

令和4年10月27日（木）	資料3
令和4年度 第2回 相談支援部会	

（仮称）安心支援プランの運用について

目 次

○（仮称）安心支援プランについて	P 3
○（仮称）安心支援プランの登録要件について	P 3
○「緊急時の支援が見込めない障がい者」の把握について	P 4
○緊急時の対応機関について	P 5
○（仮称）安心支援プラン登録者への緊急時に向けた事前準備について	P 5
○地域生活支援拠点登録事業者への報酬について	P 7
○（仮称）安心支援プランの登録から支援までのフロー	P 8
○様式関係	
様式 1 板橋区地域生活支援拠点支援対象者登録票	P 9
様式 2 個人情報利用同意書	P 10
様式 3 安心支援プラン	P 11
アセスメントシート	P 13

(仮称) 安心支援プランについて

(仮称) 安心支援プランとは

安心支援プランは、障がいのある方が、介護者不在などの理由により一人で生活することが難しい状況を想定し、あらかじめ緊急時において地域の支援機関を中心に、円滑な対応が行えるようにすることを目的とする。

(仮称) 安心支援プランの登録要件について

1 地域生活支援拠点において緊急支援が必要となる場面（いわゆる緊急時）

・ **何らかの理由**で通常の介護・支援を受けられない状態となり、**生活が保てなくなる**。

「**何らかの理由**」とは

- ① 主たる介護者（家族）が負傷、疾病、失踪又は死亡などの状態となった場合に、他の介護者（家族）を確保することができない障がい者
- ② 介護者（家族）がいても、障がいのある方の行動上の特性などにより、一時的に在宅での生活を継続することが困難な状態になることが見込まれる障がい者

「**生活が保てなくなる**」とは

- ① 支援が無ければ命に関わる
- ② 生活に著しい支障をきたす

2 緊急時に支援が必要となる対象者の条件

対象者：上記を踏まえて次の本人状況と家族等の状況が複合して、主介護者が介護出来ない状況になる者を、緊急時に支援が見込めない者とする。

(1) 本人状況（計画相談を利用していることが前提）

①本人一人での生活が難しい

a.医療面

医療的ケアが必要

服薬管理が必要（障がい以外の病気で服薬が必要、病識や障がいの認識がないために自分での服薬が出来ない）

b.生活面

食事・排泄の介助が必要

c.行動面

見守りが無いと自傷・他害の危険性がある

行方不明の危険性がある。

犯罪等の反社会的行動を起こす可能性がある。

(2) 介護者の状況

- ①主介護者が単身である（親類などもいない）
- ②主介護者が単身（親類はいるが距離や関係性等の理由で支援が見込めない）
- ③副介護者（同居家族）がいるが高齢・病気等で利用者の介護が難しい

世帯状況の把握により、上記を参考に「障がい者一人での生活が難しく、介護者がいない」状況の方は

障がい者のサービス等利用計画に（仮称）安心支援プランの表記を加え、緊急時を想定した計画を策定する。

「緊急時の支援が見込めない障がい者」を把握について

「緊急時の支援が見込めない障がい者」の把握から（仮称）安心支援プランの登録まで

関係機関 ①：基幹相談支援センター／②：福祉事務所／③：相談支援事業所

	支援区分あり	支援区分なし
計画相談支援 利用あり	<p>【手順1】③において、①と協議・連携し、（仮称）安心支援プランの該当となる障がい者を抽出</p> <p>【手順2】③において、障がい者に制度の理解を求めたうえで、障がい者のサービス等利用計画（仮称）安心支援プランの表記を加え、別途プランを作成するとともに、地域生活支援拠点支援対象者として登録を行う。</p> <p>【手順3】①、②、③において、（仮称）安心支援プランの情報を共有</p>	
計画相談支援 セルフプラン	<p>【手順1】①、②、③において、本人やその家族などから何かしらの相談を受けた場合に（仮称）安心支援プランの定義に該当するのであれば、本人の希望に応じて、計画相談支援につなげる。</p> <p>【手順2-①】上記、手順2と同じ</p> <p>【手順2-②】計画相談支援の利用に至らなかった場合は、緊急時に備えて、①と対応について協議のうえ、プランの策定を支援する。</p>	
計画相談支援 利用なし	<p>【手順1】①、②、③において、障がいのある方やその家族、地域住民などから相談・情報提供を受けた場合に、必要があれば、計画相談支援をはじめ福祉サービスにつなげる。</p> <p>【手順2-①】また、（仮称）安心支援プランの定義に該当するのであれば、上記の手順2と同様の手続きを行う。</p> <p>【手順2-②】計画相談支援の利用に至らなかった場合は、緊急時に情報提供できるよう、相談・情報提供を受けた①又は②が情報を整理。</p>	

