大阪府立堺支援学校の個別の教育支援計画の活用について

大阪府立堺支援学校
支援ネットワーク部
高等部　兎内　香保留

内容

☆　堺支援学校の紹介

☆　個別の教育支援計画の様式

☆　本校の支援体制

☆　教育・福祉・医療との連携

写真
(C)Geoscience, NTT DATA, RESTEC (Included(C)JAXA
(C)Yahoo Japan
1 km

堺支援学校紹介

写真
堺支援学校
(C)PASCO
(C)Yahoo Japan
400 m

学校の沿革

１９５６（昭和３１）年　大阪府立養護学校　設置
１９６６（昭和４１）年　大阪府立堺養護学校に校名変更
１９７９（昭和５４）年　養護学校教育義務制　施行
１９８９（平成元）年　　高等部に生活課程設置
２００５（平成１７）年　創立５０周年
２００８（平成２０）年　大阪府立堺支援学校に校名変更
２０１５（平成２７）年　創立６０周年
２０２１（令和３）　年　創立６５年となります。

令和3年度の在籍者数

- 小学部　　児童数　63人
- 中学部　　生徒数　26人　　合計　212人
- 高等部　普通課程　　生徒数　43人
  　　生活課程　　生徒数　80人

堺支援学校の
個別の教育支援計画の様式

～ICFを活用して、
見やすく・わかりやすく～

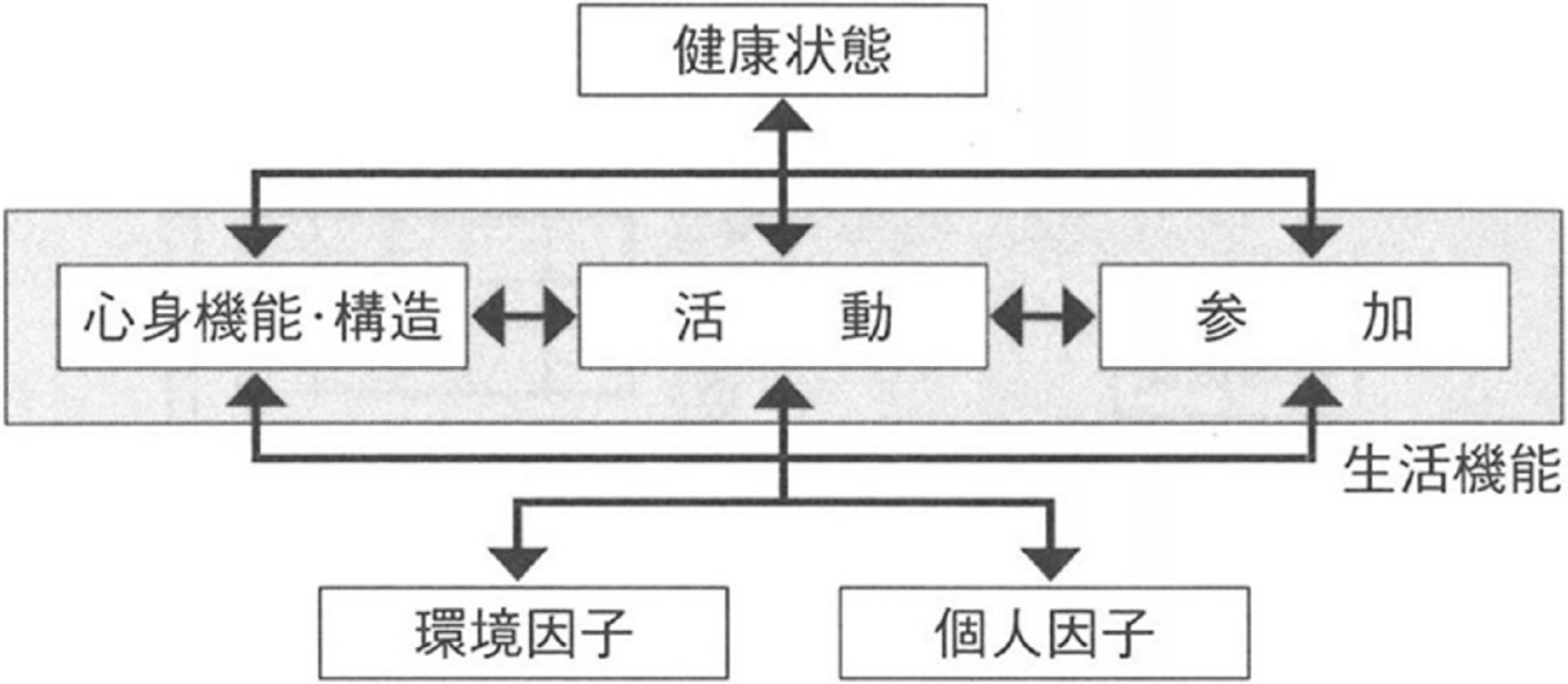
ICF（国際生活機能分類）

障がいの捉え方の変化

・WHO　2001年（平成13年）総会にて採択

・日本では　平成21年・30年学習指導要領解説（自立活動編）に記載

ICF（国際生活機能分類）の考え方
→「生きることの全体像を示す共通言語」



個別の教育支援計画　ICFを活用した～わたしマップ～

記入日／令和　年　月　日　記入者（　　）

基本情報

【所属】	令和　5　年度　高等部　2　年　1　組
【児童生徒名】	大阪　太郎（フリガナ：おおさか　たろう）
