ハローワークなどと連携を図るための内容を記入します。

○　特別支援学校の高等部等で使用している個別の教育支援計画のうち、就労移行期のものをつづりましょう。

○　就労先等の受け手側とご家族が、本人に対する必要な情報を共有するための貴重な資料となります。

個別の教育支援計画

個別の教育支援計画					記入者	教諭（　　）		年　　月　現在	
本人の基本情報	写 真	ふりがな 氏　名		性 別		生年月日	年　　月　　日	保護者 （続柄）	
		住所・TEL	〒 TEL			公共職業安定所 （ハローワーク）		住 所	生徒の欄と同じ
	所持する手帳		療育手帳（　A　　B　　なし　）　身体障害者手帳　（　種　　級　　なし）　精神障害者保健福祉手帳（　　級　　なし）						

将来の生活について	本人の希望や不安	保護者の希望や不安

希望を実現するために	身に付けたい力＜課題＞	課題を達成するために取り組んできたこと
	健康・行動上の特性・個性等の配慮する事項	健康・特性・個性を踏まえて行ってきたこと

医療・福祉・労働・地域・余暇等の関係機関	機関名 （住所・連絡先・担当者・主治医）	サービス内容・支援内容	機関名 （住所・連絡先・担当者・主治医）	サービス内容・支援内容

記　入　例

個別の教育支援計画

新潟県立□□特別支援学校 〒***-****　○○○○・・・・・・○ ℡（１２３）４５６－７８９０ 担任：○○○○、○○○○	記入者	教諭（　　）	年　　月 現在

本人の基本情報	写 真	ふりがな 氏　名		性 別		生年月日	年　　月　　日	保護者 （続柄）	
		住所・℡	〒○○○－○○○○ ○○市○○　○丁目　○－○ ℡　（０２５）－○○○－○○○○	公共職業安定所 （ハローワーク）				住 所	生徒の欄と同じ
	所持する手帳		療育手帳　（ A　B　なし ）　身体障害者手帳（○種○級）　精神障害者保健福祉手帳（　級　なし）						

	本人の希望や不安	保護者の希望や不安
将来の生活について	・仕事を頑張ってお金を稼ぎたい。 ・仕事を覚えられるか自信がない。 ・職場の人たちと仲良くできるか自信がない。 ・仕事が休みの日には友達と遊びに行きたい。	・一日の生活に見通しをもって過ごしてほしい。 ・仕事に充実感をもって頑張ってほしい。 ・職場の人たちとうまくコミュニケーションがとれるかが不安である。

	身に付けたい力＜課題＞	課題を達成するために取り組んできたこと
希望を実現するために	①相手の話を理解する力 ②自分の気持ちを伝える手段を増やすこと ③最後まで仕事をやり遂げる力 ④余暇を楽しむ力	①意図的に友達とかかわる場面を多く設定した。 ②場面をとらえて「こういうときは○○と言うのですよ」と気持ちを伝える練習をした。 ③上手にできたこと、やり遂げたことを大いに称賛した。 ④校外学習で様々な余暇活動の場を経験するようにした。
	健康・行動上の特性・個性等の配慮する事項	**健康・特性・個性を踏まえて行ってきたこと**
	①一度覚えたことは正確にやることができる。 ②手順やルールなどを文字で示すとコミュニケーションを取りやすい。 ③終わりが分かると安心して活動できる。 ④突然の日程変更に対応することに不安がある。 ⑤右頭シャント有　・運動Ｃ禁（軽い運動は可）	①②言葉だけでなく、文字を使って伝えるようにした。 ③何時まで、何個までといった終わりを示すようにした。 ④突然の日程変更の際には一つ一つ変更点を伝えた。同じことを繰り返し聞いてくるときには「そうだね」と軽く答えるようにした。 ⑤日ごろから転倒に注意した。（ランニングのないゆっくりな運動は可）

