

実習1 提出課題

様式	WEB 提出	次回 2 セット持参	次回 5 セット持参
表紙（本紙）	○	○	—
様式 1 相談支援従事者研修実習承諾書	—	—	—
提出 1 実践例の概要	○	○	—
提出 2 訪問票（一次アセスメント票）	○	○	—
提出 3-1 生活支援アセスメント票（児／者）	○	○	—
提出 3-2 精神障害についての追加文書	○	○	—
提出 4 基本情報	○	○	○
提出 5 スtrenグス・アセスメントシート	○	○	—
提出 6 ニーズ整理票	○	○	○
提出 7 事例概要・要約シート（発表用）	○	○	—

課題の書式は各自、本研修「受講者用ページ（書式等）」よりダウンロードしてください。



<https://kensyu.hokenfukushi.or.jp/wel01-3/>

課題アップロード(提出)期限

A 日程：7 月 21 日（火）・B 日程：8 月 3 日（月） 23:59

コース	A ・ B 日程（いずれかに○）
班（グループ）	
ユーザID	
氏 名	

WEB 提出マイページ：<https://hokenfukushi.study.jp/>

WEB 提出後、次回研修 5 日目演習時に各自持参してください。

- ・2 セット持参の課題 1 セットをファシリテーターへ渡してください。
- ・5 セット持参の課題は着席後、班のメンバーへ配布してください。

令和8年度 相談支援従事者研修 実習承諾書

私は、令和8年度 福岡県相談支援従事者研修の実習を、実習協力者に依頼するにあたり、以下の項目を守り、私の責任において適正に管理し、実習終了後においても誠実に守ることを約束します。

1. 提供を受けた情報・資料について、実習の目的であるサービス利用計画書作成等に用いるほか、演習以外の目的には決して使用いたしません。また、実習に関連しない事項については、お聞きいたしません。
2. 今回知り得た情報について、実習中も実習終了後も実習以外の場でもらすことはしません。
3. 実習で作成する文章や、実習後に実施する演習においても、実習協力者が特定されるような個人名や個人が特定されるような情報は記載しません。
4. 演習における検討会等についても、個人名等は言いません。
5. 実習協力者の意に添わない情報はお聞きしません。
6. 実習中はもちろん実習終了後においても、実習協力者の不利益になることはいたしません。

令和8年 月 日

勤務先名称	
勤務先住所	
研修受講者	印

私は、令和8年度 福岡県相談支援従事者研修の上記受講者の実習協力者として、実習の文章等を作成するために必要な情報について提供することを承諾します。

令和8年 月 日

住所	
実習協力者	印

ユーザーID

氏名

実践例の概要

※名前・施設名などは**仮名**または**匿名**で記入してください

※仮名の場合は必ず、氏名の後に(仮名)と明記してください 例:北九 花子(仮名)

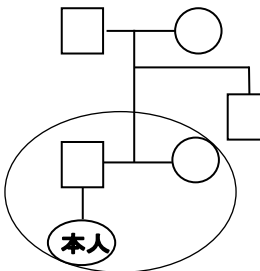
氏名	
年齢	
障がい状況	
家族構成	
収入	
相談・支援 経過	

訪問票(一次アセスメント票)

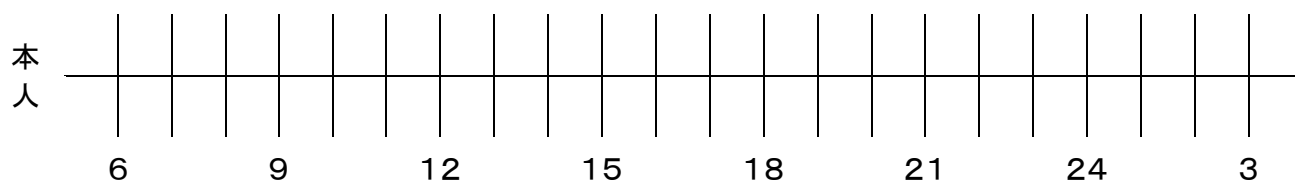
※名前・施設名などは**仮名**または**匿名**で記入してください

※仮名の場合は必ず、氏名の後に(仮名)と明記してください 例:北九 花子(仮名)

