

令和元年 10 月版

ライフサポートファイル ～ほほえみ～

作り方・使い方のご紹介

船橋市
Funabashi City

障害のあるお子さんや特別な配慮を必要とするお子さんたちが、乳幼児期から成人期までのそれぞれのライフステージで、途切れることなく一貫して適切な支援を受けられるようライフサポートファイルを作成しました。

このライフサポートファイルは、お子さんに関わる多くの支援者や関係者の愛をイメージし「ほほえみ」と名付けました。また、人と人とのつながりをイメージし、皆が手をたずさえ「ほほえみ」が溢れ、長く利用できるようシンプルなデザインとしています。

サポートファイルって何？

○ サポートファイルって何？

お子さんの育ちや学びを支える資料として、様々な情報や記録を綴ることにより、お子さんの発達や成長の記録を1つにまとめることができます。

また、本人や保護者の方が、学校や医療機関、療育機関などに相談したり、通われる時に、お子さんの状況を説明するツールとして活用することにより、関係者がお子さんの個性や特徴、これまでの経過などを共通理解し、自立に向けた手だてを共有することで、一貫した支援を受ける一助となります。また、成育歴等を綴っていくことにより、親亡き後も絶え間ない支援を行うための引継ぎの書類としても活用できるものと考えています。

※ファイルの内容は貴重な個人情報ですので、大切に取り扱いってください。

○ 記入するのは…

原則的に保護者の方が記録し、保管していきます。

○ どんな時に使うの…

- ✓ 入園、入学、進学、就労など、お子さんにかかわる人が代わる時
- ✓ 医療機関を受診したり、福祉サービスなどを新たに受ける時
- ✓ お子さんの成長に合わせ、支援を見直すとき など

本人や保護者が相談や支援を必要とするときに使います。関係する機関はこのファイルの内容を参照し、発達や支援の経過や様子、現状等を把握することができ支援体制づくりに役立ちます。(医療機関の受診、教育相談、福祉サービスを受けるときなど)

○ 古いページも捨てずに大切に取っておきましょう。古いページは「過去のシートを保管するページ」に綴ってください。後で貴重な“成長の記録”となります。

ファイルの作り方

○ ファイルを用意しましょう

- ✓ お好みのA4ファイルを用意します。このファイルはお子さんのためのオリジナルのファイルになります。
- ✓ 「ライフサポートファイル～ほほえみ～」を用意します。

サポートファイルは、下記機関で配布するほか、ホームページからPDF形式及びWord形式でダウンロードできます。お子さんに合わせ、必要なシートを選んでください。使い勝手の良い大きさへの様式変更もできます。

URL <http://www.city.funabashi.lg.jp/kodomo/hattatsu/002/lifesupport.html>

市役所本庁舎（療育支援課と障害福祉課）、子育て支援センター（南本町・高根台）、こども発達相談センター、保健センター（中央・東部・北部・西部）、総合教育センター教育支援室

○ 書きやすいところから始めましょう。

- ✓ サポートファイルは、場所や状況、支援の目的に応じて使えるよう、目的ごとのシートを用意しています。必要なシートを選んで、書きやすい所から書き始めてください。記入例もありますので、参考にしてください。
- ✓ 支援者に見せる時に必要と思われるところ、整理しておくところと便利と思われるところを記入していきましょう。
- ✓ 状況に応じて、書き方を支援者と相談したりしてみてください。

○ 必要な情報を追加します。

- ✓ お子さんの様子は変わっていきます。変更があったら、追加で書き足していきましょう。
- ✓ 就園、就学、進級の際など成長の節目の時期、お子さんの誕生日や記念日、障害福祉サービスの更新時や障害支援区分の聴き取り調査時など毎年同じ時期に見直していくことも大切です。