緊急時の対応機関について

介護者の急病や障がいのある方の状態変化等が生じた際の対応機関

区分	利用機関	対応機関
計画相談支援を利用あり (支援区分あり) ※(仮称) 安心支援プラン利用あり	特定相談支援事業所の利用者	特定相談支援事業所 (基幹相談支援センターと連携)
計画相談支援を利用あり (支援区分あり) ※(仮称) 安心支援プラン利用なし	特定相談支援事業所の利用者	特定相談支援事業所 (基幹相談支援センターと連携)
セルフプラン	利用機関なし	福祉事務所
計画相談支援の利用なし (支援区分の有無に関わらず)	利用機関なし	福祉事務所

(仮称) 安心支援プラン登録者への緊急時に向けた事前準備について

事前準備について

緊急時に備えるため、短期入所の体験利用を相談支援事業所が提案し、ニーズに応じて利用を調整することで、緊急時の一時受け入れを行いやすい環境を作る。

※対象（計画相談支援利用あり、支援区分あり）

	(仮称) 安心支援プラン 登録あり	(仮称) 安心支援プラン 登録なし ※現時点の従来業務
事前準備	<ul style="list-style-type: none"> ○常時の連絡体制の確保 ○短期入所等の体験入所 ○本人宅→施設までの送迎手段の確保 	<ul style="list-style-type: none"> ○緊急対応のアドバイス
緊急派遣 (居宅訪問サービス)	<ul style="list-style-type: none"> ○必要に応じて、基幹相談支援センターと連携し、ヘルパーの派遣調整 	<ul style="list-style-type: none"> ○必要に応じて、ヘルパーの派遣調整
一時保護 (短期入所)	<ul style="list-style-type: none"> ○必要に応じて、基幹相談支援センターと連携し、受入施設の調整 ○送迎の調整 	<ul style="list-style-type: none"> ○必要に応じて、受入施設の調整

①常時の連絡体制の確保

当該事業所が事前に把握した緊急時の支援が見込めない世帯の障がい当事者や家族と直接連絡できる体制を確保し、緊急時の支援を速やかに行える体制を確保する。単一の事業所での対応が困難な場合等については、基幹相談支援センター等との連携や役割分担について事前に確認を行うことを前提に、常時の連絡体制の確保に努めるものとする。

②短期入所等の体験入所（サービス等利用計画で短期入所の利用が計画されていない利用者が対象）

緊急時の受入を行いやすくするため、緊急時を想定し、短期入所の利用がない方であれば、短期入所を利用し、短期入所を既に利用している方であれば、緊急時の受入をしやすいことができるよう短期入所事業所と調整を行う。