ユーザーID	
受講者氏名	

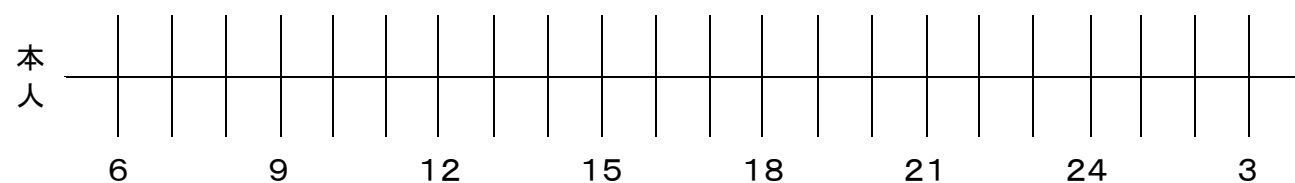
氏名		※実名は記載しない 男・女		訪問目的(事前に具体的に記入)			
年齢		障がい()					
訪問年月日		平成・令和 年 月 日					
家族	続柄	※実名は記載しない 氏名		年齢	職業学校	同居別居	特記事項
[家族構成] 年齢・主介護者・他の介護者・インフォーマルサポート等記入、同居者は線で囲む <div style="text-align: right;">(例) </div>							
生活歴・病歴・障がい歴	年 月	事 項					
医療機関利用状況[現在の受診状況、受診科目、頻度、主治医、どの疾患での受診]							
医療保険		被保険者 (本人 ・ 家族)					
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 健康保険	記号	番号		
障害者医療		<input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 自立支援医療					
		その他 ()					
現在使用している福祉用具:							

生活状況[普通の一日の流れ]



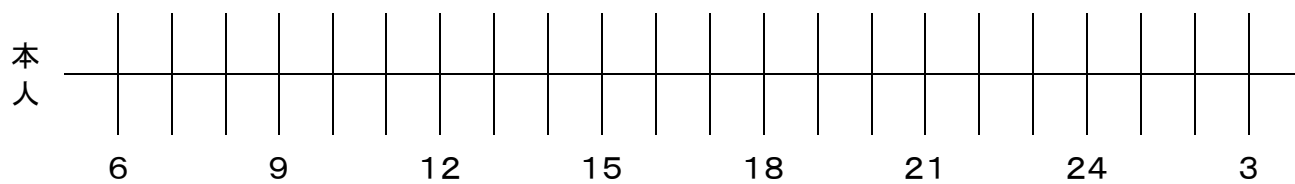
介護者:

[その他の一日の生活の流れ] 休日



介護者:

希望する1日の流れ



介護者:

本人の要望・希望する暮らし

家族の要望・希望する暮らし

関係機関からの情報	【家屋の見取り図】 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 療育手帳判定書	トイレ、浴室位置や形状、玄関、道路までのアクセスや 段差等の記入（市営住宅、平屋、コーポ、マンション）
<input type="checkbox"/> 施設入所判定書	
<input type="checkbox"/> 社会調査資料	
<input type="checkbox"/> 職能判定書	
<input type="checkbox"/> 指導・経過記録	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
対応者所見（注意すべき点、気になる点を含む）	

生活支援アセスメント票(者)

(ユーザーID: / 受講者氏名:)

(情報提供者: / 主たる介護・援助者:)

〈記載上の留意点〉

- 1) 情報提供者を明確にしておく: 本人の要望か、介護者の要望か
 2) 配慮面・要望面の欄の記載で、配慮すべきこと・希望すること・気づいたこと等を記載していく
 3) 援助者: 家族・近隣・ボランティア等のインフォーマルサービス提供者
※名前・施設名などは仮名または匿名で記入してください
※仮名の場合は必ず、氏名の後に(仮名)と明記してください 例: 北九 花子(仮名)

生活支援サービスの聴取項目

1. 日常生活に関する領域

項 目	実 態	援助有無	「有」の場合の特記事項
起床時間 (目覚まし・起こされる)(ベッドメイキング)	起床時間(時 分) 誰・何で起床:	有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
就寝時間 (ベッドメイキング)	就寝時間(時 分)	有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
屋内移動 (寝返り・起き上がり・ベッドへの移乗(床・車椅子等))		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
衣服着脱 (衣服を出し、着脱、衣服の整容、衣服の補修まで)		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
整容行為 (洗顔・歯磨き・髪をとくなど)		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
食事行為(介護者の調理・自炊・外食の有無、または自炊の場合の調理・買い物・後片付けの行為)			
朝 食		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	