	機関名 （住所・連絡先・担当者・主治医）	サービス内容・支援内容	機関名 （住所・連絡先・担当者・主治医）	サービス内容・支援内容
医療・福祉・労働・地域・余暇等の関係機関	○○病院　　主治医） 住所） 電話）	・年２回の定期検診 ・安定剤の調整	ハローワーク○○　　担当） 住所） 電話）	・求職登録済み ・重度知的障害者判定取得済み
	○○病院　　主治医） 住所） 電話	・長期休業中や休日の日中一時支援の利用	障害者就業・生活支援センター「○○○」 担当） 住所） 電話）	・登録済み
	○○病院　　主治医） 住所） 電話）	・不定期の相談		

１８歳以上のシート

（成人期用・就労の記録）

【使い方】

○　このシートは、成人を対象とします。

○　主として就労に関し、障害者就業・生活支援センターや相談支援事業者などの支援者が、ご本人とご家族に寄り添いながら作成します。

○　就労先や進学先等の受け手側とご家族が、本人に対する必要な情報を共有するための貴重な資料となります。

○　お金（給料や工賃）の管理や、年金・保険などについてわからないことがあるときは、会社（施設）の方や、相談支援事業者などの支援者に相談してみましょう。

１８歳以上のシート（成人期用）［就労の記録］

（No.　　）

○　民間企業でフルタイム（通常は、一日８時間勤務）で働く場合、アルバイトやパート勤務の場合、福祉施設で就労する場合などに記録しましょう。
○　学校に通いながら民間企業で実習を受けたとき、福祉施設での就労体験なども記録しておきましょう。

記入例

会社（施設）名	**○○食品株式会社**
住　　所	**魚沼市○○４番地１**
電話番号	０２５－２８５－○○○○
担当者	**食品部　○○　田中**
期　　間	**2** 年 **4** 月　から　　年　月　まで
勤務（作業）日	(月・火・水・木・金)（　　）
勤務（作業）時間	(午前)・午後　**9** 時　から　午前・(午後)　**3** 時まで（計　**5**時間）
仕事（作業）内容	**1. バックヤードでの食品のパック詰め** **2. パッキングした後の値札（シール）貼り** **3. 食品の陳列** **4. 接客**
必要な支援 ※会社や施設、支援機関が記入	〈記入者，（記入日）〉　**ジョブコーチ，山田相談員**（9/30） **・1～3は、ほぼひとりで行うことができる。** **・4については、他の店員のフォローにより、しだいに対応できるようになってきている。**
会社（施設）の記録 ※会社や施設が記入	〈記入者，（記入日）〉　**○○食品株式会社食品部，田中**（9/30） **・バックヤードでの仕事は、ほとんど任せることができるように　なり、他の店員とのコミュニケーションも問題なく、良い関係が出来ている。** **・今後は、やや苦手な接客応対も、他の店員の支援を受けながらできるようになってほしい。**

本人の記録　〈記入日：　　年　　月　　日〉

１８歳以上のシート（成人期用）［就労の記録］

（No.　　）

○　民間企業でフルタイム（通常は、一日８時間勤務）で働く場合、アルバイトやパート勤務の場合、福祉施設で就労する場合などに記録しましょう。

○　学校に通いながら民間企業で実習を受けたとき、福祉施設での就労体験なども記録しておきましょう。

会社（施設）名	
住　　所	
電話番号	
担当者	
期　　間	年　月　から　　年　月　まで
勤務（作業）日	月・火・水・木・金（　　）
勤務（作業）時間	午前・午後　　時　から　午前・午後　　時まで（計　　時間）
仕事（作業）内容	
必要な支援 ※会社や施設、支援機関が記入	〈記入者，（記入日）〉
会社（施設）の記録 ※会社や施設が記入	〈記入者，（記入日）〉

