

記入日	年	月	日
追記日	年	月	日
追記日	年	月	日

春日井市 サポートブック

改訂



©Kasugai City 2008

書のまち春日井「道風くん」

はじめに

この「サポートブック」は、障がいのある方について支援者に知ってほしい情報を過不足なく伝えるためのものであり、これを見せることで、ご家族の方が、同じことを何度も説明する手間が省けます。

また、支援者と障がいのある方の支援について、一緒に考えるきっかけとなります。

ご家族の方が「サポートブック」を作成・保管し、成長やライフステージの変化にあわせて作り変える必要はありますが、成長の記録となりますので古い記録も大切に保管してください。記録することで、今まで気づかなかった新しい一面を発見できるかもしれません。

「サポートブック」と一緒に支援に必要と思われる情報（個別支援計画、診断書の写し、検査の結果、母子健康手帳等）をファイルに綴ってください。情報を一冊にまとめたファイルは、生涯をとおして一貫した支援を受けるための本人・ご家族・支援者を結ぶツール（道具）となります。

障がいのある方の支援に必要な情報をご家族と支援者が共有し、安心して快適に毎日を過ごせるよう、この「サポートブック」が活用されることを願っています。

平成24年に最初の「サポートブック」が作成されましたが、障がいのある子どもを残して親が先立つ不安から、将来、適切な支援を受けられるための記録も記載したいとのご意見を受け、将来についての項目を追加しました。

【書き方のポイント】

- ① 全てを書く必要はありません。本人にとって一番必要なところから書き出してみましょう。
- ② 「〇〇すれば、～できます」という具体的な書き方にしましょう。「～できません」という書き方では、支援者が何を手伝えれば良いか分かりません。
- ③ 障がいのある方の成長やライフステージの変化にあわせて、内容を更新しましょう。

【気をつけていただきたいこと】

- ① 個人情報が多く含まれますので、取り扱いには十分に気をつけましょう。
- ② 本人が目にすることもあります。嫌な思いをすることのないよう書き方を工夫しましょう。

ふりがな		性別
氏名		男 ・ 女 ・ その他
呼び名		生 年 月 日
		年 月 日生
住所	春日井市	
	TEL (自宅)	- -
	(本人携帯)	- -
	(勤務先)	- -

緊急連絡先				
第1連絡先		続柄	TEL	- -
氏名				
第2連絡先		続柄	TEL	- -
氏名				
第3連絡先		続柄	TEL	- -
氏名				

成年後見制度		
区分	氏名	連絡先
後見 補佐 補助		TEL

日常生活自立支援事業	
担当社会福祉協議会	連絡先
	TEL

家族状況		
続柄	氏名	同居・別居
		同居・別居 (在住) TEL

通園・通学				
保育園・幼稚園名	組	担任	TEL	在籍期間
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月
小学校名	学年	担任	TEL	在籍期間
	1年			年 月～ 年 月
	2年			年 月～ 年 月
	3年			年 月～ 年 月
	4年			年 月～ 年 月
	5年			年 月～ 年 月
	6年			年 月～ 年 月
中学校名	学年	担任	TEL	在籍期間
	1年			年 月～ 年 月
	2年			年 月～ 年 月
	3年			年 月～ 年 月
高校名	学年	担任	TEL	在籍期間
	1年			年 月～ 年 月
	2年			年 月～ 年 月
	3年			年 月～ 年 月

障がい福祉サービス			
計画相談支援事業所	担当相談支援専門員	TEL	在籍期間
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
通所施設	所在地	TEL	在籍期間
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
入居・入所施設	所在地	TEL	在籍期間
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
就労先	所在地	TEL	在籍期間
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月

障がい福祉サービス受給者証	
障がい支援区分	受給者証番号

支援マップ

(関係機関や支援者、友人など本人の関係図)

年 月 日～

本人

支援マップ

(関係機関や支援者、友人など本人の関係図)