○ サポートファイルは最初から完成版はできません。

使いながら自分にあった“マイ サポートファイル”にしていきましょう。

- ✓ 足りないページがあればコピーをして追加したり、余白を活用してください。
- ✓ 写真やカードを添付してみましょう。
- ✓ シートの様式のほかにも支援に必要な情報を差し込みましょう。
(母子健康手帳、個別の教育支援計画、お薬手帳、病院の検査結果など)

○ 受け取った人が見やすくわかりやすいようにしましょう。

○ 記入にあたって・・・

- ✓ 文章は短く、具体的に書きましょう。
- ✓ 「××できない」とするだけでなく「××できないが、△△の支援があれば、〇〇はできる」という書き方をしましょう。

○プロフィール

記入日 ○○年○月○日

記入者氏名 船橋 △△

変更があった場合は二重線で消して書き直すか、書き換えて最新の情報にしておきましょう。
書き換えた場合は、元のシートを「過去のシートを保管するページ」に保管しておきましょう。

ふりがな	ふなばし ○○		性別	男・女	血液型	△ 型
氏名	船橋 ○○					
生年月日	○○年○月○日		家庭での呼び名	○○ちゃん		
住所	〒 ○○○-○○○ 船橋市 ○○-○丁目○番○号 〒○○○-○○○ ○○丁目○番○号 電話番号 ○○○-○○○-○○○					
ふりがな	ふなばし □□		続柄	父	電話番号	○○○-○○○-○○○
保護者名	船橋 □□					
緊急連絡先	氏名	船橋 △△	関係	母	電話番号	○○○-○○○-○○○
	氏名	船橋 ■■	関係	祖父	電話番号	○○○-○○○-○○○
同居の家族	氏名	船橋 □□	続柄	父	生年月日	備考
					◎ H R ○○年○月○日	◎◎株式会社
		船橋 △△	母	◎ H R ○○年○月○日	主婦	
		船橋 ▲▲	妹	S ◎ H R ○○年○月○日	◎◎幼稚園	
		船橋 ■■	祖父	◎ H R ○○年○月○日	良好	
			S H R 年 月 日			

健康状態や既往歴、勤務先など、支援者に伝えたい情報をご記入ください

○支援が必要な診断名や傾向について

診断名（疑い含む）	医療機関	診断時期
てんかん	◎◎病院	平成○○年○月○日

○かかりつけ医療機関

医療機関	担当医	電話番号	備考
○○病院（○○科）	○○先生	○○○ - ○○○○ - ○○○○	てんかん発作時の救急受診指定病院

○支援者に知っておいてもらいたいこと 記入日 ○○年○月○日

☆本人・病気・家庭のことなど支援者に伝えたいことを記入してください。

- てんかん発作時は、強直間代発作（全身が痙攣する）である。
- 介助方法として、顔を横向きにする、衣服を緩める、発作が終わり意識が回復するまで見守る、と医師から指導を受けている。
- てんかん発作時は、○分以上でダイアップス坐薬を挿入して、○○病院へ連絡して救急外来受診する（挿入に迷うときは母へ連絡をください）
- イライラすると、頭を床に打ち付けることがあるので、保護帽子をかぶっている
- 季節の変わり目に、喘息が出やすい
- ○○（親族、職場）には○○にて、○○のことについて隠しているため、私以外には連絡をしないでほしい
- 私は（母）曖昧な表現で言われるより、ストレートに言って下さる方が伝わりやすいのでお願いしたい

情報を追加する場合など、新たに記入した日付を記載すると分かりやすいです。

○○年○月○日

- 母は専業主婦だが、1週間の内○日 実家の祖父母の世話をしているため、午前中は連絡が取りにくい。連絡する際は午後にしてほしい。

母子健康手帳に記録している部分は、記入する必要はありません。
母子健康手帳の該当ページをコピーしてこのページの後ろに差し
込んだり、母子健康手帳と一緒に保管しましょう。

