

住み慣れた地域でイキイキと!
す な ち い き

さんの

ライフステージ・サポートブック



乳幼児期



学齢期



青年期



成人期

目 次			
番 号	記入項目	題 目	ページ
		サポートブックの記入・作成について	
1		プロフィール	1
2		緊急時の連絡先	2
3	①	生育歴	3
	②	発達の経過	3
	③	既往歴	3
	④	居住地	4
	⑤	手帳の取得	4
	⑥	福祉サービスの利用	4
	⑦	専門機関への相談や利用の経緯	5
4	①	障がいに関する医療機関	6・7
	②	その他 かかりつけの医療機関	7
	③	留意点	7
	④	薬の情報	8
5		本人をとりまく人や場所	9
6		生活リズム	10
7		通信欄	11・12
8	①	遊び・趣味・好きなこと	13
	②	コミュニケーション 本人から相手に伝えるとき	14
		コミュニケーション 相手（支援者）から本人に伝えるとき	15
	③	こだわりなど	16
	④	かんしゃく・パニック	17・18
	⑤	トイレ	19
	⑥	外出・移動	20
	⑦	食事	21・22
	⑧	着替え	23
	⑨	入浴	24
	⑩	起床・就寝	25
	⑪	洗面・身じたく・歯磨き	26
	⑫	通院 病院・クリニック・歯科	27・28
	⑬	買い物・金銭管理	29
		お住まいの相談窓口等一覧	30
		ライフステージ 一覧	31

* 記入項目欄は、記入した項目のみ○印を付してください。

あま市・大治町障がい者支援協議会こども支援部会

～サポートブックの記入・作成について～

サポートブックは、お子さん又はご本人(以下「お子さん等」という。)にかかわる方(支援者)にお子さん等の特性と接し方などを知ってもらい、安全で楽しく健やかに過ごしてもらうための手助けになるものです。

お子さん等が保育園、認定こども園、幼稚園、学校、児童館、児童クラブ、通所施設、入所施設、支援施設等を利用するとき、災害にあったとき、就労支援や福祉サービスを利用するときなどに使います。

支援者に知っておいてほしいお子さん等の情報(困った時の対応の仕方など)を冊子にまとめて提供することにより、ご家族が何度も同じことを説明する必要がなく、また、支援者もこの冊子を見ることにより、必要な対応を適切に把握することができます。

支援者とともにお子さん等の情報を整理することにより、これまで気がつかなかったお子さん等の一面が見え、成長の記録にもなり、支援の広がりにつながっていくことでしょう。

—注意事項—

- ① サポートブックは、ご家族、又はご本人が記入し、所持してください。
- ② サポートブックはご本人も目にします。
嫌な思いをすることがないか、内容を確認してください。
- ③ 最初からすべてを記入しなくても大丈夫です。
まずは必要な時に、必要なところだけ、支援者に伝えておきたいことなどを書いてみましょう。
- ④ お子さんの成長や変化に応じて、書き替えたり、書き加えたりしていきましょう。
※ 各ページ「●—()」のカッコ内に数字を入れ、新しくページを追加したりすることもできます。
- ⑤ 実際に使ってみて支援者の意見を参考にしながら、内容を更新していくこともできます。
- ⑥ 支援施設、支援事業所等で作ってもらった個別支援計画書等をこのサポートブックにはさんで使うこともできます。
- ⑦ このサポートブックは個人情報のため、紛失したり外部へ漏れたりすることのないように、注意してください。
- ⑧ サポートブックを長期間預け続けることは控えましょう。



1. 呼び名 のプロフィール

ふりがな				顔写真
氏名				
生年月日	年	月	日生	
性別		血液型		型
身長	cm		体重	kg
所属（学校）				
障がい名				
所有手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳（A・B・C）		<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（ 級）	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 種 級）		<input type="checkbox"/> 手帳なし	
住所				
TEL	—			—
家族 （続柄）	（ ）		（ ）	
	（ ）		（ ）	
	（ ）		（ ）	
	（ ）		（ ）	



