様式4：集中的支援実施計画書

（支給決定自治体）の長

集中的支援実施計画

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　広域的支援人材

氏 名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **①当該児者の基礎情報** | | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 年齢 |  | | 性別 |  |
| 診断名 |  | | 区分 |  |
| その他 | 手帳の種別・等級 | | | |
| **②当該児者の強度行動障害の状態** | | | | |
| □自傷　　□他害　　□器物　　□こだわり（人）　　□こだわり（人以外）  具体例： | | | | |
| **③身体拘束・行動制限等の状況について** | | | | |
| (　有　・　無　)　＊有の場合は要件や理由を記載する | | | | |
| **④当該児者への支援状況** | | | | |
| 事業所名（事業種） | | 支援状況（役割・利用頻度等） | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| **⑤居住支援活用型の集中的支援を実施する施設等** | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **集中的支援の実施計画（最長３ヶ月）** | | | | |
| 内容 | 実施  予定日 | 実施場所 | 類型 | 支援計画 |
| **環境調整の**  **実施**  **フォロー**  **アップ**  **アセスメント** |  |  | □訪問  □居住  □訪問  □居住  □訪問  □居住 |  |