○出生について

出生前	妊娠中は順調でしたか？ <input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ
	<input type="radio"/> いいえの方 → 妊娠高血圧症候群 ・ 切迫流産の恐れ（ 週） 服薬 ・ その他（ ）
出産の様子	出産は順調でしたか？ <input type="radio"/> はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
	<input type="radio"/> いいえの方 → 黄疸 ・ さい帯巻絡 ・ 保育器使用（ 日） その他（ 産声がなかなか聞かれなかった ）
	在胎期間 <input type="text"/> 週 出生体重 <input type="text"/> , <input type="text"/> g

○成長の記録

首のすわり	歳 <input type="text"/> か月頃
寝返りをする	歳 <input type="text"/> か月頃
おすわり	歳 <input type="text"/> か月頃
ハイハイ	歳 <input type="text"/> か月頃
歩き始め	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> か月頃
人見知り	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> か月頃
後追い	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> か月頃
指差し	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> か月頃
はじめてのことば	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> か月頃
2語文	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> か月頃

☆妊娠・出産の様子、発育の様子等で伝えておきたいこと

- **出生直後、呼吸状態不安定でNICUへ**
- **生後2、3日に光線療法**
- **全身精査で脳室拡大あり、半年毎検査中**
- **生後8か月時、けいれんあり、救急搬送。精査の結果てんかんと診断される**
- **妊娠中から、おなかの中でよく動いた**
- **だっこしても、しっくりだっこされていなかった**

○予防接種の記録 **母子健康手帳のコピー添付 可**

予防接種名	接種年月	予防接種名	接種年月	予防接種名	接種年月
BCG	○年○月		年 月		年 月
○○○○	○年○月		年 月		年 月
	年 月		年 月		年 月
	年 月		年 月		年 月
	年 月		年 月		年 月
	年 月		年 月		年 月
	年 月		年 月		年 月
	年 月		年 月		年 月
	年 月		年 月		年 月

○健診歴・病歴

健診	保健師訪問など	H ○○年 ○月 ○○日 実施 / 未受診
	何か相談をしましたか？保健師からの指導はありましたか？	
	● 母乳が足りていない気がする ⇒○○保健師より、 児の体重がしっかり増えているから、足りているのでは。次健診まで様子をみましょう	
	4か月児健康相談	H ○○年 ○月 ○○日 実施 / 未受診
	何か相談をしましたか？医師や保健師からの指導はありましたか？	
	● 首がすわった、の判断基準はどこか ⇒○○医師より、 児の両手を引き起こし、首がついてくるかをみている。よって、首はほぼすわっている、といえる。	
	1歳6か月児健康診査	H ○○年 ○月 ○○日 実施 / 未受診
	何か相談をしましたか？医師や保健師からの指導はありましたか？	
● 食事の食べムラがある ⇒○○医師より、 身体発育曲線上、緩やかではあるが増えてきているので様子みましょう		
2歳6か月児歯科健康診査	H ○○年 ○月 ○○日 実施 / 未受診	
何か相談をしましたか？医師や保健師からの指導はありましたか？		
● 歯科医院でフッ素を塗ってもらったほうがよいか ⇒○○歯科医師より、 フッ素の効果の話聞き、かかりつけ医を持つようにも勧められた		
3歳児健康診査	H ○○年 ○月 ○○日 実施 / 未受診	
何か相談をしましたか？医師や保健師からの指導はありましたか？		
● 言葉がでない（ほとんど「ア、ア」のみ） ⇒○○医師より、○○病院の紹介状を書いてもらった。現在、発達外来に 月1回受診中		

今までにかかった主な病気	麻疹（はしか）	○ 歳頃
	風疹	○ 歳頃
	水痘（水ぼうそう）	○ 歳頃
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	○ 歳頃
	てんかん	○ 歳頃
	ぜんそく	○ 歳頃
	アトピー性皮膚炎	○ 歳頃
	食物アレルギー	○ 歳頃
	○○○○○	○ 歳頃
		歳頃
		歳頃
		歳頃