<u>昼 食</u>		有・無	援助者 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
<u>夕 食</u>		有・無	援助者 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
排泄行為	<u>排 尿</u>	有・無	援助者 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
	<u>排 便</u>	有・無	援助者 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
<u>入浴準備</u> 入浴行為(浴室清 掃から入浴、髪・ 体を洗い、風呂を 上がって服を着る までの行為)		有・無	援助者 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
<u>洗 濯</u> (介護者)(本人の 場合、汚れ物を洗 濯機に入れ、操 作、干す、取り込 むまでの一連の 行為)		有・無	援助者 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
<u>掃除</u> (介護者)(本人の 場合、その掃除 行為の内容)		有・無	援助者 援助内容 ()
		配 慮 要 望	

2. 健康に関する領域

項 目	実 態	援助有無	「有」の場合の特記事項
<u>病気へ留意</u> (体力・服薬管理・ 食事管理)		有・無	援助者 () ※保健師・管理栄養士・訪問看護師・保健師などの支援があれば記載 援助内容 ()
		配 慮 要 望	

3. 社会生活技能に関する領域

項 目	実 態	援助有無	「有」の場合の特記事項
<u>屋外活動</u> (近距離移動)(遠 距離移動)(通学・ 通勤・公共機関の 利用の有無)		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
<u>金銭管理</u> (金銭理解・使用 状況・貯金管理・ 他)		有・無	援助者 () ※「日常生活自立支援事業」等の利用があれば記載 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
<u>危機管理</u> (戸締り) (連絡)		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	

4. 生活基盤に関する領域

項 目	実 態	援助有無	「有」の場合の特記事項
<u>経済環境</u> (家族扶養、年 金、所得、工賃 等)		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
<u>住環境</u> (持ち家、賃貸、 住宅改造の有 無、住環境の改 善点等)		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	

5. 家族・近隣支援に関する領域

項 目	実 態	援助有無	「有」の場合の特記事項
<u>家族・介護者支援状況とその関係</u> (介護支援・レスパイト・その他)		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
<u>近隣支援の状況とその関係性</u>		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	

利用者の状況

6. コミュニケーションスキルに関する領域

項 目	実 態	援助有無	「有」の場合の特記事項
<u>意志伝達手段・意思表示の程度</u> (身振り・音声・対話の状況)(意思表示の行為内容)		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
<u>言語理解の程度</u> (依頼・言語説明理解等)		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
<u>電話・FAX・筆記・パソコン・ワープロの使用</u>		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
<u>対人関係及び問題行動</u>		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	

7. 社会参加に関する領域

項 目	実 態	援助有無	「有」の場合の特記事項
<u>レクリエーション・趣味・旅行等</u>		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
<u>当事者団体・各種社会的活動の参加とその役割</u>		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	

8. 教育・就労に関する領域

項 目	実 態	援助有無	「有」の場合の特記事項
<u>学校教育または生涯学習(料理教室等)への要望</u>		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
<u>就労に関する要望</u>		有・無	援助者 () ※障害者就業・生活支援センターなどの利用があれば記載 援助内容 ()
		配 慮 要 望	

9. 育児・養育に関する領域

※子ども 有 ・ 無 有の場合

第1子 男 ・ 女 歳 第2子 男 ・ 女 歳
第3子 男 ・ 女 歳 第4子 男 ・ 女 歳

項 目	実 態	援助有無	「有」の場合の特記事項
<u>生活について</u> (食事、入浴、衣類、洗顔・歯磨き・頭髪などの整容行為等)		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
<u>医療に関すること</u> (病気への留意・服薬管理・病院への連絡など)		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	
<u>保育所・学校などの関係について</u>		有・無	援助者 () 援助内容 ()
		配 慮 要 望	

生活支援アセスメント票（児童用）

ユーザーID		受講者氏名	
--------	--	-------	--

氏名		記入日	
		記入者	続柄：

※あてはまる ☐ 全てに☒をいれて下さい。特記事項などは備考欄にお書きください。
※必ずしも全ての項目について聴きとらなければならない訳ではありません。
※名前・施設名などは**仮名または匿名**で記入してください。