【生年月日】	平成15年　1月5日
【保護者名】	大阪　次郎（フリガナ：おおさか　じろう）
【住所】	大阪府大阪市住之江区南港北1丁4　16 大阪府秋川庁舎
【連絡先・電話番号】	072－241－0288

健康状態

【疾病・障がい名】自閉スペクトラム症

【療育手帳】　無

【身体障がい者手帳】　　級　　種

【精神障がい者手帳】　　級

願い・ニーズ

私の願い	・
家族の願い	・
担任の願い	・

心身機能・身体構造

健康・生活・姿勢・運動

・コンサータを処方されているが、服薬の習慣が大定着。
・体力はあまりないが、健康状態は安定。
・季節に応じた衣服の調えは難しいが、寒暖に応じた着替えはできる。
・長期休業中は生活リズムが乱れ、学期当初は欠席がちになる。
・家庭での手伝い（食器揃え、洗濯物取り込み）は定着。
・軽スポーツやダンスなど運動は好きだが、スタミナ不足。
・机上学習時の姿勢が崩れやすい。立位作業は20分ほどで疲れたがる。

活動

認知学習面／行動・特性など

・小学校3年生程度の読み書きと、よく見かける表示物の読みは可能。ドリル系のプリントでは、見落としが多く見直しも不正確。
・ことばでの指示（単一、複数など）の理解は難しい。
・初対面では子っけないが、慣れると打ち解けて会話や応答ができる。気の合う友達は穏静かで優しいタイプ。校内では一緒に行動している。
・正否の判断ができず、周囲の人の言動に頼って行動することが多い。教えて下さい。これでいいですか等、確認やヘルプの表出が頻繁。
・毎日くり返す活動は1週間ほどで定着。献立書き写し係担当。
・家族以外の人との外出機会がなく、休日の過ごし方は限定的。余暇活動の拡大がのぞまれる。

参加

今年度の目標（教育的支援と必要と考えられる）

・指示された作業で、確認や終了報告ができるようになる。
・学習等の場面で、作業遂行や見直しの手順を身につける。
・家族に頼まれたものを、近所の店に一人で買い物に行けるようになる。

