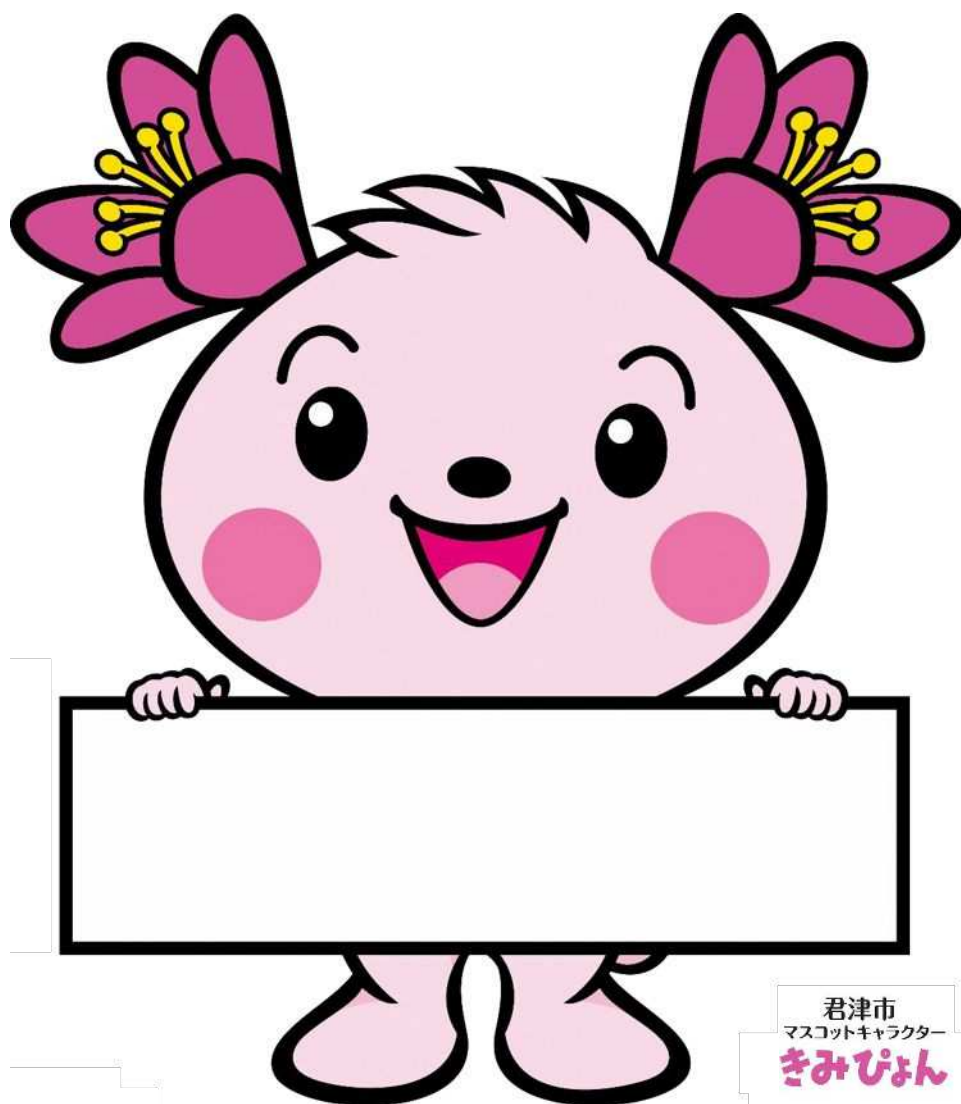


君津市 ライフサポートファイル



作成: 君津市障害者地域自立支援協議会相談支援部会

はじめに

ライフサポートファイルとは、ライフステージごとに支援の担い手が変わりやすい移行期に一貫した支援が継続されるよう、家族と関係機関が共に子どもへの支援に関わるためのファイルです。君津市では、平成30年度（2018年度）から君津市障害者地域自立支援協議会相談支援部会において作成に向けた検討をしてきました。

このライフサポートファイルは、対象者を障がいのある方としていることから、特別な支援が必要な方の成育歴やケアの仕方を、乳幼児時期から成人期に至るまで継続して記録できるようになっており、親なき後にも親の気持ちを代弁できるようにしてあることが特徴です。

今は忙しくて記入することが大変かもしれませんが、関係者の方に子どもの事を理解してもらうために、子どもへの支援を誰かに引き継ぐ時のために、記録を残しておいてください。また、支援の相談の際など機会あるごとに、ご活用いただけると幸いです。