1. ご本人について

	本児・保護者が気づいたこと	対応者が気づいたこと
長所・特技		
好きなこと		
苦手なこと		

2. 健康管理・運動面について

健康状態	現在の状況	(身長) cm (体重) kg (平熱) (度) (アレルギー) (有・無) <input type="checkbox"/> 食品 () <input type="checkbox"/> 薬品 () <input type="checkbox"/> 他 () (服薬) (有・無) () (けいれん) (有・無) () (頻度、様子など：) (既往歴) ()
	備考（本人・家族の困っている事や希望、対応者が気づいた事、気になる事など）	
医療的ケア	支援の必要性	<input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 部分的に必要 <input type="checkbox"/> 必要なし
	現在の状況	(医療的ケア対応者) (続柄：) (続柄：) (必要な医療的ケア) <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 鼻腔・口腔吸引 <input type="checkbox"/> 気管内吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開部処置 <input type="checkbox"/> ネブライザー（吸入） <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻栄養・胃瘻栄養など） <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 褥瘡予防・処置 <input type="checkbox"/> スキンケア <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> モニター管理 <input type="checkbox"/> その他() (医療的ケアの頻度など具体的に：吸引、吸入の頻度など) ()
	備考（本人・家族の困っている事や希望、対応者が気づいた事、気になる事など）	
姿勢運動	援助の程度	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 声掛け・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助なし
	現在の状況	(姿勢保持) <input type="checkbox"/> おおむけ <input type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> 首すわり <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 座位 (移動運動) <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> ずりばい <input type="checkbox"/> いざり這い <input type="checkbox"/> 四つ這い <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> スキップ <input type="checkbox"/> 走る (身体的特徴) <input type="checkbox"/> 筋緊張 <input type="checkbox"/> 側弯 <input type="checkbox"/> 変形・拘縮 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 歩容不安定 <input type="checkbox"/> 手先不器用 () (福祉用具・自助具などの使用) (有・無) () (移乗動作の留意点) ()
	備考（本児・家族の困っている事や希望、対応者が気づいた事、気になる事など）	

3. 生活習慣について

食事 水分摂取	援助の程度	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 声掛け・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助なし	
	現在の状況	(動作/道具) <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> エジソン箸 <input type="checkbox"/> 箸 (食事形態) <input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 水分摂取 <input type="checkbox"/> とろみ (有・無) <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> マグマグ <input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 食事の回数 () 食事にかかる時間 () (食事時姿勢) <input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 補助椅子 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 他 () (偏食) すきな食べ物： きらいな食べ物： (その他) <input type="checkbox"/> 過食・過飲 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 反すう <input type="checkbox"/> 異食	
	備考 (本児・家族の困っている事や希望、対応者が気づいた事、気になる事など)		
排泄	援助の程度	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 声掛け・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助なし	
	現在の状況	<input type="checkbox"/> オムツ使用 (昼間・夜間) <input type="checkbox"/> パンツ使用 (昼間・夜間) (排尿) <input type="checkbox"/> 予告 (有・無) <input type="checkbox"/> 報告 (有・無) <input type="checkbox"/> 不快感 (有・無) <input type="checkbox"/> 時間排泄 (成功・失敗・練習中) <input type="checkbox"/> オマルで可 <input type="checkbox"/> トイレで可 <input type="checkbox"/> 後始末 (可・不可) <input type="checkbox"/> 頻尿 (有・無) <input type="checkbox"/> 導尿 (有・無) () (排便) <input type="checkbox"/> 予告 (有・無) <input type="checkbox"/> 報告 (有・無) <input type="checkbox"/> 不快感 (有・無) <input type="checkbox"/> 時間排泄 (成功・失敗) <input type="checkbox"/> オマルで可 <input type="checkbox"/> トイレで可 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2～3日おき <input type="checkbox"/> 便秘気味 (下剤等薬の使用：有・無) <input type="checkbox"/> 後始末 (可・不可) () (その他) <input type="checkbox"/> 生理時の対処 (可・不可) ()	
	備考 (本児・家族の困っている事や希望、対応者が気づいた事、気になる事など)		
着脱	援助の程度	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 声掛け・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助なし	
	現在の状況	(可能な動作) <input type="checkbox"/> 協力動作 <input type="checkbox"/> 上着 (着・脱) <input type="checkbox"/> 下着 (着・脱) <input type="checkbox"/> ボタン (とめる・はすす) <input type="checkbox"/> 靴下 (着・脱) <input type="checkbox"/> 靴 (着・脱) (その他) <input type="checkbox"/> 自分で服を選ぶ <input type="checkbox"/> 素材など決まった服にこだわる ()	
	備考 (本児・家族の困っている事や希望、対応者が気づいた事、気になる事など)		
洗面 入浴	援助の程度	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 声掛け・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助なし	
	現在の状況	(可能な動作) <input type="checkbox"/> 手洗い <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 洗顔 <input type="checkbox"/> 洗髪 <input type="checkbox"/> 洗体 <input type="checkbox"/> 髪をとく <input type="checkbox"/> ひげを剃る (その他) <input type="checkbox"/> 身だしなみに気をつける ()	
	備考 (本児・家族の困っている事や希望、対応者が気づいた事、気になる事など)		
睡眠 生活リズム	援助の程度	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 声掛け・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助なし	
	現在の状況	入眠 (時) ～ 起床 (時)、昼寝 (時 ～ 時) (睡眠状態) <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い (分位) <input type="checkbox"/> よく目を覚ます <input type="checkbox"/> 夜泣きが激しい <input type="checkbox"/> 寝起きが悪い <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸 <input type="checkbox"/> 夜間呼吸器使用 <input type="checkbox"/> 眠剤使用 (リズム) <input type="checkbox"/> 整っている <input type="checkbox"/> 昼夜逆転傾向	
	備考 (本児・家族の困っている事や希望、対応者が気づいた事、気になる事など)		

