

記入例 安心支援プラン（案1）

【作成情報】		基幹チェック欄	<input checked="" type="checkbox"/>
作成日	令和 4 年 ○ 月 ○ 日		
相談支援事業者	A相談事業所	相談支援専門員氏名	C氏
事業所電話番号	〇〇〇〇－〇〇〇〇	基幹センター コーディネーター氏名	〇〇〇〇

【本人情報】				
ふりがな 氏名	K氏	性別	男	住所等
生年月日	平成5年 ○月 ○日	年齢	29歳	高島平△-△-△
世帯状況	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 同居家族有（介護者氏名： K氏（父） ）			【持家】
電話番号/ FAX番号/メール	03-63〇〇-86〇〇/090-〇〇59-6〇 〇1			
障がいまたは疾患名	知的障がい(自閉症)		障がい者手帳種類/等級	愛の手帳2度
障害支援区分	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 区分 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
	居宅介護（移動支援）	月～金 9:10～10:10	G事業所	35〇〇-〇〇〇〇
	居宅介護（移動支援）	火 16:00～18:30	K事業所	69〇〇-〇〇〇〇
	居宅介護（移動支援）	木金 16:30～18:30	P事業所	69〇〇-〇〇〇〇
	生活介護	月～金 10:00～16:00	I福祉園	53〇〇-〇〇〇〇
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	なし	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	なし	関係		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	住所				備考
	電話		携帯		

【緊急時 福祉サービス等提供体制 連絡先一覧表】 例：短期入所、ヘルパー事業所、送迎提供者 等 など					
提供者①	ふりがな 担当者	I氏	事業所名	B短期入所事業所	提供類型 <input type="checkbox"/> 保健 <input type="checkbox"/> 医療 <input checked="" 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	宿泊先			
	住所	板橋区〇〇〇 〇－〇－〇			
	電話		日時/時間帯		
提供者②	ふりがな 担当者	T氏	事業所名	I福祉園	提供類型 <input type="checkbox"/> 保健 <input type="checkbox"/> 医療 <input checked="" 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	どうしてもSS等が探せなかった場合の宿泊先			
	住所	板橋区〇〇〇			
	電話	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	日時/時間帯		
提供者③	ふりがな 担当者	R氏	事業所名	L介護タクシー事業所	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 checked="" type="checkbox"/> サービス提供者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	提供内容	移送。担当のR氏が対応の場合にはご本人単身でも移送可。			
	住所	板橋区〇〇〇 〇－〇－〇			
	電話	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	日時/時間帯		

連絡先	ふりがな 主治医	〇〇〇	名称	〇〇〇総合医療療育センター		備考 水曜日午後は 休診
	住所	板橋区〇〇〇1-1-〇				
	電話	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	日時/時間帯	9:00～12:00 13:00～17:00		

調整日		令和 ○年 ○月 ○日	
<div>※イメージ図</div> <div><div>父親が面倒が見られない状況</div><div>緊急発生</div><div>発生場所 自宅 居宅事業所</div><div>福祉園(受給者証写しと 予備の服薬をまとめる・A 相談事業所に連絡)</div><div>発生場所自宅で本人の所在が確認できない場合</div><div>福祉事務所 A相談事業所 拠点に連絡</div><div>優先① 短期入所 緊急保護</div><div>優先② I 福祉園</div><div>介護タクシー 一般タクシー 訪問介護事業所(同行可否) I 福祉園(①の場合同行可否)</div></div>		<div>【連絡体制の確保】※優先順位順</div> <div><input type="checkbox"/>どこへ</div> <div>①A相談事業所</div> <div>②I福祉園</div> <div>③福祉事務所</div> <div><input type="checkbox"/>どのような方法で</div> <div>電話</div> <div><input type="checkbox"/>誰に</div> <div>①相談事業所担当者C氏</div> <div>②I福祉園担当職員/係長/施設長</div> <div>③福祉事務所支援係担当ワーカー</div> <div>【緊急派遣、一時保護の調整】</div> <div><input type="checkbox"/>どこへ</div> <div>赤塚ホーム</div> <div>B短期入所事業所 E短期入所事業所</div> <div>I福祉園</div> <div><input type="checkbox"/>どのような方法で（送迎手段等）</div> <div>介護タクシー</div> <div>一般タクシー</div> <div><input type="checkbox"/>誰と</div> <div>・いつも利用している介護タクシーであればドライバーが対応出来るので単独で移動可。</div> <div>・その他いつも利用している介護タクシー事業所でない場合や一般の介護タクシー利用時には介護者が必要。（優先： I 居宅介護を担当している事業所のヘルパー、 II 福祉園職員）</div>	
疾病・障がいについて 緊急事態に予測されること			
<div>※1嘔吐・反芻</div> <p>日頃より、登録はしているものの短期入所施設での定期利用をしていないため、施設側の受け入れ拒否が予想される。親類の連絡先がないため、当面は、福祉サービスで対応することが唯一の手段となる。</p> <div>※2行方不明</div> <p>自宅で介護者が介護出来ない状況が発生した場合、ご自身で自宅の鍵を開けて外出してしまう可能性が高い。日常的にも朝のゴミ出し時等に介護者と一緒にいても行方不明になってしまう事も多い。</p>			
事前に準備しておくもの			
<div><input type="checkbox"/> お金</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 手帳、受給者証</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 常備薬</div> <div><input type="checkbox"/> 補装具等（ ）</div>			
地域体制強化共同支援加算について			
<div><input checked="" 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。</div> <div><input checked="" 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。</div> <div><input checked="" 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。</div>		<div>【地域課題】</div> <p>パニック時の対応等、強度行動障がいの対応が出来る職員が少なく、受け入れを断られることや、SSの受け入れが出来たとしても、パニック時に適切な対応・支援が出来る職員が少ない状況。</p> <p>（強度行動障がいの対応出来るSSが少ない（資源不足）、人材不足）</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

K氏

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	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	同行受診	
食事	食事形態	常食 その他 ()	
	食品アレルギー	無	
	主食形態	ご飯	
	主菜形態	常食	
	食事動作	自立	
	食事好き嫌い	加工食品	
移動	自立度	見守り	
	補助具の利用	無	
睡眠	不眠時薬使用	無	
排泄	排泄動作	一部介助	臀部拭き取り
	オムツ使用	無	
入浴	着脱	自立	
	洗髪・洗身	見守り ・ 一部介助	洗えているかの確認
	入浴習慣	有 (7日/週)	
コミュニケーション	方法	会話	
	意思表示	困難	行動から読み取る
生活技術	洗濯	全介助	
	身だしなみ	一部介助	
	喫煙	無	
	飲酒	無	
	交通機関利用	不可	
	買い物	見守り ・ 一部介助	見守り必須
	貴重品の管理	全介助	
	金銭管理	他者が管理	