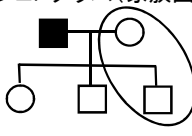


緊急時対応計画書 (基本情報票)

作成日	2021年9月1日	新規or更新	新規・更新
事業所	●●●●相談支援事業所	作成者	▼▼▼▼

フリガナ	スギムラ ナミスケ			性別		生年月日	1965年3月2日 (56 歳)	
氏名	杉村 波介			男				
住所	杉並区 阿佐谷南 1 丁目 15 番 1 号					居住形態	戸建て(家族同居)	
電話	○○○○-○○○○	FAX	△△△△-△△△△					

障害の状況							
身体障害者手帳		愛の手帳	2度	精神保健福祉手帳		障害名	ダウン症
障害支援区分	区分5	有効期間	R3.9.1~R6.8.31		要介護認定	有効期間	~

家族の状況・緊急時連絡先							
家族・ 介護者等	氏名	年齢	間柄	緊急時連絡先	同別	優先順位	ジェノグラム(家族図)、家族の状況  父:3年前に死去 母:昨年、大腸がん治療中。 弟:文京区在住。妻子あり。多忙であるが、協力関係あり。 妹:西東京市在住。夫子あり。仕事はしていないが、膠原病の持病がある。協力関係あり。
	杉村 並子	82	母	××××-××××	同居	1	
	杉村 浪蔵	54	弟	□□□□-□□□□	別居	2	
	杉並 花子	50	妹	◇◇◇◇-◇◇◇◇	別居	3	

サービス利用状況・支援関係者の連絡先					
支援関係者	サービス名	事業所名	担当者	連絡先	<サービス利用状況> 生活介護 原則の日数 R3年9月1日~R6年8月31日 短期入所 4日/月 R3年9月1日~R4年8月31日 移動支援 50時間/月 R3年9月1日~R4年8月31日
	生活介護	●●福祉園	●●	●●●●-●●●●	
	短期入所	◆◆短期入所事業所	◆◆	◆◆◆◆-◆◆◆◆	
	移動支援	■●●●●居宅介護事業所	■●	■●●●●-■●●●●	
特定相談支援	●●●●●相談支援事業所	▼▼	0000-0000		

医療・健康面の状況	
主医療機関情報	緊急時医療機関
医療機関名	▼▼病院
診療科目	精神科
連絡先	▼▼▼▼-▼▼▼▼
担当医名	▼▼▼▼ Dr
病名・診断名	ダウン症
緊急時医療機関 <左記機関・その他機関・無> 相談可能な時間帯 <日中・夜間> *その他医療機関の場合は下記に記載	
その他通院先	▲▲診療所:ぜんそく・アレルギー(1回/月通院)
服薬状況	<有>・無 ⇒有の場合、その内容(お薬手帳や処方箋の写しを添付し省略可) 処方箋添付のため、省略
内服方法	(水に溶かして飲む) 詳細:支援者が管理し、処方量をコップの水で溶かし、水ごとのむ。
てんかん	<有>・無 ⇒有の場合は以下記載 頻度:(リスト選択)に () 回 前兆・状態: 発作時の対応:
アレルギー	<有>・無 ⇒有の場合、その内容:花粉、ダニ、ハウスダスト
既往歴	*過去にかかった病気や手術をした病気など 3歳児の時に、心臓の手術を行った。
	平熱 36.8℃