4. コミュニケーション・対人関係について

意志表示 意思伝達 言語理解	支援の必要性	<input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 部分的に必要 <input type="checkbox"/> 必要なし
	現在の状況	(手段) <input type="checkbox"/> 泣く <input type="checkbox"/> ぐずる <input type="checkbox"/> 発声 <input type="checkbox"/> 身振り(指さし・手を引く・カード等) <input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 二語文 <input type="checkbox"/> 多語文 <input type="checkbox"/> 筆記 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 点字 (伝達・表現) <input type="checkbox"/> 読み書きができる <input type="checkbox"/> 口頭でのやりとりに支障なし <input type="checkbox"/> 慣れている場所・人ならばやりとり可能 <input type="checkbox"/> コミュニケーションツール(絵カード/ICT活用)を利用すればやりとり可能 <input type="checkbox"/> やりとりではなく一方的 <input type="checkbox"/> 自分の意思表示が難しい (言語理解) <input type="checkbox"/> 簡単な口頭での説明をおおむね理解できる <input type="checkbox"/> コミュニケーションツール(絵カード/ICT活用)を用いたら理解できる <input type="checkbox"/> 1つのことは理解できるが、同時に2つのことを提示されると行動が困難 <input type="checkbox"/> 日常生活の中でパターン化された特定行為(座る・食べる等)のみ理解できる <input type="checkbox"/> 自分の名前はわかる <input type="checkbox"/> 簡単な口頭での説明でも理解が難しい (要求するときの特徴) () (拒否するときの特徴) ()
	備考(本児・家族の困っている事や希望、対応者が気づいた事、気になる事など)	
対人関係 社会性	支援の必要性	<input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 部分的に必要 <input type="checkbox"/> 必要なし
	現在の状況	(対人意識) <input type="checkbox"/> 人をあまり意識しない <input type="checkbox"/> 特定の人(親など)は意識できる <input type="checkbox"/> 一人がすき <input type="checkbox"/> 視線があいにくい <input type="checkbox"/> 人見知りが激しい <input type="checkbox"/> 人から関わられること(苦手・すき) <input type="checkbox"/> 自分から積極的に関わりに行く <input type="checkbox"/> 関わりが一方的 <input type="checkbox"/> 関わりが双方向的 <input type="checkbox"/> 受け身 (状態) <input type="checkbox"/> 集団場面に問題なく参加 <input type="checkbox"/> 集団参加できるが個別配慮必要 <input type="checkbox"/> 慣れない場所などは苦手 <input type="checkbox"/> 不安緊張が高くなると行動が止まる <input type="checkbox"/> チック <input type="checkbox"/> つめかみ・指しゃぶり <input type="checkbox"/> 場面緘黙 (好きな人の特徴・関わり方) () (苦手な人の特徴・関わり方) ()
	備考(本児・家族の困っている事や希望、対応者が気づいた事、気になる事など)	