2. 緊急時の連絡先

連絡順	連 絡 先				
1	名 前			続 柄	
	連絡先	自 宅		携 帯 電 話	
		勤 務 先			
	住 所				
2	名 前			続 柄	
	連絡先	自 宅		携 帯 電 話	
		勤 務 先			
	住 所				
3	名 前			続 柄	
	連絡先	自 宅		携 帯 電 話	
		勤 務 先			
	住 所				



2-()

内容を追加したら、連番を付けてページを増やしてください。

3. 生育歴・支援の経過



① 生育歴 (母子手帳を確認して記載してください。)

在胎週数	週 日	出生体重	g
出生時の疾患名			

② 発達の経過

行 動		言 葉 等	
くびのすわり	歳 カ月頃	あやすと笑う	歳 カ月頃
寝 返 り	歳 カ月頃	泣き声でない声を出す	歳 カ月頃
お す わ り	歳 カ月頃	単語を言う (マンマなど)	歳 カ月頃
ず り 這 い	歳 カ月頃	二語文を話す (ブーブきた、など)	歳 カ月頃
は い は い	歳 カ月頃	三語文を話す (自分の欲求を伝えるなど)	歳 カ月頃
つかまり立ち	歳 カ月頃	指差し	歳 カ月頃
つたい歩き	歳 カ月頃	視線が合う	歳 カ月頃
ひとり歩き	歳 カ月頃	名前に反応する	歳 カ月頃

③ 既往歴 (今までにかかった主な病気)

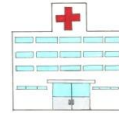
かかった時期	かかった年齢	病 名
年 月	歳 カ月	
年 月	歳 カ月	
年 月	歳 カ月	
年 月	歳 カ月	
年 月	歳 カ月	
年 月	歳 カ月	
年 月	歳 カ月	
年 月	歳 カ月	

④ 居住地 (転居等により居住地が変わった場合、記載してください)		
居住期間	住 所	
年 月 (歳 カ月) ~		
年 月 (歳 カ月) ~		
年 月 (歳 カ月) ~		
⑤ 手帳の取得		
手帳の種類	取得年月日	級等
療 育 手 帳		A ・ B ・ C
身体障害者手帳		種 級 <small>障がいの種別</small>
精神保健福祉手帳		級
⑥ 福祉サービスの利用 (利用しているサービスに、☑チェックを付けてください)		
障害福祉サービス	地域生活支援事業	
<input type="checkbox"/> 居宅介護 (ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ) <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 機能訓練・生活訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A <input type="checkbox"/> 就労継続支援B <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 (グループホーム)	<input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> 日常生活用具給付 <input type="checkbox"/> コミュニケーション支援 (手話等) <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 自動車運転免許取得費・自動車改造費助成事業	
	障害児通所支援	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

⑦ 専門機関への相談や利用の経緯

年月日	機 関 名	内 容
(例) H23.3.31	児童相談所	発達に関しての相談へ行く。〇〇からの提案により・・・
(例) H23.5.1	〇〇病院 心療内科	MRI・CT検査を受ける。「 」との診断あり・・・
(例) H24.4.1	〇〇幼稚園 入園	入園にあたり〇〇について〇〇と話し合う
(例) H27.3.31	〇〇幼稚園 卒園	就学にあたり〇〇について〇〇と話し合う

4. 医療機関の情報



定期的に通院している医療機関からの注意事項、服薬、アレルギーの有無を記載してください。

① 障がいに関する医療機関（１）			
病 院 名			
主治医氏名		TEL	
主治医からの 注 意 事 項	-----		

服用中の薬	•		
	•		
	•		
	•		
アレルギー	有 ・ 無	アレルギーの内容	
障がいに関する医療機関（２）			
病 院 名			
主治医氏名		TEL	
主治医からの 注 意 事 項	-----		

服用中の薬	•		
	•		
	•		
	•		
アレルギー	有 ・ 無	アレルギーの内容	

6-()

