

進路だより

広島県立西条特別支援学校
進路指導部 No.9
令和4年2月3日

個別の教育支援計画・移行支援計画について



「個別の教育支援計画」とは、乳幼児期から学校卒業後までを通じた一貫した教育支援を行うための長期的な計画で、本人・保護者の願いや関連機関との連携について記載するものです。行政・医療・福祉・就業・教育等の外部機関との連携資料として用います。

年度末に懇談等を通じて、個別の教育（移行）支援計画の見直しを行います。今年度から、県統一の様式に変わっています。今回は、個別の教育支援計画の見直しのポイントについて説明します。次の点での確認をお願いします。

【1 枚目の見直しポイント】

| | | | | | |
|-----------------------|--|---------------------------------------|----------|---|---------------------------------------|
| 診断名、診断日、診断機関、服薬等 | 診断名：水頭症，診断日：平成16年10月〇日， 服薬：デパケン（朝・夕） | | 検査の記録 | 実施：平成27年6月21日（〇〇大学病院）， 内容等：脳波検査 | |
| | 診断名：自閉症スペクトラム，診断日：平成26年5月20日（〇〇病院）， 服薬：〇〇〇（朝・夕） | | | 実施：平成〇年〇月〇日（◇◇センター）， 内容等：VF検査（誤嚥あり） | |
| | 診断名：ADHD，診断日：令和元年7月21日（〇〇大学病院）， 服薬：〇〇〇〇（朝・夕） | | | | |
| 発作，ぜんそく等 | 診断名 | 症候性てんかん発作 | 医療的ケア | 吸引，吸入，経管栄養，てんかん発作時の坐薬対応（看護師） | |
| | 服薬 | 朝夕1回 | | | |
| | 緊急時の対応 | 医療的ケア指示書による | | | |
| 身体障害者手帳の種別・等級 | 種類 | （ 水頭症による体幹機能障害2級 ） | 受給者証 | 種類 | （ 〇〇・・・●〇◇◇1級 ） |
| | 交付更新 | 平成 〇 年 〇 月 〇 日 無（ 令和 〇 年 〇 月 〇 日 ） | | 交付更新 | 令和 〇 年 〇 月 〇 日 有（ 令和 〇 年 〇 月 〇 日 ） |
| | 種類 | （ 感音性難聴による聴力障害3級 ） | | 種類 | （ ） |
| | 交付更新 | 平成 〇 年 〇 月 〇 日 有（ 令和 〇 年 〇 月 〇 日 ） | | 交付更新 | 年 月 日 （ 年 月 日 ） |
| 療育手帳の判定等 | 判定 | 〇B | サポートファイル | 令和元年5月30日（週5日利用可）。 放課後デイ（月，火，金），ショートステイ（木）。 日中一時3日，短期入所2日，行動援護20時間。放課後デイ20日 | |
| | 判定(更新)年月日 | 令和 〇 年 〇 月 〇 日 | | | |
| | 次回判定 | 令和 〇 年 〇 月 | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 等級 | 3 級 | | | |
| | 交付日 更新の有無 | 平成 〇 年 〇 月 〇 日 有（ 令和 〇 年 〇 月 〇 日 ） | 有 | | |
| 更新日（ 令和 〇 年 〇 月 〇 日 ） | | | | | |

- ・薬が変わった場合や、検査についてもお知らせください。
- ・手帳の更新があった場合も、お知らせください。次回更新日も必要です。
- ・教育支援会議ではサービスの受給量について聞かれることもあります。受給者証で確認をお願いします。

【2枚目の見直しポイント】

| | | | |
|------------------|----------------------|--|--|
| 関係機関 | 医療・健康 | ◇◇大学病院 連携内容：てんかん発作，吸引，経管栄養 | |
| | 療育・教育 | 連携先：◇◇リハビリテーションセンター，PT (○○) OT (○○○) 連携内容：訓練 | |
| | 労働，その他(作業所等) | 連携先：■■■作業所，連携内容：B型作業所(週5) | |
| 本人の希望 | | 卒業後は●●で働きたい。 | |
| 保護者の希望 | | 人と関わることが好きなので，人との関わりが多い事業所が良い。 | |
| 学校教育における目標 | 長期目標 | | |
| | 年間目標 | □□□□○・・・◇◇ | |
| 健康(生活上の制限や留意事項等) | | 現在の状況(支援内容等) 体調は安定している。(最終発作平成○年月) 熱がこもりやすい。 | |
| 基本的な生活習慣 | 好きな食べ物 | | |
| | 苦手な食べ物(偏食等) | ○○○○○ | |
| | 配慮(食形態やアレルギー，エビベン使用) | 食形態(きざみ食)，牛乳，落花生(エビベンの使用が必要) | |
| | 移動，運動の状態等 | 車椅子使用(車椅子の使い方を練習中。移動の際には，介助が必要) | |
| | 睡眠 | 安定して睡眠がとれている。 | |
| 生活に関する | 排泄 | 全介助。紙オムツ，パッドを使用している 数日 | |
| | 清潔 | 入浴，手洗い等全介助。 | |

・個別の教育支援計画は本人・保護者の願いをもとに作成されるものです。現時点での具体的な希望をお聞かせください。

【3枚目の見直しポイント】

| | | |
|---|--------------------|-----------|
| 広島県立○○特別支援学校 | 令和 ○ 年度 | 個別の教育支援計画 |
| ○○分教室 | ○○部 第 ○ 学年 ○ 組(○年) | |
| | 氏名 (○○●●) | |
| 【高2 個別の教育支援会議】 | | |
| 日時：令和3年○月○日(○) | | |
| 出席者：本人 保護者 ○○市役所福祉課○○ 部主事○○ 進路指導部○○ 担任○○ | | |
| 内容：本人から，高2での実習を踏まえて現時点での進路先は生活介護事業所の○○を考えているとあった。保護者も同じ考えであった。定員に空きもあるので，高3でもそこで実習を行うことを確認した。市役所の福祉課からは，区分認定の申請や流れについて説明があった。18歳になる1か月前から申請できる。申請は，保護者が行うことを確認した。 | | |

・学校だけでなく，外部機関との連携にも使う資料になります。内容についてもご確認ください。
・小中学部は，現時点での進路希望についてもここに記入します。担任にお伝えください。