

記入例 安心支援プラン（案2）

【作成情報】				基幹チェック欄	<input checked="" type="checkbox"/>
作成日	令和 4 年 6 月 29 日				
相談支援事業者	D相談事業所		相談支援専門員氏名	F氏	
事業所電話番号			基幹センター コーディネーター氏名		

ふりがな 氏名	H氏	性別	女性	住所等	赤塚△-△-△	
生年月日	昭和60年 〇月 〇日	年齢	37歳	【持家】		
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： H氏（母））			電話番号/ FAX番号/メール	03-xxxx-xxxx （母携帯）080-xxxx-xxxx	
障がいまたは疾患名	知的障がい、精神障がい(鬱病)			障がい者手帳種類/等級	愛の手帳4度、精神手帳2級	
障害支援区分	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 区分 3				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 就労継続支援B型	火・木 月～金 10:00～16:00	J事業所 M事業所	△△△△-△△△△ ××××-△△△△
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	S氏	関係	伯母	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居
	住所	石川県〇〇市××1--2-3			備考
	電話	〇〇〇〇-××××/FAX：〇〇〇〇-×××△	携帯	アドレス：〇〇〇〇@××.co.jp	
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 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	N氏	事業所名	〇〇短期入所事業所	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	短期入所			
	住所	板橋区〇〇〇			
	電話		日時/時間帯		
提供者②	ふりがな 担当者	S氏	事業所名	〇〇福祉事務所	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 type="checkbox"/> サービス提供者 <input checked="" type="checkbox"/> その他（行政）
	提供内容	相談業務			
	住所	板橋区〇〇〇			
	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	M氏	名称	〇〇〇〇〇病院		備考 主治医 火・木 不在
	住所	板橋区〇〇〇 〇-〇-〇				
	電話	〇〇〇-〇〇〇〇	日時/時間帯	9:00～12:00 14:00～18:00		

【緊急時シュミレーション】

調整日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
<p>※イメージ図</p> <p>緊急発生</p> <p>母親が面倒見られない状況</p> <p>発生場所 自宅</p> <p>訪問介護事業所が訪問時に発見。又は訪問するが応答がなく異変に気付く。</p> <p>通所先を無断欠席。通所先が母の携帯に連絡し、折り返し待ち。折り返しが来ないので自宅に架電し、本人が応答。事態の発覚。</p> <p>D相談事業所へ連絡</p> <p>拠点に連絡</p> <p>相談員 ①短期入所に連絡 ②緊急対応可能なSSに連絡⇒移送を検討。 ③SS先が見つからない場合、自宅に支援をどの位入れれば生活出来るかを考え、事業所へ依頼。</p> <p>拠点コーディネーター ・緊急利用出来るSS情報を提供、相談員と役割分担し、SS先をあた</p> <p>【連絡体制の確保】※優先順位順</p> <p><input type="checkbox"/>どこへ</p> <p>①D相談事業所</p> <p>②親類（伯母）</p> <p>③福祉事務所</p> <p><input type="checkbox"/>どのような方法で</p> <p>電話</p> <p>②伯母は耳が聞こえにくいのでメール又はFAXで</p> <p><input type="checkbox"/>誰に</p> <p>①相談事業所担当者F氏</p> <p>②親類（伯母）</p> <p>③福祉事務所支援係担当ワーカー</p> <p>【緊急派遣、一時保護の調整】</p> <p><input type="checkbox"/>どこへ</p> <p>O短期入所事業所</p> <p><input type="checkbox"/>どのような方法で（送迎手段等）</p> <p>一般タクシー</p> <p><input type="checkbox"/>誰と</p> <p>・乗せ込みと受け入れ時に職員がいれば同行は必要無。単身で乗車可。（お金のやり取りなどは一部職員の支援が必要）</p>	

疾病・障がいについて 緊急事態に予測されること

※1服薬・食事管理（糖尿病等）

普段服薬管理を介護者がおこなっているため、用意をすれば服薬も食事も自分で可能だが、少し支援がないと自分で積極的に探して服薬や食事をするのは難しい。

事前に準備しておくもの

<input checked="" type="checkbox"/> お金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 手帳、受給者証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 常備薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 補装具等（                      ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

地域体制強化共同支援加算について

<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。 <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。 <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。	【地域課題】
---	--------

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	
	服薬遵守	良好 ・ 普通 ・ 困難	
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	