内容を追加したら、連番を付けてページを増やしてください。

定期的に通院している医療機関からの注意事項、服薬、アレルギーの有無を記載してください。

障がいに関する医療機関（3）			
病 院 名			
主治医氏名		TEL	
主治医からの 注 意 事 項	-----		

服用中の薬	・		
	・		
	・		
	・		
アレルギー	有 ・ 無	アレルギーの内容	

② その他 かかりつけの医療機関

診療科目	医療機関	電話番号	備考（主治医など）

③ 留意点

医療機関にかかる場合に、伝えておきたいことなどを記入してください。



④ 薬の情報

服薬している薬の説明書のコピーなどを貼っていきましょう。



8-()

内容を追加したら、連番を付けてページを増やしてください。

5. 本人をといまく人や場所

(例) 場所： ○○床屋
担当者： 海部店長さん
髪型は、いつもスポーツ刈りで
こだわり、自分の口で直接お願
いする。15分程度で終わるよ
うお願いします。

現在、よく行く所について記入してください。

(例) 学校・相談支援・福祉センター・保育所・児童デイサービス・ヘルパー・医療機関
地域で関わりのある人や店・床屋・習い事・よく行くスーパーなど

場所:
(担当者:)
連絡先:
内容:

場所:
(担当者:)
連絡先:
内容:

場所:
(担当者:)
連絡先:
内容:

場所:
(担当者:)
連絡先:
内容:

場所:
(担当者:)
連絡先:
内容:

場所:
(担当者:)
連絡先:
内容:

場所:
(担当者:)
連絡先:
内容:

場所:
(担当者:)
連絡先:
内容:

6. 生活リズム

	(例)	月	火	水	木	金	土	日
6:00	●7:00 起床							
	●8:00 小学校							
9:00	↑							
12:00	↓							
15:00	↑ 放課後児童クラブ							
18:00	↓							
21:00	●21:00 就寝							
24:00								
特 記 事 項								

10-()

内容を追加したら、連番を付けてページを増やしてください。

7. 通信欄



最近興味を持っていること、最近成長したところなど話題の提供となる情報について、記載してください。





支援者に必ず知ってもらいたいことを記載してください。

A large, empty rectangular area with a red border, intended for writing notes or instructions. The border has rounded corners with small circular details at the top-left and bottom-left.



12-()

内容を追加したら、連番を付けてページを増やしてください。

8. 生活面のサポート

① 遊び・趣味・好きなこと

室内

【室内で好んですること（していること）】

（例）クレヨンを使って絵を描くことが好きです。



【室内で嫌うこと・苦手なこと】

（例）歌をうたうことを嫌がります。暗い場所は苦手です。

屋外

【屋外で好んですること（していること）】

（例）花を見るのが好きです。好きな場所は、●●公園です。



【屋外で嫌うこと・苦手なこと】

（例）サッカーが苦手です。ネコやイヌなど動物が苦手です。



配慮すること

④ かんしゃく・パニック

ちょっとイライラしているかな?というとき 不安なとき (きっかけ・サイン)

(例) 予定が急に変更になること 大好きな行動を中断されたとき ・ 口をチッと鳴らす ・ 手の指を忙しく動かす など
行動やどんな時になるのか など

パニック (表現・行動など)

(例) 大声を出したり、暴れたりして自分の頭を叩いたりして、気持ちを落ちつけようとしています



対 応 方 法

そのとき、支援者がしたら良いこと、してはいけないこと、落ち着く場所や方法など

配 慮 して いる こ と

(例) 今日の予定をできるだけ前もって伝えるようにしています。

⑤ ト イ レ

現 状

【 小 便 】

(例) ひとりでトイレに行けませんが、ファスナーを下せないで洋服によっては支援が必要です。



【 大 便 】

(例) ふきのこしがあるので、手助けが必要です。



配慮していること

【 小 便 】

(例) 決まった時間に、トイレに行くようにしています。

【 大 便 】

⑥ 外出・移動

徒 歩 (配慮していること)

- 手をつないで歩いてください。 ひとりで安全に歩けます。

(例) 目的がわかるとスムーズに歩くことができます。急に路上に出ようとするので、手をつないでください。



車 (配慮していること)

