

サービス等利用計画案・児童支援利用計画案

自治体	〇〇市				
計画案作成日	平成28年9月1日			利用者(家族等)同意署名捺印欄	印
利用者氏名(児童氏名)	大阪太郎(おおさかたろう)	障害支援区分		地域生活支援事業受給者証番号	
障害福祉サービス受給者番号		障害児通所受給者証番号		相談支援事業所名	相談支援事業所〇〇
地域相談支援受給者番号				計画作成担当者	kingstone
障害種別	知的・児童	作成理由	新規		

利用者の意向(希望する生活)	楽しいことをいっぱいしたい
家族の意向(希望する生活)	まわりと適切なコミュニケーションがとれるようになって欲しい 幸せな生活を送って欲しい
総合的な援助の方針	・音声言語にこだわらず、周囲から本児へ、本児から周囲へ 確実に伝わる方法を探し、使えるようにする ・わかってできることを増やす
長期目標	みとおしをもって活動できる やりとりしながら課題を完成させることができる(個別指導)
短期目標	次の活動がわかって動ける ひとりですること達成感を持てる(自立課題学習)

優先順位	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	福祉サービス等種類・内容・量・提供事業者 (頻度・時間・担当者・電話)	課題解決のための 本人の役割	・達成時期 ・評価時期	その他留意事項
1	楽しいことをいっぱいしたい	・新しい環境に慣れる ・(スタッフが)本児の好きなこと・嫌いなこと・得意なこと・苦手なことを知る	放課後等デイサービス〇〇〇 週2回 月・木 15:30~18:00 担当 〇〇 XXX-XXX-XXXX	選んだ遊びや、用意された課題を楽しむ	平成29年9月 平成29年3月	※受給量 月10日
2	利用できるサービスを知りたい (保護者)	福祉サービスの情報や社会資源を知る(保護者)	相談支援事業所リンク 随時 担当 大石 XXX-XXX-XXXX	知りたいことをメモし、連絡して頂く(保護者)	平成29年9月 平成29年3月	※受給量
3						

モニタリング期間(案)	6か月に1回	実施月	平成29年3月 平成29年9月	上記モニタリング期間とする理由・留意点など	どんなスキルが身につく、自信がついてきたか、確認するため
-------------	--------	-----	-----------------	-----------------------	------------------------------

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】

自治体	〇〇市			
計画開始年月				
利用者氏名(児童氏名)	大阪太郎(おおさかたろう)	障害支援区分		地域生活支援事業受給者証番号
障害福祉サービス受給者証番号		障害児通所支援受給者証番号		相談支援事業所名
地域相談支援受給者証番号				相談支援事業所□□
				計画作成担当者
				kingstone

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
5:00								月～金 東山小学校登校
6:00								
7:00	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	月・木 放課後等デイサービス□□□
8:00								
9:00								
10:00								
11:00						家族と過ごす		水 公文
12:00						昼食		土 ピアノ
13:00								
14:00	学校	学校	学校	学校	学校			
15:00						ピアノ		
16:00							家族と過ごす	
17:00	□□□		公文	□□□				週単位以外のサービス
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
19:00								
20:00								
21:00								
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像	次の活動がわかって行動できる 適切なコミュニケーションが増える
----------------------	------------------------------------

申請者の現状(アセスメント)

作成日	平成28年9月1日	相談支援事業者名	相談支援事業所□□	計画作成担当者	kingstone
-----	-----------	----------	-----------	---------	-----------

1. 概要(①支援経過・②現状・③課題等)

<p>小さい頃から、迷子になりやすく、またよく痾癩を起こすので、親御さんは育てにくさを感じていた。4歳であけぼの保育園に入園してすぐ、園長先生から指示が通らず集団行動がとれないことを指摘され、医療機関に行くことを勧められた。そこで〇〇療育センターを受診した。ここでは、まだ何とも言えない、と告げられた。5歳時に神戸市に転居。入園した会下山幼稚園で保育園と同様のことを指摘され、□□療育センターを受診したところ、ADHD・自閉症スペクトラムの診断を得た。園では加配をつけるなど配慮して下さり、比較的落ち着いて暮らすことができていた。そこで東山小学校入学時には通常級に進んだ。しかし教師の方を見ようとはせず、窓の外ばかり見ており、また頻繁にイスごと後ろに倒れていた。一方的な話をしたり、痾癩を起こしたりすることもよくあった。小学校1年生の12月に、特別支援教育コーディネータの先生や、主治医の勧めもあり、児童相談所で療育手帳を取得した。(B2判定)3学期に支援級の体験をし、2年生から支援級に転籍することになった。</p>	<p>現在、4年生であるが、親御さんは放課後等デイサービスの利用を考えられ、相談支援事業所□□に来られた。本児はたくさんおしゃべりすることができるので、一見「ことばがわかっている」と思われがちであるが、先生からの音声での指示がわかっておらず、他の子たちを見て動いていることが多い。また周囲から行動が間違っていることを指摘され笑われることが多く、自信を失い、また自分の気持ちやしたいことを伝えることがむづかしく、痾癩を起こしている面が見られる。今後、周囲から本児へわかりやすく伝える方法をさがし、伝え、また本児が選択したことや気持ちを、適切に周囲に伝えることができるようになることが大切だと考えられる。</p>
---	--

2. 利用者の状況

氏名	大阪太郎(おおさかたろう)	生年月日	平成18年9月30日	年齢	9歳	性別	男	
住所	〒687-9293 神戸市兵庫区湊川町13-25-604		電話番号	123-456-7890		障害または疾患名		ADHD・自閉症スペクトラム
	[借家]		FAX番号・E-mail			障害支援区分		
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者などを記入 大阪とよ 祖母 68歳 大阪左衛門 父 38歳 大阪より子 母 40歳 大阪太郎 本児 10歳(東山小学校 4年生 支援級) 大阪花子 妹 8歳(東山小学校 2年生)			生活歴(出生地・転居・入園・入学等) H18 大阪市で生まれる H22.4 あけぼの保育園入園 H24.4 神戸市に転居 会下山幼稚園入園(加配) H25.4 東山小学校入学(通常級) H26.4 2年生進級時に支援級に転籍(現在4年生)			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割) 母方の祖母は近所に住んでおり、本児をかわいがっている ピアノ教室(週1回) 公文(週1回)		
医療の状況 ※受診歴、受診科目、頻度、主治医、疾患等 H22.5 大阪市立〇〇療育センター受診 H24.4 □□療育センターにてADHD・自閉症スペクトラムとの診断を得る H25.12 児童相談所で療育手帳取得(B2判定) 現在□□療育センターに半年に1回通院 主治医□□Dr. H26.4 △△こどもクリニックに月1回通院			本人の主訴(意向・希望) 楽しいことをいっぱいしたい			家族の主訴(意向・希望) まわりと適切なコミュニケーションがとれるようになって欲しい 幸せな生活を送って欲しい		

3. 支援の状況

	支援内容	名称	提供機関・提供者	頻度	備考
公的支援(障害福祉サービス、介護保険等)					
その他の支援(民生委員等の地域の支援を含む)					

