

概要	生育歴 生活歴	支援校卒業後、町内の障害者施設に通いました。当初は就労継続B型で箱折りやアルミ缶潰しの作業をしていましたが、支援を受けながらの作業も難しくなりました。事業所からの申し入れにより、生活介護に移行することに保護者が同意。H27.10から生活介護サービスを受けていましたがH28.5に退所しました。しかし、受け入れ可能の生活介護事業所がなく、また、入所施設を探す間の一時措置としてH28.5.10～H30.4.6町地域活動支援センターに通所、H30.4.9より生活介護事業所を利用しています。医療従事者である家族の感染リスクを考慮し、コロナ禍のR2.8頃よりの利用を控えていました。			
	障害・疾病	自閉症			

		現 状	本人の希望	周囲の希望/見解	支援の方向性
健康・医療	身体面 (障害・疾病)	<ul style="list-style-type: none"> ・片言の言葉を発しますが、話はほとんどしません。絵や写真で見せるほうが理解できるため指示が入りやすいです。 ・同じ場所を行ったり戻ったりする、移動のしかたや、鏡を見たいこだわりがあります。 ・テレビCMに刺激を受け奇声を発したり、急に走り出したりします。 ・多動で常に大声を出したり飛び跳ねる行動があります。 ・ひとつひとつの行動に時間がかかります(固まっていることあり)。せかされるのを嫌がります。 	/		
	精神面	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の欲求に素直に行動し、我慢をするのは難しいです。 ・注意を引いたり構って欲しい時、自分が嫌だと思う時には大声で言葉を連呼します。 	安定した気持ちで過ごしたい。	安定した気持ちで毎日過ごしてほしい。	支援者の配慮や声かけで、安定した日常を過ごすことができる支援が求められます。
	医療面 (服薬管理)	<ul style="list-style-type: none"> ・病院に2か月に1回通院しています。リスパダールOD錠1mg、アキネトン錠1mg、コンサータ錠27mg、デプロメール錠50を服用しています。 	現状維持。	現状維持。	/

		現 状	本人の希望	周囲の希望/見解	支援の方向性
日常生活	食事	<ul style="list-style-type: none"> ・一人で普通食を食べることができます。普段は母が作った料理を食べます。早食いの傾向があります。 ・自宅以外では、食事量が少なく、緩慢です。お菓子や好きな菓子パンなどは時間を掛けず食べられます。 ・口に入れたものを吐き出したら食事終了の意思表示です。 	好きなものを食べたい。	安全に楽しく食事を楽しんでほしい。	支援者の配慮や声かけで、楽しく食事ができる支援が求められます。
	排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄は自立しています。便器や床を汚してしまった場合の後始末はできません。また、汚したことを知らせることもできません。 ・トイレでのルーティーンがあり、籠る時間が長いです。 	失敗してしまった時は支援してほしい。	時に支援を受けながら、安心して排泄してほしい。	支援者の配慮で、安心して排泄できる支援が求められます。
	入浴・整容	<ul style="list-style-type: none"> ・身だしなみを整えるのは苦手です。普段はひとりで入浴しますが、きちんと洗っていないようです(母)。時々父と入浴します。 ・身だしなみを整えるのは苦手です。シャツの裾が出ているのを直すことはありません。 	清潔にしたい。できないことを手助けしてほしい。	いつも清潔に過ごしてほしい。	支援者の配慮で、清潔を保てる支援が求められます。

		現 状	本人の希望	周囲の希望/見解	支援の方向性
日常生活	余暇・趣味	・自宅では、パソコンを操作し動画を見ます。テレビはバラエティの内容やドラマのストーリーなどの理解ができないのでCMだけ見えています。 ・動物が好きです。自宅では犬を2匹飼っています。	好きなことをして楽しく過ごしたい。	楽しく余暇を過ごしてほしい。	本人が安全に楽しく余暇や趣味の活動ができる支援が求められます。
	社会生活 (公共機関)	・送迎車を利用して地活に通所しています(H28年5月より)。他の利用者への配慮のため騒いでも支障ない部屋で過ごしたり、ドライブをして過ごしています。■ 短期入所を利用していました。	送迎車、自家用車で安全に、安心して移動したい。	安心して安全に移動してほしい。日中活動やショートステイを利用してほしい。	安全で安心して移動ができる支援、本人が楽しく活動できる支援が求められます。
	対人関係 コミュニケーション	・他の人とコミュニケーションをとることは得意ではありません。	ストレスを感じることなく安定した気持ちで過ごしたい。	事業所で楽しく過ごしてほしい。	支援者の配慮や声がけで、本人がストレスなく楽しく過ごせる支援が求められます。
	危険への理解	・危険への理解はありません。危ないこととの認識がなく、ガスをいたずらする、包丁を振り回すなどの行為がありました。 ・必ず見守りが必要です。	危険に気が付かない時は知らせしてほしい。	安全にすごしてほしい。	支援者の配慮や声がけで、危険を回避する支援が求められます。