作成 君津市障害者地域自立支援協議会 相談支援部会

入手方法

- ・ライフサポートファイルは、市のホームページからダウンロードしてお使いください。少し厚めの紙で印刷をすると長く保管できます。ご家庭で印刷ができない場合などのために、障がい福祉課で配布しています。
- ・このファイルは、市や学校などから配布されたものを一つのファイルで保管することを想定しています。お手数ですが、保管用のファイルをご用意ください。

君津市ホームページ <http://www.city.kimitsu.lg.jp/>

ホーム> 健康・福祉・衛生> 障害者福祉>

各種支援> 君津市ライフサポートファイル

保護者、ご本人、支援に関わる方へ

このファイルには、個人情報や関係機関に関する情報が多く綴られています。紛失、情報の漏えいなどが無いよう十分に配慮し、慎重にお取り扱いください。

お問い合わせ先：君津市 福祉部 障がい福祉課

TEL：0439-56-1181

FAX：0439-56-1220

目 次

- 第1部 本人に関すること
- 1 プロフィール
 - 2 支援マップ ※各年齢に応じ追加印刷をして記入してください。
 - ・まんなかマップ
 - ・サポートマップ
 - 3 子どもの成長の記録
 - 4 医療の記録
 - 5 支援の履歴
 - 6 診断・手帳の記録
 - 7 補装具・日常生活用具の記録

- 第2部 “親なき後”の親の願い
- 1 成年後見人などの選任
 - 2 兄弟姉妹、親族へのお願い
 - 3 この子の人生について願うこと
 - 4 利用している事業者へのお願い
 - 5 入院、非常時の対応
 - 6 この子の死亡時の対応
 - 7 親の遺産分与の考え方
 - 8 親の訃報連絡先
 - 9 その他 申し送り事項

支援の記録

～ファイルを用意して、こんな記録を綴っておきましょう～

本人の成長の過程がわかるもの

- ・母子健康手帳
- ・サービス等利用計画
- ・個別支援計画

医療機関に行ったとき

- ・検査、判定の記録
- ・定期的な医療、処置の記録

学校でもらったもの

- ・通知表

まんなかマップ (歳)

好きなこと・得意なことは？

嫌いなこと・苦手なことは？

友達関係は？

本人の写真や様子など

その他？

学習面は？

家での様子(手伝い、余暇、学習等)は？

事業所・学校等でこのシートの写しを保管し、利用することを 承諾します・承諾しません。

(自署又は記名押印) 本人 氏名 _____ 印

保護者氏名 _____ 印

2 支援マップ

記入日 年 月 日

サポートマップ

※「こんな時、こうしたら上手くいくかも」という支援を書き足してみましよう！

こんな時は・・・	その時？ 心の中は？
こんな支援が助かります！	
こんな時は・・・	その時？ 心の中は？
こんな支援が助かります！	

事業所・学校等でこのシートの写しを保管し、利用することを 承諾します・承諾しません。

(自署又は記名押印) 本人 氏名 _____ 印

保護者氏名 _____ 印

医療機関の記録

- 大きな病気にかかったり、診断を受けたりした時に記入しましょう。
- 薬の説明書等を本シートの後ろに綴じましょう。

年月日	医療機関名 主治医氏名	概要 医療機関での指示 薬の名称等を書いてください。	治療終了 時に チェック
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

※障害年金を受給するためには「現在受診していること」と「その病気の初診日の証明」などが必要になります。病院によっては、カルテの保存期間が過ぎたことにより、初診時の証明をしてもらえない場合がありますので、病院を受診したことがわかるもの（診察券、領収証（書）、お薬手帳の写し、検査結果など）や、診察日や診療科名が特定できるものをファイルに綴っておくと役立つかもしれません。

卒業後の相談支援機関に関する相談内容

年 月 日	相談支援機関名 (担 当 者 名)	内 容

職業評価、職業訓練、職場実習、働くことのボランティア体験など

年月日(期間)	場所、会社名など	内 容

職 歴

年月日 (就労期間)	就労先	雇用形態(福祉 就労、一般就 労、パート、ア ルバイトなど)	勤務内容 勤務時間	就労先の サポート者名	就労支援機関名 (担当者名)	離職理由

5 支援の履歴

これまでの支援の履歴

※思い出せる範囲で、これまで受けた支援や診療の内容を具体的に書きましょう。

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
本人氏名				
特性が気になり始めたきっかけ	(特性が気になり始めたきっかけ、「いつ頃」「どんな時」「どんな事」が気になったか、お書きください。)			
年代	保健センター、市役所 相談支援事業所など	保育園、認定こども園、幼稚園、小・中・高等学校、特別支援教育など	教室、クラブ活動、 親の会など	特記事項
	名称 担当者	名称・在籍 担任、担当	塾、教室、放課後児童クラブ (学童保育)、クラブ活動、 親の会などの名称	
入園前				
保育園・認定 幼稚園				
小学校				
中学校				
高等学校				
大学 学校・専修				

