

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)

受給者証番号	4021837754	利用者氏名(児童氏名)	割田 琉斗 様	障害支援区分		保護者(児童)または後見人	割田 康士 様	本人との続柄	父
利用者負担上限額	0	相談支援事業者名	指定障害児相談事業所 わかば	電話番号	080-6288-8300	計画作成担当者	齊藤美香		
計画作成日	令和6年4月8日		モニタリング実施日 ※面談日又は同意署名日を記載	令和7年4月23日		利用者同意署名欄			

モニタリング実施方法	①個別支援会議開催 ②その他(参加機関等)	②その他 (実施方法及び理由)	ご自宅にてモニタリングを行う
------------	--------------------------	--------------------	----------------

総合的な援助の方針(本人がめざす生活に沿った支援の方針)	全体の状況(総合的な援助の方針に対する取り組み経過、評価、今後の取組の方向性)
仲間と一緒にいろいろな活動に参加できるように支援する	ちょっとずつ成長を感じている。言うべき人には指差しにて訴える。絵カード等でコミュニケーションをとっている。知らない大人の人とも話せるようになった。(お母様より)4/2から新しいグループで活動しており、通所も送迎を利用できている。スタッフや友達が新しいためソワソワした感じがあり涙が出たりしていた。グループの中では好きな活動、苦手な活動、生活の活動などを見ている。

優先順位	支援目標 (達成目標)	達成時期	サービス等提供状況 (事業者からの聞き取り) ※いつ、だれに、どのように確認したのかも併せて記載	本人の感想・満足度 ※いつ、だれに、どのように確認したのかも併せて記載	支援目標(達成目標)の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・解決方法 (いつ誰が何をするか)	計画変更の必要性			その他留意事項 (計画変更の必要性「有」の場合には具体的な変更内容・理由も記載)
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1	トイレに行くときなど、合図を送れるようになる	1年	何の時間を伝えたらトイレ等できている。オムツは外れている。	オムツは外れており、排便時拭き上げはできないが、トイレで排泄ができるようになってきている。	達成である		有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
2	発達支援での人との交流を通して、言葉が話せるようになる	1~2年	4月から新しいグループで好きな活動、苦手な活動、生活の動作等見ている。スタッフや友達が新しいためソワソワした感じが出たりしていた。紙芝居で話をするが伝わりらない。	絵カード等でコミュニケーションをとっている。知らない大人の人とも話せるようになった。かかりつけの歯科医院があるので、歯科の受診もできている。	少しずつできるようになっている		有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
3	欲しいものを伝えられるようになる	6か月	欲しい時はジェスチャーで伝えるが、伝わらないときは指差しなど行動で伝える	指差しで訴えている	指差しや絵カードで表現している		有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
4							有・無	有・無	有・無	
5							有・無	有・無	有・無	
6							有・無	有・無	有・無	