評価・引継ぎ事項

環境因子（関係機関）

その他・保護者／地域／生活における支援機関・他（※）

大阪市総合医療センター【小児神経　○○Dr.】

・PT
・OT
・ST

相談支援：○○くらぶ　△△さん

デイサービス：発達支援室△△（週3回）　管理者○○さん

（※）関係機関との連携・相談の記録　別紙2

内容・目標のための手だてや配慮

・作業終了後に確認、報告するように声をかける。
・チェック表を作成して記入するように促す。
・授業で理科や算数マネー決済についての学習を行う。

合理的配慮

・社会適応に必要な技術や知識（ルール理解や報告）を身につけられるよう指導場面を設定する。
・学習内容を分割して適切な量にしたり、焦点化を図る。

個人因子

教育・生育・家庭・校外の記録（※）

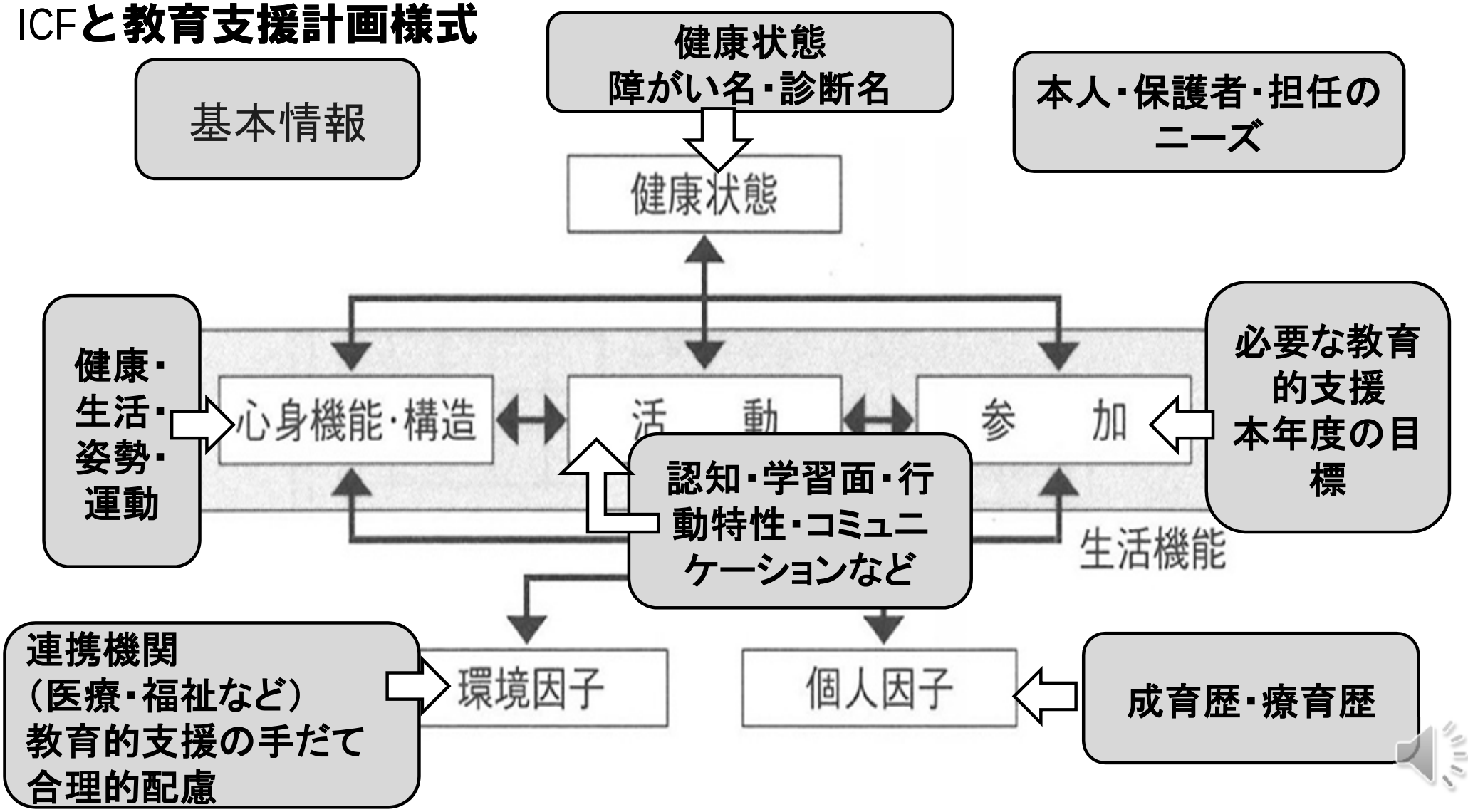
3歳児検診で自閉症スペクトラムの疑い　後に確定診断
3歳～4歳　○○園○○教室通園（週5コクラス）
2000年　○○市立△△小学校入学（2年生から支援学級在籍：毎日1時間）
2000年　ADHD診断（△△病院△△科）後、療育手帳取得
2000年　○○市立○○支援学校中学部入学
2001年　大阪府立堺支援学校高等部入学

