

～一人ひとりの未来をつくる～

生活支援プラン

Map

まっぷ

生活支援プランMap（まっぷ）とは

『生活支援プランMap（まっぷ）』はご本人のこれまでの生育の記録や現状を整理し、家族をはじめ、支援に関わる支援者が、ご本人の特性やニーズを共通理解しながら、地域での安定した暮らしを実現できるよう願って作成されました。学校や職場などの所属先での生活や福祉サービス等を利用する際に、必要な支援やご本人の特性などをこの冊子を使って説明することで、関わる方々に、より理解していただくことを目的としています。

記入について

- ・全ての項目を記入する必要はありません。ご本人の支援にとって必要と思われる情報を整理していきます。ご本人の特性や伝えたい情報に応じて項目や内容を追加したり、削除したりしてもかまいません。
- ・支援者でなければ分からない内容については、支援者に協力を求めてみましょう。また、「個別の支援計画」や「個別の指導計画」等、ご本人の様子や支援内容が分かるものがあれば、代用してもかまいません。身近な支援者と相談しながら一緒に作成していきましょう。
- ・これまでのご本人の成長記録や相談、支援記録等を整理しておくことで、新たに関わる支援者に情報を伝えやすくなり、新しい相談機関にいくたびに同じことを何度も説明しなくてすむようになります。

<保管・使用上の注意>

- ・記載する内容は、大変重要な個人情報です。プライバシーの保護など、個人情報の取り扱いには十分注意してください。

支援機関の皆様へ（お願い）

この「生活支援プランMap（まっぷ）」は、ご本人の支援を引き継いでいくために必要な情報を整理していくことを目的としています。支援してきたことがこれまで以上に新たに関わる支援者につながるよう、趣旨を理解頂き、ご協力くださいますようお願い致します。

「生活支援プランMap（まっぷ）」の構成

プロフィールのページ

このページは【支援の基本となる情報】を記入します。
おもに母子健康手帳を参考にして記入するとよいでしょう。
ご本人のこれまでの生育の記録や相談の履歴などをまとめる
ことができます。

つなぐページ

このページは【支援の工夫など、つなげたい情報】を記入し
ます。ご本人の特徴にあった支援の工夫や環境をまとめておくこ
とで、共通の理解が深まります。
また、新しい支援者がこれからの支援方法を、よりよく考える
ための手立てにもなります。

その他の資料のページ

ここからは、ご本人の支援に参考となる資料を、必要に応じ
て、綴じこんでいきます。支援者と話し合う際に、活用するこ
とができます。

所属先や相談先と、ご本人の情報を共有する場合、何度も書き直す必要はなく、コピーで手渡すことができるので便利です。

手帳類(母子健康手帳、療育手帳など)や他機関でもらった資料が保管できるジッパー付きのクリアポケットを一緒にとじておくと便利です。

災害時や緊急の出来事の際に本人の状況(特性)や関わり方を伝えるツールとなります。

必要なページのみをとじることで、世界でひとつの“オリジナルMap”が作れます。

上手な活用法♪

いろいろな支援者に伝えていくことで、本人への理解が深めてもらえます。(支援者の方からも関わり方の参考になると聞いています!)

何気なく思っていることを文字で書くことで、ご本人の得意なことや楽しんで取り組めることがどんなことなのかに気付くことができます。

このファイルが本人の力を引き出す『支援のヒント集』として活用していきましょう!

生活支援プランMap (まっぷ) Q &A

Q1 「生活支援プランMap (まっぷ)」は誰が作るのですか？

基本的には、乳幼児期や学齢期は保護者が主体となって作成していきます。成人期はご本人が主体となって作成するものです。しかし、支援の内容など、保護者やご本人が把握しにくい部分は、身近な支援者と相談しながら作成していきましょう。

Q2 「生活支援プランMap (まっぷ)」はどんなことに役立ちますか？

「生活支援プランMap (まっぷ)」は支援をつないでいくためのツール (道具) です。

新しい所属先や福祉サービス等を利用する際に、必要な支援やご本人の特性などを、新たに関わる支援者に情報を伝えやすくなり、同じことを何度も始めから説明しなくてもすむようになります。

Q3 「生活支援プランMap (まっぷ)」は誰が保管するのですか？

原則として、保護者 (成人期はご本人)、またはそれに代わる立場の方が責任を持って保管します。記載する内容は、大変重要な個人情報です。プライバシーの保護など、個人情報の取り扱いには十分な注意が必要です。