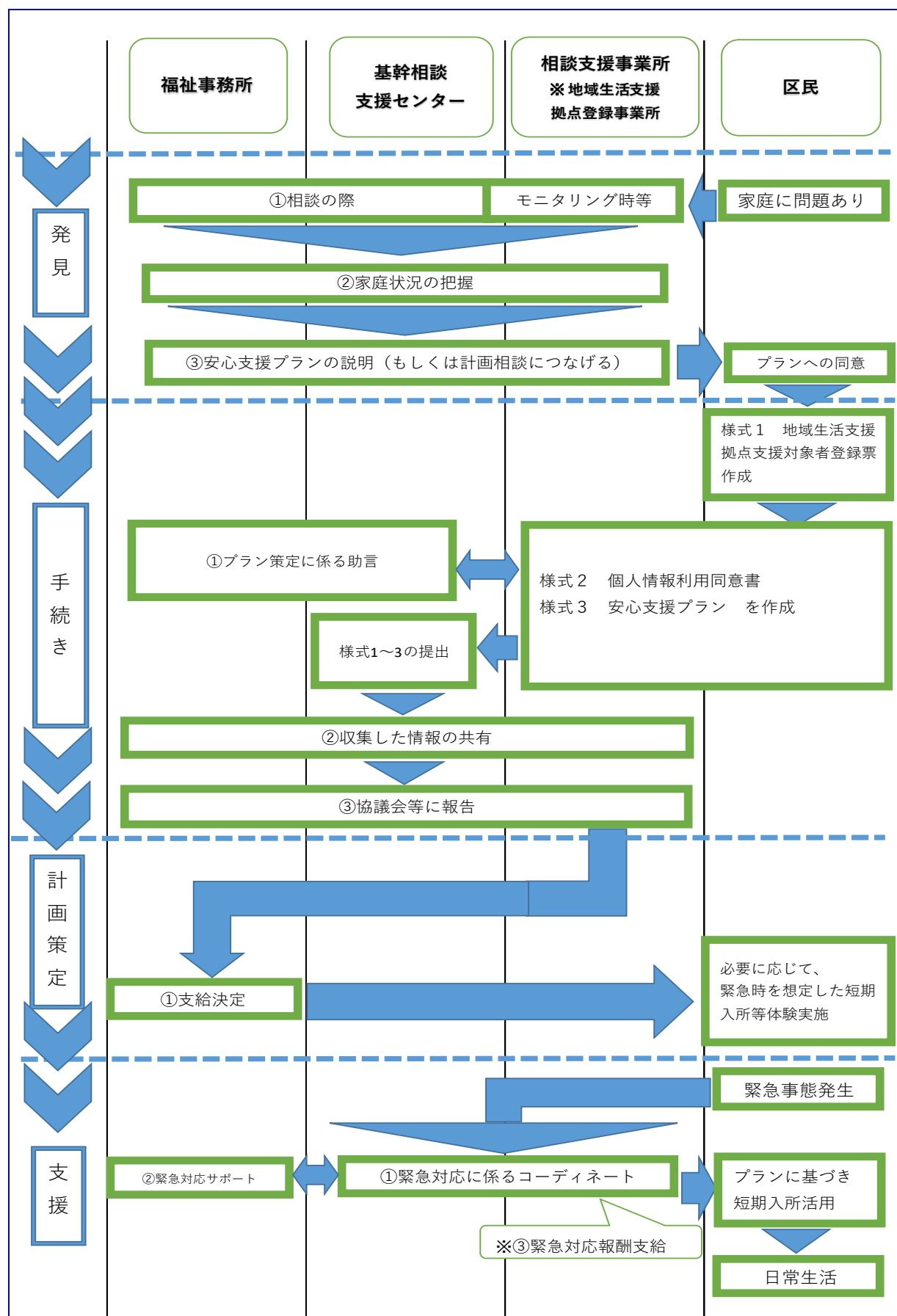
③送迎手段の確保

緊急時の移動支援の利用（車での送迎が可能）を想定

地域生活支援拠点登録事業者への報酬について

	事業所及びその役割	事業所加算及び留意点等
相談	<ul style="list-style-type: none"> ●担当事業所 指定特定相談支援事業所 ●福祉サービス 計画相談支援・障がい児相談支援 ●内容 障がい当事者及び家族等の緊急事態で短期入所を利用する場合において、指定短期入所事業所への必要な情報の提供や利用の調整の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域生活支援拠点等相談強化加算 700単位/回(1人に月4回迄) <p>【加算要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運営規程に地域生活支援拠点等を定め、区へ届出 ・当該事業所で相談支援を受けている人の緊急短期の利用調整に対して加算可 <p>【留意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急対応の経過を記録（5年保存）し、必要に応じて区に記録を提出 <p>【区との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急時の支援が見込めない世帯の「(仮称) 安心支援プラン」への登録及び基幹相談支援センターへの情報共有
地域の体制づくり	<ul style="list-style-type: none"> ●担当事業所 指定特定相談支援事業所 ●福祉サービス 計画相談支援・障がい児相談支援 ●内容 地域生活支援拠点等の地域の体制づくりの機能として地域の実情に即したサービス提供体制の確保や、地域の社会資源の連携体制の構築を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域体制強化共同支援加算 2,000単位/回(1人月1回を限度) <p>【加算要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運営規程に地域生活支援拠点等を定め、区へ届出 ・支援が困難な計画相談支援対象障がい者等に対して、指定特定相談支援事業所等が、福祉サービス等提供者(基幹相談支援センター・保健・医療・福祉・就労・教育等サービス提供者等)、3者以上と共同し、情報共有及び支援内容を検討し、在宅での療養または地域において生活する上で必要となる説明・指導等の必要な支援を共同して実施するとともに、地域課題を整理し協議会等に報告 <p>【留意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指定特定相談支援事業所及び指定障がい児相談支援事業所以外の支援関係者が支援を行うに要した経費は加算を受けた相談支援事業所が負担 <p>【区との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急時の支援が見込めない世帯の「(仮称) 安心支援プラン」への登録及び基幹相談支援センターへの情報共有

