移動支援計画

○○年○○月○○日　サービス提供責任者 氏名○○　○○

**参考**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ○○　○○　様 | | | | | | | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ | | | | | | | |
| 緊急  連絡先 | 氏名  ＴＥＬ | | | | | | | |
| 援助の目標 |  | | | | | | | |
| ｻｰﾋﾞｽの具体的内容 |  | | | | | | | |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 所要時間等 |
| 6:00  8:00  10:00  12:00  14:00  16:00  18:00  20:00  22:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考（ウィークリープラン以外を記載）  ＊記載例＊  　月に２回　○曜日　○○:○○～○○:○○（行き先：○○） | | | | | | | | |
| この計画について説明を受け、同意しました。  ○○年○○月○○日　　　　　　　　利用者　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | |

特定非営利活動法人○○　△△事業所

移動支援事業　自立通学通所支援計画書（記入例）

　　　計画日：令和元年９月１日

サービス提供責任者 氏名　支援　太郎

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 横浜　花子　様 | | | | 受給者番号　０１２３４５６７８９ | | | |
| 住所 | 〒２３１－００１７　横浜市中区港町１－１  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　０４５－６７１－２４０１ | | | | | | | |
| 緊急  連絡先 | 氏名　横浜　一郎　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ | | | | | | | |
| 通学通所  先 | ○○特別支援学校　　　　　　　　　　　ＴＥＬ | | | | | | | |
| 通学通所径路 | 自宅～徒歩（10分）～ＪＲ○○駅====３駅=====ＪＲ○○駅～徒歩（15分）～通学先 | | | | | | | |
| 援助の  目標 | 令和２年3月31日までに、○○特別支援学校まで自力で登下校ができるようになる | | | | | | | |
| 現在の  阻害要件 | ・駅改札に定期をタッチして通るのが出来る時と出来ない時がある。  ・家から乗車駅までと、降車駅から学校までの径路がわからず、迷ってしまう。  ・降車駅を正確に覚えておらず、不安がある。  ・コンビニ等へのこだわりが強く、径路にコンビニ等があると入ってしまう。・ | | | | | | | |
| 具体的  支援内容 | 項目 | 具体的目標 | | | | 支援内容  （支援期間見込みを記入） | | |
| １ | 自宅から駅までの道順を覚える | | | | 駅までの目印を確認しながら歩く。 | | |
| ２ | 駅改札口で定期券をタッチすることを覚える | | | | 改札でのタッチを習慣付ける  （①②所要２か月） | | |
| ３ | 降車駅を覚える | | | | 降車駅の名前を覚える（所要２か月） | | |
| ４ | 駅から学校までの道順（コンビニの無いルート）を覚える。 | | | | 学校までの目印を確認しながら歩く（所要２か月）。コンビニ等、こだわりの発生するルートを通らない。 | | |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 所要時間等 |
| 支援時間 | 8:00～9:00  登校支援  15:00～16:00  下校支援 |  |  |  |  |  |  | 60分  60分 |
| 備考  　月に一度通院しており、学校を休んでいる。 | | | | | | 支援担当者  　支援二郎、支援はなこ | | |
| この計画について説明を受け、同意しました。  ○○年○○月○○日　　　　　　　　　　　　　　利用者　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | |

特定非営利活動法人○○　△△事業所

（記入例）

　　移動支援事業　自立通学通所支援【検証報告書】

**参考**

検証日：令和元年１月１日【実施後３ヵ月目】

サービス提供責任者 氏名　支援　太郎

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 横浜　花子　様 | | | 受給者番号　０１２３４５６７８９ | | |
| 援助の  目標 | 令和２年3月31日までに、○○特別支援学校まで自力で登下校ができるようになる | | | | | |
| 通学通所  先 | ○○特別支援学校　　　　　　　　　　　ＴＥＬ | | | | | |
| 通学通所径路 | 自宅～徒歩（10分）～ＪＲ○○駅====３駅=====ＪＲ○○駅～徒歩（15分）～通学先 | | | | | |
| 具体的  支援内容 | 項目 | 具体的目標 | 検証結果  （目標達成時期を記入） | | | 自立の有無・  今後の支援計画 |
| １ | 自宅から駅までの道順を覚える | 道順を覚え、一人で駅まで行けるようになった（実施後1か月目） | | | 自立済 |
| ２ | 駅改札口で定期券をタッチすることを覚える | タッチの習慣は付き始めているが、定期を入れた場所を忘れ、パニックとなることがある。 | | | 定期を入れる場所を固定し、確認の習慣づけを行う。（所要２か月） |
| ３ | 降車駅を覚える | 降車駅の名前を覚えた（実施後２か月目） | | | 自立済 |
| ４ | 駅から学校までの道順を覚える | 道順を覚えて、一人で駅まで行けるようになったが、コンビニのあるルートを通ろうとしてしまう。 | | | コンビニの無いルートを通る支援を引き続き行う（所要３か月） |
| 本人の  状況変化等 | ヘルパーの支援によって、大体の道順や降車駅などを覚えることができ、本人の不安が減少し、一人で通学することに自身が出てきた様子。一部、ヘルパーに頼る行動がみられることもあるが、自立への意志は強い。 | | | | | |
| 自立支援継続の  必要性 | まだ全ての径路を完璧に覚えきれていないのと、持ち物の確認やこだわりへの対応について引き続き工夫が必要なため、決定期間終了まで支援の継続が必要。決定期間終了までには自立通学できる見込み。 | | | | | |
| 備考 | | | | | 支援担当者  　横浜　二郎、横浜はなこ | |
| この検証結果について説明を受け、同意しました。  ○○年○○月○○日　　　　　　　　利用者　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | |

特定非営利活動法人○○　△△事業所

※支援計画書及び検証報告書については、必要に応じて書式の変更が可能ですが、最低限上記の項目内容が含まれたものとしてください。