年 月 日～

本人

支援マップ

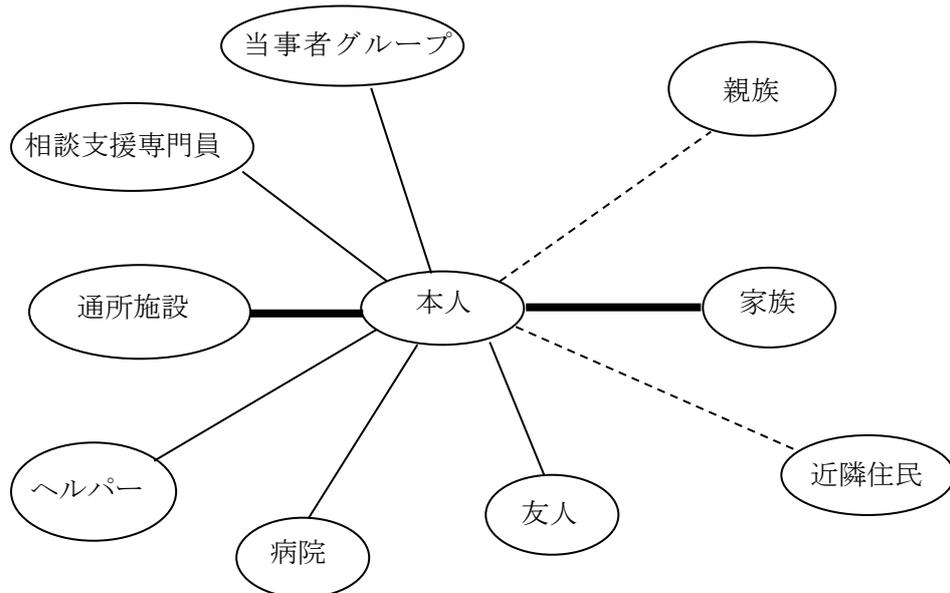
(関係機関や支援者、友人など本人の関係図)

年 月 日～

本人

支援マップ (例)

(関係機関や支援者、友人など本人の関係図)



<障がいについて>

障がいの情報	
診断名	記入例：自閉症
特徴	記入例：会話が一方的で、同年代のお友だちと上手く遊べません。音に敏感で、特に工事の音は耳をふさいで泣きます。

手帳の所持		
手帳の種類	取得年月日	判定・等級
療育手帳 【有・無】	年 月 日	判定
身体障がい者手帳 【有・無】	年 月 日	種 級 〔障がい名〕
精神障がい者保健福祉手帳 【有・無】	年 月 日	級

検査等の記録		
機関	実施時期	結果内容
記入例：春日井児童相談センター	記入例：4歳のとき	記入例：IQ 50

特に気をつけてもらいたい病状（てんかん・心臓病・その他）

病名	症状	対応（薬等の情報も記入）
記入例：てんかん	記入例：ガクガクして目を見開き硬直します。 (半年に2回くらい)	記入例：数分するとおさまるので、周りの危険物（机など）に注意して見守ってください。

医療機関：

TEL

主治医：

病名	症状	対応

医療機関：

TEL

主治医：

病名	症状	対応

医療機関：

TEL

主治医：

かかりつけの医療機関		
診療科目	医療機関名 電話番号	備考（主治医等）
	TEL	

かかりつけの薬局		
薬局名	電話番号	備考
	TEL	

常備薬		
症 状	薬 名	備 考（服用する場合等）

スキンケア用品等		
種 別（ハンドクリーム等）	商品名	備 考

医療的ケアの内容	
<input type="checkbox"/> 喀痰吸引（	）
<input type="checkbox"/> 経管栄養（	）
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養（	）
<input type="checkbox"/> 導尿（	）
<input type="checkbox"/> 酸素補充療法（	）
<input type="checkbox"/> 咽頭エアウェイ（	）
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器（	）
<input type="checkbox"/> インスリン注射（	）
<input type="checkbox"/> 人工肛門（ストマ）（	）
<input type="checkbox"/> その他	（
	）

1週間の過ごし方

曜日	記入例	月	火	水	木	金	土	日・祝
午前	6:00 起床 7:45 登校 8:00 学校							
午後	15:00 下校 15:30 放課後デイ 17:00 帰宅 19:00 夕食 20:30 入浴 22:00 就寝							

本人の基本情報

特に配慮のいる状況とその対応方法（パニックやこだわり等）

記入例：予定が急に変更になるとパニックになり、大声で泣き続けます。予定を変更する時は、あらかじめ本人に伝えてください。止むを得ない場合は、泣き止むまでそっと見守り、泣き止んでから説明すると次の行動に移ることができます。

本人の好きな遊びや得意なこと（屋内/屋外/注意・配慮点）

記入例：家の中では、ミニカーをきれいに並べて遊びます。乗り物のおもちゃはどれも好きです。屋外では、ジャングルジムに登り、周りの様子を見渡して楽しめます。走ることも得意です。

本人の嫌いな遊びや苦手なこと

記入例：オセロやトランプなどルールのある遊びは苦手です。お友だちと楽しく遊べるよう、家族で練習しています。

休日の過ごし方

記入例：最近では本人の希望でプールへ行きます。まだ泳ぐことはできませんが、顔を水につけたり、浮き輪をはめて流れるプールで遊びます。プールで泳いだ後は、必ず自動販売機でジュースを買う約束をしています。