○アレルギー（食物、環境、物質など）について **検査結果添付 可**

アレルギーの種類	症 状	対応・治療法
鶏卵、牛乳、小麦、そば、ピーナッツ、	眼、鼻、口や喉の症状	エピペンの要不要など 除去食対応
花粉（スギ/ヒノキ、カバノキ科、イネ科、フタクサ、ヨモギ）	眼の症状（白目が赤くなる、フヨフヨになる、かゆくなる、涙が止まらない、瞼が腫れる）	マスク装着、舌下免疫療法
果物類、野菜（桃、リンゴ、サクランボ、キウイ、）	鼻炎症状、咳や呼吸困難、顔面の浮腫、口腔内のかゆみ	エピペン注射後、受診
魚、甲殻類（エビ、ホタテ、サバ、アジ、イカ）	消化器症状（腹痛、下痢、嘔吐）	除去食対応

必要に応じて、医師の診断書や検査結果、リハビリの記録などをこのページの後ろに差し込んで保管しましょう。

○通院・入院の記録

支援機関の人に知っておいてほしい病気やけが、検査、リハビリ歴などについて記入しましょう。受けた検査とその結果、診断名、病名、どのような支援が必要になったのかを記入してください。

年月日またはいつ頃(年齢)	医療機関 受診科目 医師名など	受診理由、受診結果(診断名)、治療内容など
H〇〇. 〇. 〇	△△病院 ××科 □□先生	1歳6か月健診で勧められ受診 診断は「〇〇〇」 経過観察のため3か月に一度受診する

発達関連の常時使用する薬（注射）を中心に記録しておきましょう。薬の説明書をこのページの後ろに差し込んだり、「お薬手帳」を一緒に保管しましょう。

○薬の服用について

年月日	薬の名称 (医療機関・薬局)	効能 ／服用方法	服用間隔 ／量	特記事項など
H〇〇. 〇. 〇	バナン	抗生物質	2回／日	内服後、全身発疹出現。 薬疹と診断。 以後、禁忌薬となっている

必要に応じて、受け取った記録や検査結果などを、このページの後ろに差し込んで保管しておきましょう。

○相談の記録

年月日またはいつ頃(年齢)	H〇〇.〇 (3歳5か月)	相談機関	〇〇病院〇〇科
担当者	〇〇先生	相談方法	訪問・電話・その他()
相談内容	言葉がでない(ほとんど「ア、ア」のみ)		
助言・指導など	<ul style="list-style-type: none"> ● 物の名前を理解していく段階である。物の名前を声掛けしながら様子を見てください ● 月1回 STの相談(訓練)へ入ることとなった 		
感じたことなど	少しほっとしているが、いつまでも様子を見てよいのか、不安もある		
年月日またはいつ頃(年齢)	H〇.〇.〇	相談機関	〇〇保健センター
担当者	〇〇保健師	相談方法	訪問・電話・その他()
相談内容	言葉の遅れについて		
助言・指導など	実際にやってみせたり、実物を見せながら言葉がけをする工夫についてアドバイスを受けた		
感じたことなど			
年月日またはいつ頃(年齢)	H〇.〇.〇	相談機関	こども発達相談センター
担当者	〇〇さん(心理士)	相談方法	訪問・電話・その他()
相談内容	発達検査の結果を聞いた		
助言・指導など	〇〇検査 発達年齢〇才〇ヵ月 耳で聞くことが苦手なので、目で見えて分かる工夫が有効と言われた		
感じたことなど	お子さんの成長発達の記録や覚え書きとして、保護者が残しておきたい内容を記入しましょう 正式な書類である必要はありません。		

○手帳・受給者証の記録 **手帳等のコピー添付 可**

身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・小児慢性特定疾病医療受給者証または小児指定疾病医療費助成登録証をお持ちの方は記入してください。

