

申請者の現状(基本情報)

| | | | | | |
|-----|-----------|--------------|----------------|-------------|------|
| 作成日 | 令和4年12月9日 | 相談支援 事業者名 | 指定障害児相談事業所 わかば | 計画作成 担当者 | 齊藤美香 |
|-----|-----------|--------------|----------------|-------------|------|

1. 概要 (支援経過・現状と課題 等)

経過:2019年2月椎名マタニティクリニック(福岡市南区)で前期破水をしたためクリステル圧縮法により2500gで誕生する。健康状態は良好。2020年1月に南区より大野城市に転居する。1歳半検診で言葉発達で要観察の指摘を受ける。人前で言葉が出ないので年齢による人見知りと思っていた。言葉の発達が気になって、2021年リトミックに通うようになったところ、同じ年のこと言葉の差を感じ、ママ友さんに相談したところ、児童発達支援のしあわせ駅を紹介され、松田Drに相談したところ、療育開始が望ましいとの診断を受ける。市役所の福祉課に相談したところ、計画相談を進められたためかわることとなる

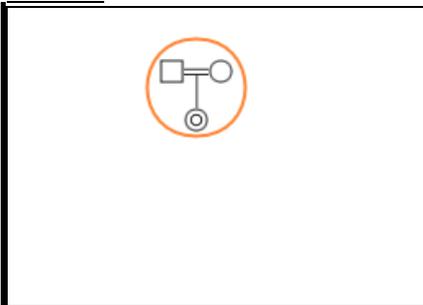
現状:幼稚園に通いながら、しあわせ駅大野城で支援を受けている。定期的に受診をしているが、Drの指摘が、場面緘黙ではなく、自閉症スペクトラムになったり、別の日の受診では、場面緘黙があるのでは等、その時によって、障害の見立てが定まっていない。

問題:家族以外の人とで話すことができず、自分の意思が伝えられない。トイレに行きたいも言えないと思うので、幼稚園で言えるかが心配。お友達ともコミュニケーションが取れないので、仲間はずれになるのではないか。また受診の際のDrの指摘に対して、お母様に不安や心配が出てきている。

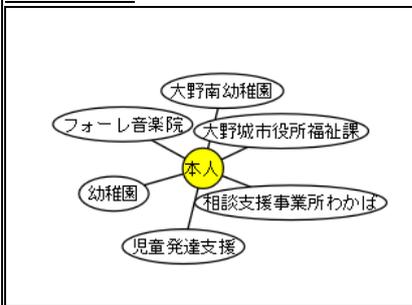
2. 利用者の状況

| | | | | | | | | |
|----------|--------------------------------------|--------|------------|----|----|----|--------|---------------|
| 氏名 | 市来 菜歩 | 様 生年月日 | 平成31年2月27日 | 年齢 | 3歳 | 性別 | 男・(女) | |
| 住所 | 〒816-0952 福岡県大野城市下大利4-15-12 | | | | | | 電話番号 | 090-4582-8728 |
| | [持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他 ()] | | | | | | FAX番号 | |
| 障害または疾患名 | | | | | | | 障害支援区分 | |

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入



社会関係図 ※本人との関わりを持つ機関・人物など(役割)



生活歴 ※受診歴などを含む

大野城市下大利のマンションで両親と3人暮らし。2019年2月椎名マタニティクリニック(福岡市南区)で前期破水をしたためクリステル圧縮法により2500gで誕生する。健康状態は良好。2020年1月に南区より大野城市に転居する。1歳半検診で言葉発達で要観察の指摘を受ける。昼はお母様と公園で1時~4時間くらい過ごす。公園には仲の良い友達があり、一緒に遊ぶこともある。家族以外と触れ合うと固まった状態になり会話が毛着ない状態となる。公園のお友達も慣れるまで半年ほどかかった。幼稚園の先生もあまりなじんでない。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

発達の診断で松田小児科医院を受診している。

本人の主訴(意向・希望)

家族の主訴(意向・希望)

コミュニケーション力を身に付けてほしい。場面緘黙症が改善してほしい。お友達と遊べるようになってほしい。挨拶ができるようになってほしい。

3. 支援の状況

| | 名称 | 提供機関・提供者 | 支援内容 | 頻度 | 備考 |
|----------------------|--------|----------|-----------|------|----|
| 公的支援(障害福祉サービス、介護保険等) | 児童発達支援 | しあわせ駅大野城 | 発達支援 相談支援 | 4回/週 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| その他の支援 | 大野南幼稚園 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |