

※担当の計画相談員や利用している事業所の方と必ず相談してご記入ください。現在利用している事業所が無い場合は基幹・委託相談にご相談ください。  
計画相談員の方や事業所の方は、利用者から相談がありましたら、なるべく他の事業所の方と共有していただくようご協力お願いいたします。

# 記入例

## 『もしも』キャンペーン アセスメントシート

アセスメント事業者 和泉市社会福祉協議会

### 利用者情報

利用者氏名: 和泉 太郎  
性別: 男性・女性      年齢: 30 歳  
世帯: 独居・同居者がいる      区分: 3  
手帳: 身体・精神 療育・その他 ( )

現在利用中のサービス (支給決定を受けているもの):  
就労継続支援 B型 20日/月  
短期入所 月3日

※矢印に沿って、ご記入ください。一番下の☆は記入必須の項目です。

日常的に身の回りのお世話をしてくれる主介護者の方はいますか?

いる

いない

生活する上で困っていることが有れば記載してください。  
・困った時に頼れる人がいない  
・市役所等から来る書類の内容が分からない。

主介護者が不在になった時に、緊急対応が必要ですか?

必要

不要

こちらは「不要」と回答した場合のみ記入

どこで、どうやって過ごしますか。  
自宅でヘルパーに来てもらって過ごす。困ったことが有れば近くに住む親族に連絡し、助けてもらう。

緊急対応がある場合、主介護者以外で手伝ってくれる人はいますか?

いない

いる

こちらは「いる」と回答した場合のみ記入

誰が、どんなことを手伝ってくれますか?  
数日であれば近くに住む兄が食料を届けてくれる。長期になるのであれば短期入所などを利用したい。  
他に手伝って欲しいことがあれば★へ

★どんな支援が必要ですか?    ①「ショートステイ」    ②「ヘルパー」    ③「ショートステイ」と「ヘルパー」    ④その他    ※ ○をつけてください

※誰が担うのか、サービスの場合は種別・量等の変更の必要性を確認  
③ヘルパー (家事援助) を1回1時間、週4回は入ってもらえるようにしたい。長期になると自宅で過ごすのは不安なのでショートステイ4日を追加したい。  
④親が高齢なので共同生活援助体験を検討したい。 / 一人で過ごせそうだが、定期的な見守りは確認必要そう。

追加で支援が必要な場合、①～④のいずれかに○をしてください。記入された通りに支給決定がされるわけではありません。想定される必要なサービス量を記入してください。

☆もしもの時をイメージ出来ましたか? はい・いいえ (理由… )

ご回答いただきありがとうございました。