○（仮称）安心支援プランの登録から支援までのフロー



(様式 1)

板橋区地域生活支援拠点支援対象者（安心支援プラン利用者）登録票

安心支援プランは、障がいのある方が、介護者不在などの理由により一人で生活することが難しい状況を想定し、あらかじめ緊急時において地域の支援機関を中心に、円滑な対応が行えるようにすることを目的としたプランです。（詳細は、様式 3 を参照）

- ☐ （様式 3）安心支援プランの策定について同意し、地域生活支援拠点支援対象者として下記のとおり登録いたします。

作成日	年 月 日
相談支援事業所等	
作成者	

氏 名		保護者氏名	
生 年 月 日	年 月 日	（ 歳）	
住 所			
本人の状況 （一人での生活ができない）	定義の区分 ※該当記号（a～c）を選択 a.医療面 医療的ケアが必要 服薬管理が必要 b.生活面 食事・排泄の介助が必要 c.行動面 見守りが無いと自傷・他害の危険性がある。 行方不明の危険性がある。 犯罪等の反社会的行動を起こす可能性がある。		
	【該当記号記入欄】		
家族等の状況	定義の区分 ※該当番号（①～③）を選択 ①主介護者が単身である（親類などもない） ②主介護者が単身である（親類はいるが距離や関係性等の理由で支援が見込めない） ③副介護者（同居家族）がいるが高齢・病気等で利用者の介護が難しい		
	【該当番号記入欄】		
現在の支援機関	・通所先： ・相談支援事業所： ・ヘルパー事業所： ・その他：		

個人情報提供同意書

私は、地域生活支援拠点の主旨を理解し、(様式3) 安心支援プラン、サービス等利用計画、受給者証に定める内容について、以下に定める事象が発生した場合に、板橋区の基幹相談支援センターや支援機関(福祉事務所、障がい者福祉施設等)に提供することに同意します。

【関係機関への情報提供を認める場合】

- ①介護者の不在など、緊急時における迅速な支援の必要が生じた場合
- ②将来を見据えた一人暮らし等の体験の機会を設ける必要が生じた場合
- ③その他、不測の事態に対する支援の必要が生じた場合

年 月 日

あて

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____

(保護者又は代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

(様式3) 安心支援プラン(案)					
【作成情報】					基幹チェック欄
作成日	令和 年 月 日				
相談支援事業者			相談支援専門員氏名		
事業所電話番号			基幹センター コーディネーター氏名		
【本人情報】					
ふりがな 氏名		性別	男 女	住所等	
生年月日	年 月 日	年齢		【持家・借家・GH・その他()】	
世帯状況	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 同居家族有(介護者氏名:)			電話番号/ FAX番号/メール	
障がいまたは疾患名				障がい者手帳種類/等級	
障害支援区分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 区分 1 2 3 4 5				留意事項
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援 1 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 2 3 4 5				
【現在のサービス利用状況、連絡先】					
公的支援 (障がい福祉/ 介護保険)	支援名称・支援内容	支援曜日・日時等	提供機関	連絡先一覧	
その他					
【緊急時 家族・親族等 連絡先一覧表】					
連絡先1	ふりがな 氏名		関係		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	住所				備考
	電話		携帯		
連絡先2	ふりがな 氏名		関係		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	住所				備考
	電話		携帯		
【緊急時 サービス提供体制 連絡先一覧表】					
提供者①	ふりがな 担当者		事業所名		提供類型 <input type="checkbox"/> 保健 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 教育等 <input type="checkbox"/> サービス提供者 <input type="checkbox"/> その他()
	提供内容				
	住所				
	電話		日時/時間帯		
提供者②	ふりがな 担当者		事業所名		提供類型 <input type="checkbox"/> 保健 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 教育等 <input type="checkbox"/> サービス提供者 <input type="checkbox"/> その他()
	提供内容				
	住所				
	電話		日時/時間帯		
提供者③	ふりがな 担当者		事業所名		提供類型 <input type="checkbox"/> 保健 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 教育等 <input type="checkbox"/> サービス提供者 <input type="checkbox"/> その他()
	提供内容				
	住所				
	電話		日時/時間帯		