※それぞれの欄に年月日も書き込みましょう。

6 診断・手帳の記録

手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体・ <input type="checkbox"/> 療育・ <input type="checkbox"/> 精神	等級・程度		手帳番号	
交付日	年 月 日	次回更新日		年 月 日	
判定機関		判定日		年 月 日	
特記事項（障害名・診断名・判定内容等）					
手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体・ <input type="checkbox"/> 療育・ <input type="checkbox"/> 精神	等級・程度		手帳番号	
交付日	年 月 日	次回更新日		年 月 日	
判定機関		判定日		年 月 日	
特記事項（障害名・診断名・判定内容等）					
手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体・ <input type="checkbox"/> 療育・ <input type="checkbox"/> 精神	等級・程度		手帳番号	
交付日	年 月 日	次回更新日		年 月 日	
判定機関		判定日		年 月 日	
特記事項（障害名・診断名・判定内容等）					
手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体・ <input type="checkbox"/> 療育・ <input type="checkbox"/> 精神	等級・程度		手帳番号	
交付日	年 月 日	次回更新日		年 月 日	
判定機関		判定日		年 月 日	
特記事項（障害名・診断名・判定内容等）					
手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体・ <input type="checkbox"/> 療育・ <input type="checkbox"/> 精神	等級・程度		手帳番号	
交付日	年 月 日	次回更新日		年 月 日	
判定機関		判定日		年 月 日	
特記事項（障害名・診断名・判定内容等）					

7 補装具・日常生活用具の記録

補装具・ 日常生活用具名	交付年月日・修理年月日	業者名・担当者名	連絡先
	<input type="checkbox"/> 交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修理 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修理 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修理 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修理 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修理 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修理 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修理 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修理 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修理 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修理 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修理 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修理 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修理 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修理 年 月 日		

※現在使用している補装具や日常生活用具の写真があれば交付や修理の申請時に状況を伝えやすくなります。

第2部 “親なき後” の親の願い

1. 成年後見人等の選任

※成年後見制度とは・・・知的障害、精神障害、認知症などの理由で判断能力の不十分な方は、不動産や預貯金などの財産管理をしたり、介護などのサービスや施設入所に関する契約を結んだりする必要があっても、自分で判断することが難しい場合があります。このような判断能力の不十分な方を保護し、支援するのが成年後見制度です。

※成年後見人等の役割とは・・・成年後見人等は、被後見人等の生活・医療・介護・福祉など、身のまわりの事柄に目を配りながら本人を保護・支援をします。成年後見人等の職務は被後見人等の財産管理や契約などの法律行為に関するものに限られており、食事の世話や実際の介護などは、一般に成年後見人等の職務ではありません。

① 子どもの成年後見人等になっている人はいますか

・いる

[氏名：]

[住所： 電話：]

[成年後見の種類：任意後見制度・法定後見制度（成年後見人・保佐人・補助人）]

・いない

② 成年後見人等をお願いしたい人

・親が成年後見人等になっている場合、後継の人（託したい人）

氏名	住所 (電話)	本人との 関係	現状
	(- -)		・了承を得ている ・話はしてある ・まだ話をしていない
	(- -)		・了承を得ている ・話はしてある ・まだ話をしていない
	(- -)		・了承を得ている ・話はしてある ・まだ話をしていない
	(- -)		・了承を得ている ・話はしてある ・まだ話をしていない

2. 兄弟姉妹、親族へのお願い（誰に、何を、お願いするのか）

3. この子の人生について願うこと

4. 利用している事業者へのお願い（サービスの利用、医療、生活の場の確保など）

5. 入院、非常時の対応（連絡先、付き添う人、費用負担方法など）

6. この子の死亡時の対応（葬儀、墓、供養など）

7. 親の遺産分与の考え方

※ 分与の考え方、公正証書による遺言状の有無など

預貯金、債券、株券等

名義人	機関名称（銀行、会社）	種目	数	評価額	相続の方法

生命保険

受取人名義	機関名称（支払会社）	種目	数	受取額	相続の方法 証書保管場所

負債

借入名義人	借入先	返済期限	返済方法、担保	借入残高	決済の方法

不動産

名義人	所在地	種別	面積	評価額	相続の方法

8. 親の訃報時の連絡先

① 親の葬儀、墓、供養など

② 親の訃報時の連絡先（主たる連絡先）

氏名	住所 (電話)	親との関係	備考
	(- -)		
	(- -)		
	(- -)		
	(- -)		
	(- -)		

9. その他 伝えたいこと

よろしくお願いいたします。