Q4 「生活支援プランMap (まっぷ)」は全て記入しなければならないのですか？

全ての項目を記入する必要はありません。ご本人の支援にとって必要と思われる項目やページを選択して活用します。記入欄が足りない時は、用紙をコピーして、ご本人の成長の変化や状況の変化に合わせて必要な時に書き加えてもかまいません。

プロフィールのページ

支援の基本となる情報

☆フェイスシート

☆医療に関すること

☆相談・検査に関すること

☆福祉に関すること

☆サポーターに関すること

フェイスシート

記入日 年 月 日

記入者 ()

ふりがな 本人の名前		ふりがな 保護者氏名		続柄
住 所	〒 相模原市 区	生年月日	年 月 日	歳
自宅電話	() -	その他の 連絡先		
現所属		所属先 電話	() -	

家族の 状 況	氏 名	続 柄	生年月日 (年齢)	職 業	同居の別
					同・別
					同・別
					同・別
					同・別
					同・別
					同・別
					同・別

緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先電話	備考
			()	
			()	

診断名など	診断を受けた日	医療機関	医師
	年 月 日 歳		
	年 月 日 歳		

◆薬について（常用薬などの服薬等の状況）

薬の名前	服薬期間	服薬頻度	薬の内容
(例) テグレトール	△年△月～ △年△月 まで	毎朝・晩	てんかん発作予防
	年 月～ 年 月 まで		
	年 月～ 年 月 まで		
	年 月～ 年 月 まで		
	年 月～ 年 月 まで		
	年 月～ 年 月 まで		
	年 月～ 年 月 まで		
	年 月～ 年 月 まで		

◆禁忌薬（飲んではいけない薬）

薬名	薬の内容（どんな薬？）

*処方箋などを一緒に綴じ込んでおくと便利です！

《生活支援プランMap（まっぷ）》

◆生育歴

出生病院			
在胎週数	週	日	出生体重 g
出生時特記事項		出生身長	cm

◆発育記録

首のすわり	歳	か月頃	寝がえり	歳	か月頃
おすわり	歳	か月頃	ずりばい	歳	か月頃
はいはい	歳	か月頃	人見知り	歳	か月頃
つかまり立ち	歳	か月頃	ひとりで歩く	歳	か月頃
ひとりで走る	歳	か月頃	指さしする	歳	か月頃
泣き声でない声を出す	歳	か月頃	意味のある言葉を話す	歳	か月頃
二語文を話す	歳	か月頃	オムツがとれる	歳	か月頃

◆健診結果

乳幼児健診等の状況（相談した内容）		
乳 児 健 診	4か月児健診	<input type="checkbox"/> 未受診・ <input type="checkbox"/> 受けた（ ）
	8か月児健診	<input type="checkbox"/> 未受診・ <input type="checkbox"/> 受けた（ ）
	1歳児健診	<input type="checkbox"/> 未受診・ <input type="checkbox"/> 受けた（ ）
1歳6か月児健診	医科	<input type="checkbox"/> 未受診・ <input type="checkbox"/> 受けた（ ）
	歯科	<input type="checkbox"/> 未受診・ <input type="checkbox"/> 受けた（ ）
3歳6か月児健診		<input type="checkbox"/> 未受診・ <input type="checkbox"/> 受けた（ ）

《生活支援プランMap（まっぷ）》

◆既往歴（病気などの記録）

今までにかかった主な病気や熱性けいれん、発作、アレルギー（食物、その他）など

病名	年 月 日 (歳頃)	医療機関 担当医	備考	
			通院	なし・あり(年 月 日～ 年 月 日)
		医療機関名	入院	なし・あり(年 月 日～ 年 月 日)
			手術	なし・あり(年 月 日～ 年 月 日)
			その他	
			担当医	
		医療機関名	入院	なし・あり(年 月 日～ 年 月 日)
			手術	なし・あり(年 月 日～ 年 月 日)
			その他	
			担当医	
		医療機関名	入院	なし・あり(年 月 日～ 年 月 日)
			手術	なし・あり(年 月 日～ 年 月 日)
			その他	
			担当医	