【緊急時 医療機関 連絡先一覧表】

連絡先	ふりがな 主治医		名称		備考
	住所				
	電話		日時/時間帯		

【緊急時シュミレーション】

調整日	令和 年 月 日													
<p>※イメージ図</p>		<p>【連絡体制の確保】</p> <p><input type="checkbox"/> どこへ</p> <p><input type="checkbox"/> どのような方法で</p> <p><input type="checkbox"/> 誰に</p> <p>【緊急派遣、一時保護の調整】</p> <p><input type="checkbox"/> どこへ</p> <p><input type="checkbox"/> どのような方法で（送迎手段等）</p> <p><input type="checkbox"/> 誰と</p>												
<p>疾病・障がいについて 緊急事態に予測されること</p>														
<p>事前に準備しておくもの</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> お金</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 手帳、受給者証</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 常備薬</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 補装具等（ ）</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> お金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手帳、受給者証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 常備薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 補装具等（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> お金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/> 手帳、受給者証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/> 常備薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/> 補装具等（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p>地域体制強化共同支援加算について</p>														
<p><input type="checkbox"/> 3者以上の福祉サービス提供者等と共同（会議等実施）し、情報共有及び支援内容を検討しています。</p> <p><input type="checkbox"/> 障がい当事者への説明、福祉サービス提供者等に必要な支援の説明・指導等を行っています。</p> <p><input type="checkbox"/> 地域で生活を継続するために、地域課題を右記のとおり、報告します。</p>		<p>【地域課題】</p>												

地域体制強化共同支援加算 ☐ 有 ☐ 無

アセスメントシート

年 月 日

ふりがな

氏名

状況			備考
身体面	身長・体重	身長: cm 体重: kg	
	体温・血圧※平常時	体温: °C 血圧: /	
	視力	問題なし 問題あり	
	聴力	問題なし 問題あり	
服薬	服薬情報	※お薬手帳や薬の情報のわかる物の コピーを添付してください	
	管理方法	自己管理 ・一部自己管理(方法) 他者管理	
	服薬時間	朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就 ・ その他()	
	内服薬以外	無 ・ 有()	
	頓服薬種類・頻度	無 ・ 有(不眠 ・ 不穏 ・ 下剤 ・ 鎮痛) 使用頻度	
通院状況	通院の仕方	自立 ・ 同行受診 ・ その他	
食事	食事形態	常食 糖尿食(Kcal/日) 腎臓食 その他()	
	食品アレルギー	無 ・ 有()	
	主食形態	ご飯 ・ お粥 ・ ミキサー	
	主菜形態	常食 ・ キザミ ・ ミキサー	
	食事動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	食事好き嫌い		
移動	自立度	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	補助具の利用	杖 ・ 車いす ・ その他 ・ 無	
睡眠	不眠時薬使用	無 ・ 有	
排泄	排泄動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	オムツ使用	無 ・ 有(常時 ・ 夜のみ ・ その他)	
入浴	着脱	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	洗髪・洗身	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	入浴習慣	無 ・ 有(日/週)	
コミュニケーション	方法	会話 ・ 手話 ・ 筆談 ・ その他	
	意思表示	良好 ・ 普通 ・ 困難	
生活技術	洗濯	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	身だしなみ	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	喫煙	無 ・ 有	
	飲酒	無 ・ 有	
	交通機関利用	可能(バス ・ 電車 ・ タクシー) ・ 不可	
	買い物	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	貴重品の管理	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	金銭管理	自己管理 ・ 一部自己管理 ・ 他者が管理 (方法)	