手帳等の種類	療育手帳	番号	第〇〇〇〇〇号
交付日	〇〇年 〇月 〇日	次回更新時期	〇〇年 〇月 〇日 更新なし
特記事項（障害名、障害程度、障害等級、疾患名等） ㊶			
手帳等の種類	身体障害者手帳	番号	第〇〇〇〇〇号
交付日	〇〇年 〇月 〇日	次回更新時期	〇〇年 〇月 〇日 更新なし
特記事項（障害名、障害程度、障害等級、疾患名等） 移動機能障害（1級） 先天性による両上肢機能障害（1級）			
手帳等の種類		番号	
交付日	年 月 日	次回更新時期	年 月 日 更新なし
特記事項（障害名、障害程度、障害等級、疾患名等）			
手帳等の種類		番号	
交付日	年 月 日	次回更新時期	年 月 日 更新なし
特記事項（障害名、障害程度、障害等級、疾患名等）			
手帳等の種類		番号	
交付日	年 月 日	次回更新時期	年 月 日 更新なし
特記事項（障害名、障害程度、障害等級、疾患名等）			

○補装具・日常生活用具の記録

購入・修理年月日	物 品 名	備考
○○年 ○月○○日	短下肢装具(両下肢)	
○○年 ○月○○日	車椅子	
○○年 ○月○○日	頭部保護帽	
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

〇年齢のページ 〇〇

お子さんの現在の状況を各年齢のページに記載してみましよう。
「××できないが、△△の支援があれば、〇〇はできる」という書き方で支援者に伝えていきましょう。

年齢を記入
しましょう

記入者氏名 〇〇〇〇

△歳	所 属	担任・担当者	電話番号
通じていない	〇〇児童発達支援センター	〇〇先生	〇〇〇-〇〇〇〇
	〇〇小学校	〇〇先生	〇〇〇-〇〇〇〇
	〇〇中学校	〇〇先生	〇〇〇-〇〇〇〇
	〇〇高等学校	〇〇先生	〇〇〇-〇〇〇〇
コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ● 正面から分かりやすい声かけとジェスチャーを交えて伝えると理解しやすい ● 欲しい物や行きたい場所に指差しをする ● 話したいことは2~3語文くらいで伝える。実物や絵を見せると理解しやすい ● 一方的に話をし会話にならない。どっちがいいかを聞くと選び答える ● 言葉だけのやり取りより、具体物や紙があるほうが理解しやすい ● 人と人との関わりも、コミック会話などイラストで説明されると分かりやすい ● お友達との関わりは苦手。大人とのコミュニケーションはとれる ● おしゃべりが止まらない。作業、課題があるとしゃべらない ● 大きな集団での活動が苦手。個別の対応は可能 ● 比喩的抽象的な表現の理解が難しい ● 指示は具体的でやるべき事が的確であることが望ましい 		
好きなこと、 嫌いなこと、 苦手	<ul style="list-style-type: none"> ● 対面でボール転がしのやりとり遊びが好き。大きな音が苦手 ● 何もせず椅子に座っていることが苦手。凶鑑を見ると離席が少ない ● 静かで刺激の少ない空間があるとクールダウンができる ● 楽器の音が苦手。ノイズキャンセラーをすると音楽室に入ることができる ● 文字を書くことが苦手。PCを活用すると文字を書くことができる ● 体育館やホールなど音が響く空間が苦手。出入口付近になら入室が可能 ● 静かで刺激の少ない空間があると気持ちの切り替えができる ● 明るさや多くの刺激が苦手なため、スーパーなどではサングラスをしている 		
こだわり、 パニック等	<ul style="list-style-type: none"> ● 後ろから声をかけられると驚いてしまうので、正面から声をかけてほしい ● 嫌なことがあると頭を床に打ちつけることがあるので配慮してほしい ● 初めてのことは苦手。2~3回経験すると大丈夫になることが多い ● 気持ちの切り替えが苦手。事前にスケジュールを知らせると対応できる ● 否定的な言葉に反応しやすく、教室を飛び出すことがある ● 大声で怒鳴っても聞こえないことがあり、本人の対面からの声掛けが望ましい（本人の名前を呼ばないと気が付かない） ● 同世代からのからかいの対象になりやすい ● 一人で図書室で過ごす落ち着く ● 給食後はリソースルーム等があると落ち着いて過ごせる ● 体育祭、文化祭など、人がたくさん出入りする場面が苦手。部分参加は可能 		