(例) 車窓から静かに景色を見て楽しむことができますが、1時間くらいで休憩が必要です。




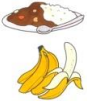

電 車 ・ バ ス (配慮していること)

(例) ●●バスであれば、毎日利用しているのでひとりで乗ることができます。



そ の 他 (配慮していること)

自転車・船・飛行機など

⑦ 食 事	
現 状	
<p><input type="checkbox"/> はし・スプーン・フォーク を使ってひとりで食べることができます。</p> <p><input type="checkbox"/> コップを持って水を飲むことができます。</p> <p>(例) 一口の大きさに切ってあげると、一人で食べられます。</p> <p>(例) 皿と箸をならべることができます。</p> <p>(例) 大人の見守りがあれば、簡単な調理ができます。</p> <p>(例) 手づかみで食べることがあり、声かけをすると直します。</p> <div style="text-align: right; margin-top: 100px;">  </div>	
好きなもの	嫌いなもの
<p>(例) カレー・ラーメン・なっとう</p> <div style="text-align: center; margin-top: 100px;">  </div>	<p>(例) ニンジン・ピーマン</p> <div style="text-align: center; margin-top: 100px;">  </div>
食べてはいけないもの (アレルギーなど)	
<p>(例) 卵・そば そばアレルギーのため、そば粉等少しでも入っているものは食べさせないでください。</p>	

食事について配慮すること (外食などでの状況も含む)

(例) 手づかみで食べることがあり、声かけが必要です。

(例) 外食では、●●レストランへよく入ります。メニューは自分で見て写真を指差しします。



⑧ 着 替 え

着 る

【出来ること】

【配慮していること】



脱 ぐ

【出来ること】

【配慮していること】



⑨ 入 浴

【出来ること】

(例) ひととおり、一人でできますが洗髪は洗いのこしなどあるため、支援が必要です。



【配慮していること】

(例) お風呂に入ることが好きで、長い時間入っているため声かけが必要です。

(例) シャンプーを大量に出してしまうため、声かけが必要です。



⑩ 起床・就寝

起床 (配慮していること)



就寝 (配慮していること)

(例) 眠るまで支援者がそばにいと眠ることができます。



⑪ 洗面・身じたく・歯磨き

洗 面 (配慮していること)



身じたく (配慮していること)

(例) 髪の毛をひとりで結べません。

歯 磨 き (配慮していること)

(例) 自分でやりますが、仕上げ磨きが必要です。



⑫ 通 院

病院・クリニック (配慮していること)



27-()

内容を追加したら、連番を付けてページを増やしてください。

⑫ 通 院

歯 科 (配慮していること)



28-()

内容を追加したら、連番を付けてページを増やしてください。

⑬ 買い物・金銭管理

買 い 物 (配慮していること)

(例) いくつかの物を提示すると、その中から欲しいものを選びます。



金 銭 管 理 (配慮していること)

(例) 計画的にお金を使うことは困難です。また、内容を理解していなくても申請や契約をしてしまうので配慮が必要です。

(例) お金の価値を理解できておらず、千円以上になると数えることができません。



■ お住まいの市町窓口

市町名	部課名	郵便番号	住所	電話番号	ファックス番号
あま市	障がい福祉課	497-8602	あま市七宝町沖之島深坪1	052-485-5980	052-444-1074
	甚目寺保健センター	490-1104	あま市西今宿馬洗46	052-443-0005	052-443-5461
	美和保健センター	490-1205	あま市花正中之割2	052-443-3838	052-443-3839
	七宝保健センター	497-0004	あま市七宝町桂弥勒28	052-441-5665	052-449-1037
	保育課	497-8602	あま市七宝町沖之島深坪1	052-485-5988	052-443-2571
	学校教育課	497-8602	あま市七宝町沖之島深坪1	052-444-0902	052-443-8210
大治町	民生課・子育て支援課	490-1192	大治町大字馬島字大門西1-1	052-444-2711	052-443-4468
	保健センター	490-1143	大治町大字砂子字西河原14-3	052-444-2714	052-462-0086
	学校教育課	490-1192	大治町大字馬島字大門西1-1	052-444-2711	052-443-4468