（※）別紙1

生かしたい良さ

・人にやさしくできる。
・ほめられたことは次の機会に行おうとすることができる。
・決まった場面であいさつができる。

ICFと教育支援計画様式



本校の支援体制

（支援のニーズに応じた相談窓口）

様々な支援ニーズ①

・的確な児童生徒の実態把握 （主に身体の状態）
・的確な指導目標の設定
・児童生徒の有効な支援方法

本校の支援体制

自立活動部の支援

・自立活動部員の巡回指導
・専門職の活用（PT理学療法士・OT作業法士・ST言語聴覚士など外部人材の活用）
・自立活動の目標設定ツールの説明

本校の支援体制

様々なニーズ②

・校内での児童生徒の行動の分析・支援の方法

・児童生徒を取り巻く環境の把握

・家出を繰り返すなどの行動への対応

本校の支援体制

支援ネットワーク部

・担任等への聞き取りと支援の見立て
・専門職との連携
（臨床心理士など外部人材の活用）
・社会資源との連携、活用
（福祉事務所・児童相談所・医療機関など）

本校の支援体制～ほかにも～

・保健室

・児童生徒指導部

・進路指導部など

児童生徒支援の役割があり、必要に応じて校内関係部署で連携をとっている。

支援学校では、

すべての児童生徒について、担任を中心に情報を共有し、的確な支援につながるようにしている。

教育・医療・福祉との連携　～背景～

- 近年、医療的ケアを必要とする児童生徒の増加やケアの内容の多岐化が進み、医療との連携なしでは、ネットワークが成り立たなくなってきている。

- また、「医療的ケア」がなくても、精神科で処方された薬を服用している、訓練を医療機関や自宅で受けている、訪問診療を定期的に受けている児童生徒も増加している。

事例Aさん　Aさんと家庭の様子（架空事例）

・小学部1年生
・身体障がい者手帳1級・療育手帳　A　てんかん
・移動・食事（経管栄養）・トイレ（おむつ使用）・着替え等全介助
・喃語があり、快不快を表現できる
・医療的ケアは痰の吸引（口・鼻）と鼻注による経管栄養
・小学校入学まで、幼稚園・保育所などに通ったことがない
・父・母・本児の3人家族、近くに頼れる親戚がいない
・父は仕事で忙しく、子どもの育児は母がほとんど行っている
・母は内気な性格で、ぎりぎりまで自分で何とかしようとする

事例Aさん　入学前の機関連携

・入学の2か月前の通院で主治医が病院内の「医療相談室」を紹介し母が相談。B相談員が担当となる。

・障がい児相談支援事業所Cが母と契約し、B相談員と一緒に、Aさんの入学にむけての生活を組み立てることになる。

・入学の1か月前に学校は相談支援事業所Cから連絡で状況を把握。保護者と相談して作ったプランをもとに、入学前にケース会議を行う。利用することになったサービスは

　・放課後等ディサービス（看護師常駐D事業所・週2回）

　・訪問看護E事業所（週３回・２回は入浴）

　・ホームヘルパーF事業所（週２回入浴）

事例Aさん
入学後の状況と個別の教育支援計画の作成

・学校では、保護者による医療的ケアの手技伝達や教員の実地研修などが終わり5月からは、通学バスに乗って１人で登校するようになる。

・登校時の体調は安定していたが、４月半ば急な入院。しかし、３日で退院しすぐ登校を開始。

・４月の末に家庭訪問を行い、担任の作った「個別の教育支援計画」をもとに、今年の教育目標について話し合う。「学校に慣れて、体調を整え、元気に通う」ことを当面の目標にした。また医療や福祉の機関との連携をとることの了承をえる。

事例Aさん　入院と医療との連携

・7月までの間に月1回程度、3日から1週間の入院をする。入院の理由は「重積発作」

・母は「学校」という新たな場所に登校するストレスと考えている。

・担任としては、学校生活に対するアドバイスを病院からもいただきたいと思い、母に「主治医訪問」のお願いをし、了解を得る。

・しかしながら、予定の前に再度入院、そこで入院中に主治医との面談を再度母より依頼してもらうと、主治医より相談支援室のBと連絡を取ってほしいとの連絡がある。担任がBと連絡をとる。

事例Aさん　退院に向けたケース会議

・担当CO.は、B、Cとも相談の上主治医にも出席を求め、在宅支援の関係者が集まってのケース会議を母に提案し了解を得る。

・退院の2日前に実施。保護者・B・主治医はリモートで参加。学校、C・D・E・F事業所・および新しく加わる訪問看護事業所Gは学校の1室より参加

（内容）①主治医より入院中の経過と現在の状況、退院後の生活についての注意点　②母より在宅中に感じていた不安や子どもの入学後の変化についての対応について（Cが母がうまく表現できない部分を補足・協力する）③今後についてのサービスの変更点と確認をCがサービス計画書を示しながら説明④今後の各事業所同士の連携の方法について

事例Aさん　医療用のSNSの活用と結果

今後重積発作や入院の回数を減らしていくために

【医療用のSNSの活用】 吸引の手技・服薬の確認の内容については母の確認のもとアップし、各事業所も確認する。

・訪問看護事業所がもう1か所加わる。

・複数の事業所や医療機関がその時の必要な情報をアップし、異変があった時にはすぐに状況を確認できるようにする。

【結果】・母が子どもの様子について気になった場合に、医療関係者にすぐに相談し対応できるようになった。・情報が共有されているので、各事業者に経過を一から説明する必要がなくなり、早めの対応・受診につながるようになった。

最後に・・・活用に理解と協力を

・この事例は、SNSを利用した、情報共有ネットワークを作った珍しいケースになりますが、ここまで至らなくても、定期的に、また、入院など大きな変化があったときに、関係機関が情報を共有することで、子どもの命を支えている事例は多々あると思います。

・個別の教育支援計画はこのような場面で、子どもの基本的でかつ重要な要素を伝える連携ツールです。

・これを活用することで、子どもを取り巻く環境を整え、家族を支えることにもつながります。

ありがとうございました。

おしまい