

基本情報シート(支援対象者用)

作成日： 年 月 日

担当者： _____

氏名	(ふりがな)	性別	生年月日	□大正 □昭和 ■平成 □令和 *年 *月 *日 (30 歳)
	*****	男		
現住所	〒 大阪府*****		電話	自宅 (**) ** - ** 携帯 (**) ** - **
住居形態	□自宅 ■共同生活援助 □入所施設 □その他()	同居状況	□独居 □家族と同居 □知人宅 () ■その他 ()	
各種制度の認定情報	□精神保健福祉手帳(等級) ■療育手帳(等級 A) □身体障害者手帳(等級) ■障害支援区分 () 身長 (170 cm) 体重 (65 kg)			
診断名 その他疾患	重度知的障がい			

家族構成	氏名	性別	続柄	年齢	同居別居	備考
	***	男	父	60	別	会社員
	***	女	母	58	別	会社員
		男・女			同・別	
		男・女			同・別	
		男・女			同・別	

相談の概要

(現在の生活状況)

グループホームへ入居中。身体機能には問題なく、食事はこぼしながらであるが、自立。排便排尿も自立。洗身洗髪は不十分であるため、介助が必要であるが、洗身時は受け入れてくれるが、体を拭こうとすると振り払う時もあるため、見守っている。着替えは準備すれば自分で脱ぎ着が可能。意思疎通は、単語は発するが、発話不明瞭で聞き取りにくい。感覚過敏はあり、ベルやサイレンの音の時は耳をふさぐ、硬いタオルや毛布は苦手で振り払ったり、破ろうとする。睡眠リズムは、22時ごろには寝ているが、週3～4回、トイレに目覚めることがある。起床は7～8時頃、自ら起きる。職員に対して、男女問わず、壁を叩いて呼ぶことや、要望が通らないときには職員を叩く、移動するときには職員の身体を引っ張ったり押したりする。

他の利用者に対して、男女問わず髪の毛や服を引っ張ることがあるため、距離をあけて職員が付き添うようにしている。日中は柔らかいボールを触ったり投げたりし、ボールのキャッチは上手にできている。室内運動は好んでおりよく参加する。外出は近隣の散歩であれば可能。日中に通所している事業所は現在はなし。

(支援が難しいと思う行動)

日中・夜間を問わずに壁を叩き続けること。
声を上げながら、支援者を引っ張ったり突き押すこと。

(支援が難しいと思う行動はどんな時に起こっているか また関連しているであろう障がい特性は)

行動の状況(発生時期・発生場面・状況)

行動：行動で自分の気持ちを表す、言葉で自分の気持ちを伝えられない

障がい特性：発信が難しい、話し言葉で伝えるのが難しい、どのように伝えればいいのかわからない

時期：日中夜間問わず

場面：本人が伝えたいことがあれば

状況：(職員が近くにいてもいなくても) 壁を叩く。

場面：本人の希望が通らないときには

状況：自分の身体を叩く。

行動：自分から動くことができない

障がい特性：自分で予定を立てることが難しい

時期：日中夜間問わず

場面：職員から予定を伝えると

状況：本人は聞いているか聞いていないかわからないが、急に立ち上がって、職員の身体を引っ張ったり押す

(上記に対する支援の経過。視覚支援の有無、環境調整の工夫、コミュニケーションの支援の状況について)
用事があるときには、壁を叩き言葉を発している様子が見られるが聞き取れず、絵カードを提供しているが、呼び出すときには壁を叩き続け、穴をあけたりすることもある。

次の予定を告げると、聞いているのかどうかかわからないが、見守っていると突如立ち上がって支援者を引っ張ったり、押し倒すため、絵付きの予定表を作成したが、時間になっても移動することはない。声をかけると、同様に支援者を引っ張ったり押しのけるようにするため、適度な距離をあけて見守るようにしている。

父母との面会は月1回程度あり、差し入れた遊び道具やお菓子は好んで食べているが、帰ろうとしたときには声を上げて、机や壁を叩いたり、自分の頭や顔を叩く行動がみられる。

(強度行動障がい支援者養成研修の実施状況)
基礎研修について 事業所の職員全員が理解している 中心となる職員が理解している ほとんど理解できていない
実践研修について 氷山モデルをから支援手順書を作成し事業所職員に周知理解している 手順書は作成しているが職員に浸透していない 手順書がうまく作成できていない

(本事業に求めること。希望する時間帯、希望する月の回数 ※上限 3か月以内で月4回まで)
自身を傷つけることなく、ツールを用いた意思疎通ができる方法や環境調整について知りたい。
15時～17時頃を希望。
月4回を希望。

(行動関連項目の総点数)
14点

(行動関連項目の内容)
コミュニケーション(2点)・説明の理解(2点)・大声(2点) 不安定な行動(2点)・自ら傷をつける行動(2点)・他人を傷つける行動(2点)・突発的な行動(2点)

(通院状況と服薬状況)

月1回かかりつけ医にて通院中。
服薬状況は以下の通り。
(薬品名)と量、飲む時間。

(事業所までの交通手段)
最寄り駅は●●線の○○駅より徒歩20分程度、最寄り駅まで送迎も可能。駐車場もあり。

※複数枚に渡っても構いません

※相談の概要について記載し切れない場合は、適宜自由様式により資料を添付してください

基本情報シート(支援対象者用)

作成日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当者： _____

氏名	(ふりがな)	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)
		男・女		
現住所	〒		電話	自宅 () - 携帯 () -
住居形態	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> その他 ()	同居状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 知人宅 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
各種制度の認定情報	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳(等級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(等級) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(等級) <input type="checkbox"/> 障害支援区分 () 身長 (cm) 体重 (kg)			
診断名 その他疾患				

家族構成	氏名	性別	続柄	年齢	同居別居	備考
		男・女			同・別	
		男・女			同・別	
		男・女			同・別	
		男・女			同・別	
		男・女			同・別	

相談の概要 (記入例を参考に記述してください)

(現在の生活状況)

(支援が難しいと思う行動)

(支援が難しいと思う行動はどんな時に起こっているか また関連しているであろう障がい特性)
 行動の状況 (発生時期・発生場面・状況)

(上記に対する支援の経過。視覚支援の有無、環境調整の工夫、コミュニケーションの支援の状況について)

(強度行動障がい支援者養成研修の受講状況と内容の実施状況)

(本事業に求めること。希望する時間帯、希望する月の回数 ※上限3か月以内で月4回まで)

(行動関連項目の総点数)

(行動関連項目の内容)

(行動の状況 (発生時期・発生場面・状況))

(通院状況と服薬状況)

(事業所までの交通手段)

※複数枚に渡っても構いません

※相談の概要について記載し切れない場合は、適宜自由様式により資料を添付してください