5. 遊び・感覚・行動面について

遊び 興味関心	現在の状況	(好きなこと) ()
		(苦手なこと) ()
		(遊び相手) <input type="checkbox"/> 一人あそび <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 兄・姉 <input type="checkbox"/> 弟・妹 <input type="checkbox"/> 親戚・いとこ <input type="checkbox"/> 同年齢の子ども達 <input type="checkbox"/> 年上の子ども達
	備考 (本児・家族の困っている事や希望、対応者が気づいた事、気になる事など)	
感覚の 特徴	現在の状況	<input type="checkbox"/> 感覚が過敏なところがある <input type="checkbox"/> 感覚が鈍感なところがある <input type="checkbox"/> 問題なし ※感覚面で特徴のあることがあれば記載して下さい。
		(みる) ()
		(きく) ()
		(さわる) ()
		(ゆれる) ()
		(におい) ()
		(あじ) () (その他) ()
備考 (本児・家族の困っている事や希望、対応者が気づいた事、気になる事など)		
行動面	支援の必要性	<input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 部分的に必要 <input type="checkbox"/> 必要なし
	現在の状況	※行動面で気になることがあれば記載して下さい。(例：こだわり、多動など)
	備考 (本児・家族の困っている事や希望、対応者が気づいた事、気になる事など)	

6. 生活スキル・社会スキルについて

外出 余暇活動 社会参加	支援の必要性	<input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 部分的に必要 <input type="checkbox"/> 必要なし
	現在の状況	(外出手段) <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関(バス・電車) <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 送迎
		(余暇活動) <input type="checkbox"/> 自宅で過ごすことが多い <input type="checkbox"/> 公園や外で遊ぶことが多い
		<input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 習い事 () <input type="checkbox"/> 趣味活動 ()
		<input type="checkbox"/> その他 ()
		(金銭管理) <input type="checkbox"/> 自分で現金で支払い可能 <input type="checkbox"/> 自分で電子媒体で支払い可能
		<input type="checkbox"/> お金をもっていると使い切ってしまう <input type="checkbox"/> ほしいものがあつた時だけ使う
		<input type="checkbox"/> 支払い不可 <input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> その他 ()
		(危機管理) <input type="checkbox"/> 一人で留守番(可・不可・経験なし) <input type="checkbox"/> ドア戸締り(可・不可・経験なし)
		<input type="checkbox"/> 一人で外出(可・不可・経験なし) <input type="checkbox"/> 火の取り扱い(可・不可・経験なし)
		<input type="checkbox"/> 包丁の取り扱い(可・不可・経験なし)
		<input type="checkbox"/> その他 ()
備考 (本児・家族の困っている事や希望、対応者が気づいた事、気になる事など)		

7. 日中の主な活動（学校・幼稚園・保育所等）での様子

保育所 幼稚園 学校 等での様子	支援の必要性	<input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 部分的に必要 <input type="checkbox"/> 必要なし
	現在の状況	(在籍) <input type="checkbox"/> 保育所 (歳児クラス) : 加配 (有・無) <input type="checkbox"/> 幼稚園 (歳児クラス) <input type="checkbox"/> 小学校 (<input type="checkbox"/> 通常学級在籍 <input type="checkbox"/> 支援学級在籍 <input type="checkbox"/> 通級在籍) <input type="checkbox"/> 中学校 (<input type="checkbox"/> 通常学級在籍 <input type="checkbox"/> 支援学級在籍 <input type="checkbox"/> 通級在籍) <input type="checkbox"/> 高校 (<input type="checkbox"/> 普通高校 <input type="checkbox"/> 通信制高校 <input type="checkbox"/> 支援学校 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> その他 () (登校手段) <input type="checkbox"/> 自分一人で行く <input type="checkbox"/> 集団登校 <input type="checkbox"/> 通園バス <input type="checkbox"/> 公共交通機関 (バス・電車) <input type="checkbox"/> 保護者送迎 (徒歩・車) <input type="checkbox"/> その他 () (登校状況) <input type="checkbox"/> 登園・登校できている <input type="checkbox"/> 休みがち <input type="checkbox"/> 登園・登校できていない (好きな活動/科目) () (苦手な活動/科目) () (活動/授業中) () (休み時間) () (当番活動) () (交友関係) () (行事) () (その他) ()
	備考 (本児・家族の困っている事や希望、対応者が気づいた事、気になる事など)	