生活状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 食事の時、自分でスプーンを使って食べることは可能だが、一口量が多いので配慮してほしい ● 衣服の着脱は、両手をバンザイするので、それ以外の部分を手伝ってほしい ● 手先が不器用でボタンが苦手。着替えが遅い ● 移動は、四つ這い移動だが慌てると姿勢が崩れるので、急がせないでほしい ● 車椅子で5メートル程、自力での移動ができる ● 外出先のトイレは入りたがらないことが多い ● 和式のトイレが使えない。洋式なら大丈夫 ● 決まったものしか食べない。無理に食べさせると吐くことがある
伸ばしてほしい能力	<ul style="list-style-type: none"> ● 周りの人から褒められると、やる気になるタイプだと思う ● 人と関わるのが好き ● 指先での細かい操作に集中して取り組める ● 体を動かすことが大好きなので、安全な場所で体を動かさせてあげたい ● 本が好きなので、図書係の仕事を頑張れると思う ● 生き物が好きなので、メダカや草花のお世話ができる ● 体を動かすことが好きなので、荷物を運ぶことが得意 ● パソコンが得意な為、メールでのやり取りの方が意思の疎通がしやすい ● レポート、課題の提出もパソコンを利用した方が質の向上につながる
その他	<ul style="list-style-type: none"> ● 静かな環境を好む ● 人に見られていると緊張してしまう ● 物を投げて、人の気を引こうとする ● 初めての人や場所に慣れるまで、少し時間がかかる ● 物事を理解することに時間がかかる。丁寧な説明やかかわりが必要 ● 言葉の意図理解が悪く、勘違いしてしまうことがある。本人の自尊心を傷つけないよう修正が必要 ● スマートフォンを活用することにより日程調整がしやすく、課題の締め切りを守る事が可能

本人を取り巻く家族に起こった変化など

本人が大好きな祖父（同居）が、○月○日から△△のため1ヶ月ほど入院している。

本人に状況を説明し、納得した様子は見受けられたが寂しい思いをしている。

○卒業後の進路

職業訓練の記録・就労の記録

記入日 ○○ 年 ○ 月 ○○ 日

実習・就労期間	実習・就労先	仕事の内容	紹介者	備考
○年○月○日 開始	△△△ 〔就労継続支援 A型〕	仕分け、梱包、封入、 チラシ折り、ポスト ィング…etc	ハローワーク	
年 月 日				
×年×月×日 開始	□□□ 〔就労継続支援 B型〕	組立、封入、梱包、 出荷、データ入力、 クリーニング…etc	なし	
年 月 日				
△年△月△日 開始	○○○ 〔就労移行支援〕	パソコントレーニ ング、ビジネスマナ ー、グループワーク …etc	なし	
年 月 日				
□年□月□日 開始	(株)○○○ 〔一般就労〕	事務、清掃、軽作業 …etc	・ハローワーク ・障害者就業・生活 支援センター ・千葉障害者職業セ ンター …etc	
年 月 日				
年 月 日				

就学の記録

記入日 ○○ 年 ○ 月 ○○ 日

在籍期間	進学先	学んだ内容	備考
○年○月○日	○○ 大学		
年 月 日			
○年○月○日	△△ 専門学校		
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			

〇メモ

記入日	内 容

ご質問・お問合せ先

船橋市自立支援協議会 障害児部会 事務局

船橋市役所療育支援課 TEL 047-436-2121

FAX 047-436-2549