項目名

③ 着替え

本人の状況（支援が必要な場合は、具体的な方法を支援のポイントに記入）

- 場面や気候に合わせた服を自分で選ぶ
 - できる 助言が必要 できない

- 上衣
 - できる 見守り 一部介助 全介助

- 下衣
 - できる 見守り 一部介助 全介助

- 靴下
 - できる 見守り 一部介助 全介助

- 靴
 - できる 見守り 一部介助 全介助

支援のポイント

記入例：服の前後を伝えれば、誰かがついていなくても一人で着替えることができます。

靴ひもがほどけても気づかないことや、かかとを踏んで履いてしまうので、声をかけてください。

項目名

④ 洗面・歯磨きなど

本人の状況（支援が必要な場合は、具体的な方法を支援のポイントに記入）

- 洗顔
 - できる 見守り 一部介助 全介助

- 歯磨き
 - できる 見守り 一部介助 全介助

- 整髪
 - できる 見守り 一部介助 全介助

- 爪きり
 - できる 見守り 一部介助 全介助

支援のポイント

記入例：歯磨きの仕上げ磨きが必要です。

項目名

⑤ お風呂

本人の状況（支援が必要な場合は、具体的な方法を支援のポイントに記入）

- 体を洗う
 - できる
 - 見守り
 - 一部介助
 - 全介助

- 髪を洗う
 - できる
 - 見守り
 - 一部介助
 - 全介助

- 湯船に入る
 - できる
 - 見守り
 - 一部介助
 - 全介助

- 湯の温度調整
 - できる
 - 見守り
 - 一部介助
 - 全介助

支援のポイント

記入例：背中と髪は親が洗いますが、他はスポンジを渡すと一人で洗います。洗い流しは親がします。

項目名
⑥ 起床・睡眠
本人の状況（支援が必要な場合は、具体的な方法を支援のポイントに記入）
<p>● 起床 記入例：起こされるまで寝ています。</p>
<p>● 睡眠 記入例：必ずくまのぬいぐるみを抱いて寝ます。</p>
支援のポイント
<p>● 起床 記入例：「起きるよ」と言って、布団の上から体をポンポンと叩きます。寝起きが悪いので目覚めるまで10分くらいそばについています。</p>
<p>● 睡眠 記入例：ベッドまで一緒に行けば、1人で寝ることができます。</p>

項目名
本人の状況（支援が必要な場合は、具体的な方法を支援のポイントに記入）
支援のポイント

<親亡き後などの将来に備えて>

記入内容は、氏名 (続柄) の意向です。

記入日 年 月 日

将来の暮らし			
キーパーソンとなる親族等			
続柄	氏名	住所	TEL
後見人等をお願いしたい人や機関			
TEL			
きょうだいへの希望			
親族への希望			
障がい福祉サービス事業所など支援者への希望			

居住場所の希望	
<input type="checkbox"/> 現在の住居に住み続ける	()
<input type="checkbox"/> 親族と一緒に住む	()
<input type="checkbox"/> グループホームなどに入居する	()
<input type="checkbox"/> その他	
[]
日常生活の中で大切にしたいこと	
例 誕生日はケーキでお祝いしてほしい。	

医療について			
緊急入院の際の連絡先			
続柄	氏名	住所	TEL
病名や余命の告知について			
例 本人が理解できるように、ゆっくり分かりやすく説明してください。			
余命については、本人の混乱を避けるため伝えしないでください。			
延命治療について			
<input type="checkbox"/> 可能な限り延命治療を受けさせたい <input type="checkbox"/> 延命より苦痛を少なくすることを重視する <input type="checkbox"/> 回復の見込みがなければ延命治療を希望しない <input type="checkbox"/> その他			
例 親としては苦しい思いはさせたくないと考えています。			
○○○（続柄）に判断を任せたい。			
[]

ご本人の最期

葬儀やお墓について

宗旨、宗派

葬儀

寺院、教会等 名称

連絡先

お墓

連絡先

その他

例 親と同じお墓に入れてください。

[]

ご本人の遺産についての希望

例 法定相続に従う、など

親の願い

春日井市内の主な相談窓口

障がい福祉サービスや日常生活の困りごとについて

《 障がい者生活支援センター 》

- 春日苑（身体障がい） TEL88-7637
- かすがい（知的障がい） TEL88-8537
- JHNまある（精神障がい） TEL84-5503
- あっとわん（障がい児） TEL91-5557

《 基幹相談支援センター 》

- しゃきょう（3障がい・児） TEL84-5300

乳幼児の発育や発達について

- 春日井市こども家庭支援課 TEL87-1552

小・中学校の就学について

- 春日井市学校教育課 TEL85-6442

障がい福祉サービスや各種手帳・手当について

- 春日井市障がい福祉課 TEL85-6213

発達障がいについて

- あいち発達障害者支援センター TEL88-0849

子どもに関するさまざまな問題について

- 愛知県春日井児童相談センター TEL88-7501

障がい者の仕事やそれに伴う日常生活について

- 尾張北部障害者就業・生活支援センターようわ TEL88-5115

日常生活自立支援事業（日常的な金銭管理など）や成年後見制度について

- 春日井市社会福祉協議会 TEL86-9228



©Kasugai City 2008

書のまち春日井「道風くん」

春日井市サポートブック

発行：春日井市健康福祉部障がい福祉課

連絡先：85-6213