		現 状	本人の希望	周囲の希望/見解	支援の方向性
環境	家族・近隣の 支援状況	・両親、兄との4人家族です。父は出張が多く帰りが遅いです。母は医療機関での仕事に就いており、夜勤があります。	現状維持。	現状維持。	
	経済面	・両親が働いており、経済的な問題はありません。	問題なし。	問題なし。	
	住環境	・持ち家、一戸建て、自室有り。	現状維持。	現状維持。	

		現 状	本人の希望	周囲の希望/見解	支援の方向性
その他		両親共働きです。母は看護師(夜勤あり)で、勤務によっては送迎時に本人がひとりのことがあります。外に出てしまう可能性があるため、本人のみ家にいる時は、外側だけについている鍵を、送迎者が施錠・解錠して欲しいと保護者から依頼されています。本人が出てこない場合もありますが、15分ほど待機し保護者に連絡しています。家人が居ない場所での引き受け・引渡しや、鍵の扱いがネックとなり、受け入れ先が見つからない状態になっています。両親とも多忙で、父は仕事途中で抜けられない、母は免許が無いため迎えに来られないなど、本人の体調が悪くなったと連絡をしても、迎えに来てもらうのが難しいです。また、体調不良でも登所させたりと、保護者の協力はなかなか得られない御家庭です。兄も母と違う医療機関で看護師をしています。	今の生活を安心して続けたい。	将来本人が安心、安全に過ごせるようにしてあげたい。	現状の生活を継続しつつ、将来に向けての訓練等を行うため、福祉サービスの利用や、関係機関との連携を図ることが求められる。

聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(右・左) <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない(右・左)	補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> 無・有
視力	<input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	補助具 <input checked="" type="checkbox"/> 無・有(めがね・コンタクト・その他)
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 日常生活に必要な程度 <input checked="" type="checkbox"/> 表現が不完全で助けが必要 <input type="checkbox"/> 表現できない	
移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自力歩行(杖・装具使用) <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 車椅子で自立 <input type="checkbox"/> 車椅子で要介護 <input type="checkbox"/> その他	
座位	<input checked="" type="checkbox"/> 自力座位可能 <input type="checkbox"/> 短時間なら可能 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可	
食事(形態)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかるが自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	嚥下困難 <input checked="" type="checkbox"/> 無・有
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 流動食(経口・経管) <input type="checkbox"/> その他	
衣類着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかるが自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助(時に声かけ必要) <input type="checkbox"/> 全介助	
入浴(方法)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかるが自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助(シャンプー、身体を洗う) <input type="checkbox"/> 全介助	
排泄(方法)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかるが自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助(トイレを汚した時) <input type="checkbox"/> 全面介助	間隔
	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器・便器 <input type="checkbox"/> オムツ(常時・夜のみ) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル	排尿H/回
	<input type="checkbox"/> 便秘 <input checked="" type="checkbox"/> 無・有(浣腸・下剤・摘便) <input type="checkbox"/> 失禁 <input checked="" type="checkbox"/> 無・有(尿・便/日中・夜間) <input type="checkbox"/> ストマ	排便日/回
服薬(方法)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかるが自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	
	<input type="checkbox"/> 服薬介助 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬確認 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬準備 <input type="checkbox"/> 薬の分包 <input type="checkbox"/> 日付け入れ <input type="checkbox"/> 目薬(無・有)	
	服薬上の注意、副作用や服薬時の具体的な支援内容、緊急時の投薬方法等について記入して下さい。	
危険認知	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 声がけで理解できる <input checked="" type="checkbox"/> 困難である	
言語理解	<input type="checkbox"/> ほぼ理解 <input checked="" type="checkbox"/> 部分的に理解 <input type="checkbox"/> 問いかけに反応 <input type="checkbox"/> その他()	
整容	洗面 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかるが自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	
	歯みがき <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかるが自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	
	爪きり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかるが自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全面介助	
家事	掃除 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかるが自立 <input type="checkbox"/> 部分的に介助が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 全面介助	
	洗濯 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかるが自立 <input type="checkbox"/> 部分的に介助が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 全面介助	
	調理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかるが自立 <input type="checkbox"/> 部分的に介助が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 全面介助	
	買い物 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかるが自立 <input type="checkbox"/> 部分的に介助が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 全面介助	
社会生活	一人で、できるか○をつけて下さい。	
	日常の意思決定(できる・できない) 予定等の計画(できる・できない) 対人関係(とれる・とれない)	
	交通機関の利用(付添いあればできる・できない) 意思の疎通(簡単なことならとれる・とれない) 金銭管理(できる・できない)	
	持ち物の管理(できる・できない) 火気管理(できる・できない) 外出(付添いあればできる・できない)	
	電話の利用(できる・できない) 戸締り(できる・できない) 地元の地理の理解(できる・できない)	
身体状況	肢体麻痺 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	拘縮 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:)
	褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位)	てんかん <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(服薬管理中)
	アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
	上記に関して生活上注意すべき点があれば詳しく記入して下さい。	