◆感染症

病名	予防接種	かかった時期	病状・合併症など
麻しん（はしか）	済 ・ 未	年 月 日頃	
風しん（三日はしか）	済 ・ 未	年 月 日頃	
水痘（水ぼうそう）	済 ・ 未	年 月 日頃	
おたふくかぜ	済 ・ 未	年 月 日頃	
結核	BCG 済・ 未	年 月 日頃	
		年 月 日頃	
		年 月 日頃	
		年 月 日頃	
		年 月 日頃	

* 予防接種は母子健康手帳を参照

《生活支援プランMap（まっぷ）》

◆アレルギーに関すること （*該当する方のみ記入してください）

＜記入日： 年 月 日＞

アレルギーの内容	<input type="checkbox"/> 食物 ⇒内容： <input type="checkbox"/> その他（動物、植物、金属、その他 ） ⇒内容：
主治医による指示や制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒内容：
服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
アナフィラキシー反応	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒種類（食物、医薬品、ラテックス、蜂、その他 ） ⇒内容：
緊急時の対応	① 緊急時の対応方法
	② 緊急連絡医療機関 病院名： _____ 受診科名： _____ 担当医： _____ 電話番号：（ ） - _____ DカードNo： _____

◆特別な医療や処置について、定期的に、あるいは頻回に受けているもの

*該当するものの□に✓をつけてください

<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう）
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 吸引処置（ 回/日 一時的・継続的）
<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> 褥創（床ずれ）	<input type="checkbox"/> モニター測定（酸素飽和度 血圧 心拍）
<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 体位変換	<input type="checkbox"/> カテーテル（留置・コンドーム型・その他 ）
<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> インスリン注射	

◎安全な処置や対応のための留意事項

（上記の処置や対応を安全に行うための留意点のほか、事故等の防止に役立つ情報や緊急性の高い情報を記載してください）

福祉に関すること

◆持っている手帳について

手帳の種類	等級等	取得日	次回判定年月
身体障害者手帳 (あり・なし)	種 級	年 月	年 月
	視覚・聴覚・肢体・内部・その他 ()		
	種 級	年 月	年 月
	視覚・聴覚・肢体・内部・その他 ()		
	種 級	年 月	年 月
	視覚・聴覚・肢体・内部・その他 ()		
	種 級	年 月	年 月
療育手帳 (あり・なし)	A1・A2・B1・B2	年 月	年 月
	A1・A2・B1・B2	年 月	年 月
	A1・A2・B1・B2	年 月	年 月
	A1・A2・B1・B2	年 月	年 月
精神障害者保健福祉手帳 (あり・なし)	級	年 月	年 月
	級	年 月	年 月
	級	年 月	年 月

◆診断名について

診断名	診断を受けた時期	診断機関
	年 月 日 歳	
	年 月 日 歳	
	年 月 日 歳	
	年 月 日 歳	
	年 月 日 歳	

◆医療補助等について

医療補助等	公費負担者番号	受給者番号
自立支援医療 (育成・精神通院・更生)		

◆受給している手当など

福祉手当	受給期間

◆障害福祉サービス受給者証について

受給開始時期	区分等	サービスの種類	支給量等	契約事業所
年 月	あり・なし 区分 ()			
年 月	あり・なし 区分 ()			
年 月	あり・なし 区分 ()			
年 月	あり・なし 区分 ()			
年 月	あり・なし 区分 ()			

◆通所受給者証について

受給開始時期	区分等	サービスの種類	支給量等	契約事業所
年 月	あり・なし 区分 ()			
年 月	あり・なし 区分 ()			
年 月	あり・なし 区分 ()			
年 月	あり・なし 区分 ()			

◆障害福祉サービス事業所利用状況について

事業所名	利用期間	利用サービス名
TEL:	歳～ 歳 年 月～ 年 月	
TEL:	歳～ 歳 年 月～ 年 月	
TEL:	歳～ 歳 年 月～ 年 月	
TEL:	歳～ 歳 年 月～ 年 月	
TEL:	歳～ 歳 年 月～ 年 月	
TEL:	歳～ 歳 年 月～ 年 月	

◆障害児通所事業所利用状況について

事業所名	利用期間	利用サービス名
TEL:	歳～ 歳 年 月～ 年 月	
TEL:	歳～ 歳 年 月～ 年 月	
TEL:	歳～ 歳 年 月～ 年 月	
TEL:	歳～ 歳 年 月～ 年 月	
TEL:	歳～ 歳 年 月～ 年 月	