■ お住まいの指定相談支援事業所

市町名	事業所名	郵便番号	住所	電話番号	ファックス番号	障害種別
あま市	あま市社会福祉協議会 障害相談支援事業所	490-1205	あま市花正中之割13-1	052-446-0612	052-443-3844	身体・知的・ 精神・児童・ 難病
大治町	「おおはる」指定障害相 談支援事業所	490-1143	大治町大字砂子字西河原18	052-433-2343	052-442-0882	身体・知的・ 精神・児童・ 難病

■ 相談窓口一覧

名称	郵便番号	住所	電話番号	ファックス番号
○県福祉相談センター(地域福祉課)				
海部福祉事務所 地域福祉課	496-8535	津島市西柳原町1-14 (海部総合庁舎3階)	0567-24-2111	0567-24-2229
○県福祉相談センター(児童・障害者相談センター)				
中央児童・障害者相談センター	460-0001	名古屋市中区三の丸2-6-1 (三の丸庁舎7階)	052-961-7253	052-950-2355
海部児童・障害者相談センター	496-8535	津島市西柳原町1-14 (海部総合庁舎3階)	0567-25-8118	0567-24-2229
○発達障害者支援センター				
あいち発達障害者支援センター	480-0392	春日井市神屋町713-8 (心身障害者コロニー内)	0568-88-0849	0568-88-0964
○保健所				
津島保健所	496-0038	津島市橘町4-50-2	0567-26-4137	0567-28-6891
○公共職業安定所(ハローワーク)				
津島公共職業安定所	496-0042	津島市寺前町2-3	0567-26-3158	0567-26-1127
○障害者職業センター				
愛知障害者職業センター(事前連絡要)	453-0015	名古屋市中村区椿町1-16 (井門名古屋ビル4階)	052-452-3541	052-452-6218
○障害者就業・生活支援センター				
海部障害者就業・生活支援センター	496-0807	津島市天王通6-1 (ロクサンビル102号)	0567-22-3633	0567-22-3634

ライフステージサポートブック 作成・検討委員

海部東部障害者総合支援協議会 発達支援部会

- 部会長 青山幼稚園 園長
- 副部会長 あま市在住 当事者家族
- 委員 あま市・大治町在住 当事者家族 3名
- 委員 児童デイサービス い〜ま大治 指導員
- 委員 大治町 発達障害支援指導者
- 委員 あま市 発達障害支援指導者
- 委員 あま市子育て支援課 指導保育士
- 委員 あま市社会福祉協議会障害相談支援事業所 相談支援専門員
- 委員 「おおはる」指定障害相談支援事業所 相談支援専門員
- オブザーバー 愛知県青い鳥医療療育センター 指導課コーディネーター
- オブザーバー 愛厚弥富の里 相談員
- 事務局 あま市社会福祉課 障害福祉係

作成 平成24年3月

ライフステージサポートブック 改訂・検討委員

海部東部障害者総合支援協議会 発達支援部会

- 部会長 青山幼稚園 園長
- 副部会長 あま市在住 当事者家族
- 委員 あま市・大治町在住 当事者家族 2名
- 委員 い〜まCrea大治 施設長
- 委員 児童デイサービス芳泉 大治
- 委員 NPO法人 あるいていこう 代表
- 委員 大治町 発達障害支援指導者
- 委員 あま市健康推進課 保健師
- 委員 あま市社会福祉協議会障害相談支援事業所 相談支援専門員
- 委員 「おおはる」指定障害相談支援事業所 相談支援専門員
- オブザーバー 愛知県青い鳥医療療育センター 指導課コーディネーター
- オブザーバー 社会福祉法人永美福社会 地域アドバイザー
- 事務局 あま市社会福祉課 障害福祉係

改訂 平成29年3月

協議会及び部会名称を「海部東部障害者総合支援協議会 発達支援部会」から「あま市・大治町障がい者支援協議会 こども支援部会」に変更

改訂 令和5年4月



サポートブック挿絵協力：日本マンガ芸術学院 生徒の皆さま