本人の記録　〈記入日：　　年　月　日〉

５　自立生活に向けたチェックシート

自立生活に向けたチェックシートの
ページについて

☆ チェックシートの目的

◎ 「２０歳前後の発達障害のある方が、一人暮らしをするために必要な能力や知識は何か」という視点に立つ「自立生活サポートチェック表」（東京ＬＤ親の会連絡会・自立生活研究会発行）を参考に作成しました。

◎ このチェックシートは、「できる」「できない」をチェックすることが目的ではありません。大人になった時に、どんな行動を身につければよいか、また、そのためにどんなサポートが必要なのか、ご本人やご家族、支援者で考えるきっかけとして活用できます。

☆ 記入のしかた

◎ 原則として、ご本人、ご家族及びご家族に代わる立場の方が記入してください。

◎ 「できる」「できない」は、記入する方のご判断で構いません。

◎ 「一人でできる」、「手伝えばできる」のうち、当てはまる欄に〇をつけてください。「手伝えばできる」に〇をつけた場合は、具体的な介助の方法などをあわせて記入しておくことで支援を受ける際に役立ちます。

◎ できない項目には、何も記入せず、できるようになった時に記録していきましょう。

☆ 難しいと感じるものもあるかもしれません

◎ 全ての項目に記入する必要はありません。

◎ チェックする作業を通して、ご本人に必要な支援を考え、一つずつできることを増やしていきましょう。

自立生活に向けたチェックシート

生　　活　　（記入者　　）

	一人でできる	手伝えばできる（介助の内容）	できるようになった年齢
下着は毎日着替える			
場に応じた服を選ぶ			
洗濯機を使って洗濯をする			
洗濯が終わった衣服は、たたんでタンスにしまう			
そうじ機をかける			
朝、顔を洗ってふく			
食事のあとは歯をみがき、口をすすぐ			
入浴の際、自分で体や頭を洗い、入浴後タオルで体を拭く			
爪が伸びたら、適当な長さに切る			
自分で店に行って品物を買う			
外出をするときは、戸締まりをする			
計画的なお金の管理ができる			

健康管理　（記入者　　）

	一人でできる	手伝えばできる（介助の内容）	できるようになった年齢
栄養バランスを考えて、食事をとる			
１日６～８時間の睡眠時間を確保する			
疲れたら休養をとる			
体調が悪いときは休んだり、薬を飲む			

余　　暇　（記入者　　）

	一人でできる	手伝えばできる（介助の内容）	できるようになった年齢
趣味を持っている			
自分の適性にあった量の運動を楽しむ			

交通ルール　（記入者　　）

	一人でできる	手伝えばできる（介助の内容）	できるようになった年齢
信号を見て、正しく渡る			
電車（バス）のキップを自分で買って乗ることができる			

人間関係　（記入者　　）

	一人でできる	手伝えばできる（介助の内容）	できるようになった年齢
あいさつをする			
困った時は、人に相談する			
助けてもらったら、お礼を言う			
電話は適当な通話時間で切る			

職業生活　（記入者　　）

	一人でできる	手伝えばできる（介助の内容）	できるようになった年齢
働く意識をもつ			
自分の適性（得意、不得意）がわかる			
働く体力を維持する			
上司に報告をする			
欠勤、遅刻をする場合は、上司に連絡する			
自分ができないことは人に頼むことができる			
自分が混乱したり、パニックになる状況を知っている			

危機管理　　（記入者　　）

	一人でできる	手伝えばできる（介助の内容）	できるようになった年齢
地震が起きたときの対応がわかる			
火事が起きたときの対応がわかる			
やっていないことで疑われたら、はっきりと否定する			
嫌なことは断る			
いらないものは買わない			
トラブルがあった時に相談するところを知っている			
危険が迫ったときに大声で助けを呼ぶことができる			

その他（自分ができるようになりたいことを書いてみましょう）。

	一人でできる	手伝えばできる（介助の内容）	できるようになった年齢

魚沼市相談支援ファイル

発行元：魚沼市役所市民福祉部
福祉支援課
電　話：025-792-9767