サポーターに関すること

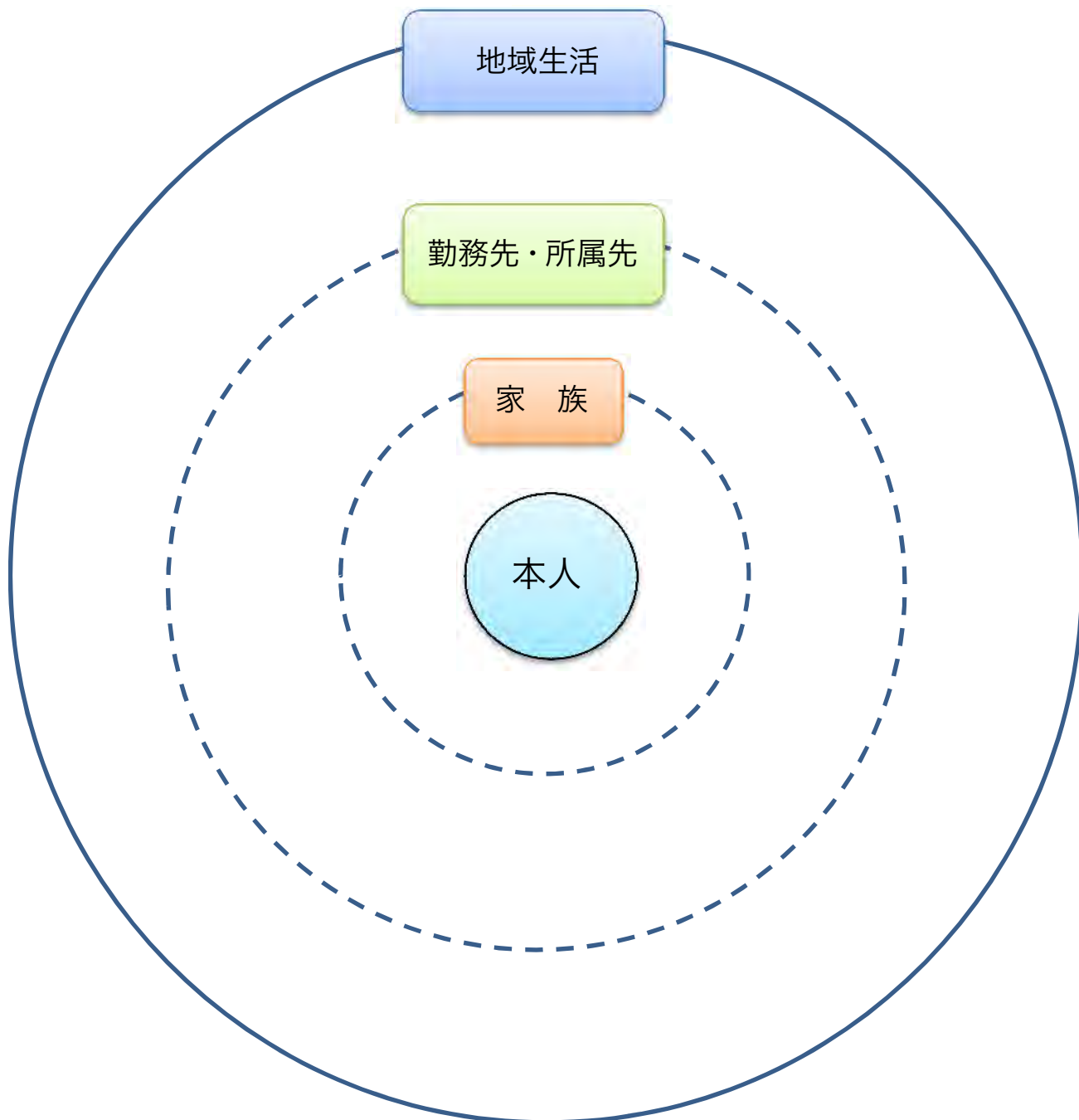
◆サポーターの連絡先

機関名	連絡先
	Tel () — 担当者：
	Tel () — 担当者：
	Tel () — 担当者：
	Tel () — 担当者：
	Tel () — 担当者：
	Tel () — 担当者：
	Tel () — 担当者：
	Tel () — 担当者：
	Tel () — 担当者：
	Tel () — 担当者：