8. 家族状況について

経済状況 介護状況 相談先など	現在の状況	(生計中心者) (続柄： 、就労形態：) (主な介護者) (続柄：) (介護協力者) (続柄：) (続柄：) (本人の事に関する主な相談相手または相談機関) () (家族支援の必要性) (有・無) ()
	備考 (本人・家族の困っている事や希望、対応者が気づいた事、気になる事など)	

【家族関係】
例：家族それぞれが本児のことをどう捉えているか、関わりあいについて等

※精神障害のある方については、追記してください。

※名前・施設名などは仮名または匿名で記入してください

ユーザーID	
受講者氏名	

A. 加療中の医療機関について

- 1) あり → a) 医療機関名 (主治医)
 2) なし b) 病名・診断名 ()
 c) ご本人は病気・障害のことをどのように理解しておられますか？

B. 現状

- 1) 入院中 今回の入院はいつからですか？
 (S・H 年 月から 年 ヶ月入院)
 2) 在宅 最後の退院からどのくらいですか？
 (S・H 年 月退院)

C. これまでの加療歴

- 1) 初めて精神科にかかった時期
 (歳：S・H 年 月頃 初診時の医療機関)
 症状が初めて現れた時期
 (歳：S・H 年 月頃)
 どんな状態でしたか？

- 2) これまでの入院歴について
 (回・通算期間 年 ヶ月 入院形態： 任意・医療保護・措置)

D. 公費負担医療の利用 (有 無)

E. 精神保健福祉手帳の取得 (有 無 級)

F. 上記以外の障害手帳の取得 (療育手帳) (身体障害)

G. 精神科以外の現在の加療状況

- 1) 診断名 医療機関名 入院 (有 無)
 2) 診断名 医療機関名 入院 (有 無)
 3) 診断名 医療機関名 入院 (有 無)

H. 家族歴等 特記すべきこと

※名前・施設名などは**仮名**または**匿名**で記入してください。

ユーザーID		受講者氏名	
--------	--	-------	--

基本情報

【氏名】	
【障害】	
【収入】	

望む暮らし

【本人】	
【家族】	

住まいの情報

--


ジェノグラム

--

生育歴

0歳

社会資源・エコマップ



1日の流れ

6時	
----	--

ストレングス

【本人】	
【環境】	

ストレングス・アセスメントシート 人となりの理解とストレングスに着目する為のストレッチ

※名前・施設名などは**仮名**または**匿名**で記入してください。

ユーザーID	
受講者氏名	

①最初に大づかみに捉えた本人像・第一印象(端的に)

--

②ストレングスと捉えたことをできるだけ数多く挙げる

性格・人柄／個人的特性	才能・素質
環境のストレングス	興味・関心／向上心

※4つのマスはどこに入れる(分類する)かは、さほど重要な問題ではない。

ニーズ整理票

受講者氏名：

※事例の氏名や施設名などは仮名または匿名で記入してください

ご本人の氏名：

本人・家族 の希望	ストレングス(興味・関心・願望・夢・希望)					
	本人：					
	ストレングス(興味・関心・願望・夢・希望)					
	家族：					
①望む暮らし、夢や希望 に向けて必要なこと	②支援者からの視点 (B: 生物的、P: 心理的、 S: 社会的視点を踏まえ て)	③本人のストレングス (性質、性格、才能、技 能、自信、経験)	④具体的に私(本 人)が取り組むこと	⑤ストレングス(環境)、 使えそうな資源、頼りに なる人、手伝ってくれ人 など	⑥私(本人)がサポート してもらうこと、どんな助 けがどのくらい必要なの か	優先 順位

相談支援従事者初任者研修 事例概要・要約シート

ユーザーID	
受講者氏名	

事例概要（事前課題で取り組んだ事例について、下記の注意事項を参考に要点をまとめて下さい）

<注意事項>

研修5日目に事例概要を **7分**で説明していただきます。
 以下のポイントについて整理し、説明の練習をしておいて下さい。

- ①本人像の要約（状況を簡潔に）
- ②本人との関わり（経緯）
- ③本人の（と）定めたゴール
- ④本人のゴール達成に向けての課題、スモールステップ
- ⑤本人のストレングス
- ⑥実践例の選定理由（自らの課題意識）

※留意点

- ・主にニーズ整理票を用いて報告する。
- ・単なるシートの読み上げとならないよう、端的に報告する。
- ・所内の会議で簡潔に報告する設定であると想定してください。