

地域生活支援拠点事業 『もしも』キャンペーン アセスメントシートの取扱いについて

このアセスメントシートは、「もしも＝緊急時について考える時のツール」として皆様に活用していただくことと、「緊急時に必要と予測される支援の実態を把握し、本事業の仕組みをより良くしていくための検討材料を集めるためのアンケート」の2つの目的で、作成をお願いしています。

シートの作成・提出により、事業への登録がなされるものではありません。
もしもの時を考え、登録が必要と思われる場合は、別途手続きが必要です。(詳しくは担当の相談支援専門員、またはセルフの方は委託相談にお問い合わせください)

グループホームや施設入所以外の、福祉サービスを利用されている方全員にご案内していますが、以下のような方は、「主介護者の不在による緊急時」は想定されませんので、回答は❀で終了となります。
<独居の方>
(但し、日頃から近隣在住の親類の方が主介護者となりお世話をされている等の状況がある場合は、「いる」を選択し、以下の質問への回答をお願いします)
<有料老人ホームやサービス付高齢者住宅等に居られている方> など

※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。

『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 _____

利用者情報
 利用者氏名: _____ 現在利用中のサービス(支給決定を受けているもの): _____
 性別: 男性・女性 _____ 年齢: _____ 歳
 世帯: 独居・同居者がいる _____ 区分: _____
 手帳: 身体・精神・療育・その他(_____)
 ※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。

主介護者が不在になった時に、緊急対応が必要ですか? 不要 必要

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? いる いない

こちらが「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。
どこで
どうやって

こちらが「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?
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

☆もしもの時をイメージ出来ましたか? _____ (理由... _____) にご回答いただきありがとうございます。

お分りの範囲でご記入ください。
委託相談にご相談いただいても結構です。
場合により、事務局から内容を確認させていただくことがあります。

【事務局・問い合わせ】
和泉市障がい者基幹相談支援センター(担当:山下、金崎)
TEL: 0725-40-4004 FAX: 0725-41-3191
E-mail: shakyo-sien@apricot.ocn.ne.jp

「こんなサポートがあれば、もっと生活がしやすい」と思われることがあれば、参考にお聞かせください。