記入日 年 月 日

◆サポーターズマップ

・かかわるサポーターの名称を記入します。



《サポーターの例》

保護者 祖父母 兄弟姉妹
担任 支援保育・支援教育コーディネーター 園長 校長 教頭 教務主任 学年主任 養護教諭
カウンセラー 学級の友達 他学級の友達 児童クラブ
勤務先上司 同僚 産業医 所属先での支援者
医療機関 福祉機関 相談機関 その他本人や家族と関わる支援者 等

つなぐページ

支援の工夫など、つなげたい情報

♪生活の様子

♪生活支援シート

♪こんな支援が助かります！

生活の様子

記入日： 年 月 日 氏名：

人とのかかわり コミュニケーション

人とどのようにかかわりますか？

自分の気持ちや言いたいことは、どのように伝えますか？

運動・うごき

大きな動きをする時、からだの使い方はどうですか？

こまかい作業をする時、手先の使い方はどうですか？

長所・好きなこと

得意なこと・良いところ

好きなこと・あそびのようす

苦手なこと

苦手な活動や場所など

環境・感覚・行動の特徴など

余暇の過ごし方

ご家庭にいる時は、どのようなことをして過ごしていますか？

ご家庭以外では、どのようなことをして過ごしていますか？

生活支援シート

記入日： 年 月 日 氏名：

*ねがいに近づくためには、とりまく環境の中でどんな取り組みをすればよいでしょうか。
考えられることを簡単に記入してみましょう！

A. 所属先 (つなげたい機関)

B. 余暇・地域生活

◆本人・家族のねがい
どんな生活を送りたいですか？

D. 福祉・医療・
相談機関

C. 家庭・家族

●これからの計画について、園や学校、支援機関等と話し合ったことを記入しましょう。

こんな支援が助かります！

記入日： 年 月 日 氏名：

「こんな時、こうしたら上手くいくかも」という支援の方法を書き足してみましよう

こんな時って…

どんな時？こんな理由かな？

こんな支援が助かります！

こんな時って…

どんな時？こんな理由かな？

こんな支援が助かります！

その他の資料

ここからは、ご本人の支援に関する
資料を、綴じこんでおきましょう。

相談記録

相談の内容を記入します。

1回の相談で1枚使用します。

相談回数

回目

◆相談予定

※相談予定が決まった時に記入します。

項目	内容
相談日時	年 月 日 時 分 ~ 時 分
相談場所	
相談担当者	
相談内容	

◆相談で話をしたいこと

※相談当日までに記入します。思いつかない場合は書かなくてもいいです。

内容

◆相談した内容の記録

※相談当日に記入します。

項目	内容
相談で話したこと	
相談で決まったこと	

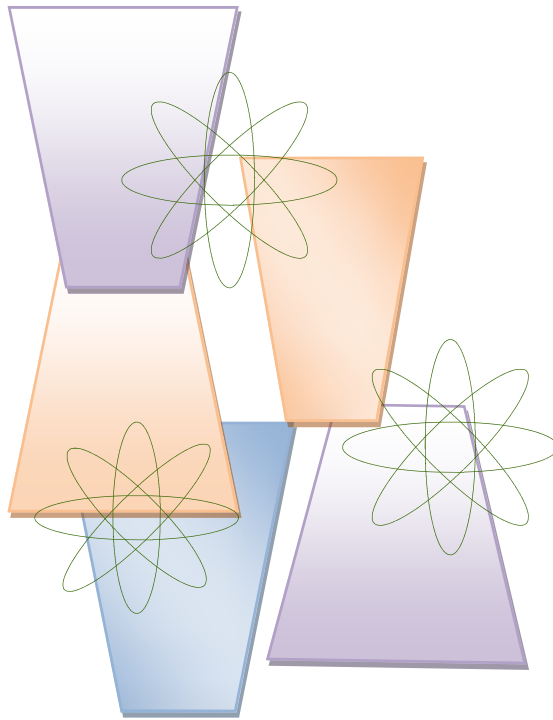
→次回（ 回目）相談日 年 月 日 予定

※（次回予定の詳細については新しい用紙に記入します。）

記録表

記録に残しておきたい出来事を書きましょう！

日付	出来事



幼児期

作成に携わった機関 担当者)
TEL 連絡先) :

学
齡
期

作成に携わった機関 担当者) :
TEL 連絡先) :

成
人
期

作成に携わった機関 担当者)
TEL 連絡先) :