生活の状況

生活歴	* 成育歴や現在の生活状況など ○特別支援学校高等部卒業。卒業後、現在の●●福祉園通所開始。●●福祉園では、主に外活動中心に過ごしている。時間等にこだわりがあり、環境調整をすることでスムーズに一日を過ごしている。土日は、移動支援で買い物や散歩に行くことが多い。楽しみがあるとこだわりも軽減する。	
日常生活動作 ADL	移動	(一部援助・介助が必要) 備考:危険認知が難しく、信号の理解もないため、必ず人がついて移動する必要がある。
	食事	(一部援助・介助が必要) 備考:自食可能であるが、こだわりがあり声かけをしないと時間がかかりすぎる傾向がある。
	食形態	(普通食) 備考:大きいものをそのまま口にいらしてしまうため、小さめに切る支援は必要。
	入浴	(全部援助・介助が必要) 備考:洗う動作はするが、実際に洗うことは難しいため介助での洗体が必要。
	排尿	(時間を決めて誘導する) 備考:時間がずれて失禁することがあり、本人の様子を見て声掛け誘導が必要。
	排便	(一部介助) 便意合図(有) ⇒具体的な支援おなかを抑えるのがサイン。トイレに誘導する。ふき取り介助が必要。
	生理	女性の方のみ、手当について(リストから選択) 備考:
	更衣・整容	(一部援助・介助が必要) 備考:TPOに合わせた服装選びは不可。着脱は自分でできるが、ボタン・ファスナーは難しい。
	睡眠	寝返りは(自分でできる) 備考:特になし 睡眠時の体勢は(仰向け) 備考:特になし 明かりや声掛けなど、配慮が必要なこと:特になし
	コミュニケーション 言語理解	(身振り行動で表現する) 備考:身振り手振りや表情等で本人の意思を判断。言葉かけは本人の目を見て伝えた方が伝わる傾向あり。 言語の理解が(一部理解) 備考:言葉での指示理解は難しいことが多い。「着替えて」のような簡単な指示が通る時と通らない時がある。
一日の主なスケジュール (緊急時に対応するために必要な情報を記入)		
本人の習慣や落ち着くこと・もの	好きな電車のDVDをみること。お気に入りの写真の入ったアルバムを見ること。	
行動特性	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無 > (自傷・他害・異食・不潔行為・破衣・パニック・飛び出し・こだわり・その他) 内容:時間や場所にこだわりあり。 きっかけとなること・もの:一定のパターンで行動することを好むため、パターンが崩れた時。 止める時は:できるだけ本人の行動や時間を崩さないように、変更等は事前にわかるように伝える。こだわりが長い時は声掛けをする。	
本人の好きなもの・嫌いなもの	好きなもの:電車、好きな家族や支援者の写真、アニメの音楽 きらいなもの:へび、虫	

経済状況

障害者年金	基礎1級	生活保護	無	金銭管理支援	必要	⇒具体的に	計算、買い物等できないため、支援者が管理し、支払う。
福祉手当等	心身障害者福祉手当、重度心身障害者手当、タクシー券						
緊急時の金銭管理	母に万一のことがあった場合、弟か妹に当面の金銭管理を依頼する。						

緊急時対応計画が必要な理由

高齢で癌治療中の母との二世帯。主たる介護者である母が入院等で本人を介護できない状況となると、本人は一人で自宅で過ごすことができないため。先日、母が手術のため緊急入院した時は、区外に住む兄弟に助けを求め、短期入所を利用しながら緊急時を乗り切った。緊急時に慌てずに対応することができ、本人にできるだけ負担なく、安心して過ごすことができるように緊急時対応計画を作成する必要がある。

緊急時に優先して配慮すべきこと

○添付の服薬があるため、服薬管理を徹底する。
 ○環境の変化に弱いため、本人のペースに合わせながら、慣れていけるように支援する。
 ○極力今の生活を替えないようにするため、日中は●●生活園へ通えるような環境設定を行う。

緊急時対応プラン

杉村 波介 様

作成日: 令和3年8月20日
 次回見直し日: 令和4年9月1日

ご自身が心配していること、希望すること			
○自分のペースを替えないことで、安心して、安定した生活を送りたい。 ○好きなものと離れたくない。			
ご家族が心配していること、希望すること			
○新しい場所に慣れるのに時間がかかるため、慣れた場所で過ごしてほしい。 ○一人でも、本人が安心して過ごせるようにしてほしい。			
緊急時対応プラン			
想定される緊急時	・母が病気で長期にわたり介護ができない状況になる。		
緊急時に想定される困りごと	・ご本人だけで自宅で生活することが難しくなる。		
ご自身でできること	・急な変化に慣れるようにがんばる。		
ご家族ができること	・母が入院等で介護が難しくなりそうな時は早めに相談する。 ・母が急に入院等することになったときは、①弟②妹へまず連絡し、下記の連絡先へ連絡し、緊急時対応を行う。		
利用するサポート	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急時対応ショート（事業者: すだちの里） <input type="checkbox"/> 緊急時支援者派遣事業（自宅以外）（場所: _____ 支援者: _____） <input type="checkbox"/> 緊急時支援者派遣（自宅）（支援者: _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
緊急時の行動・連絡先・その後の見通し	<緊急時相談> ①母が不在時、弟(□□□□-□□□□)又は妹(◇◇◇◇-◇◇◇◇)から下記にTEL。 平日日中: ●●●●相談支援事業所(0000-0000) 土日日中: すまいる●●●●(0000-0000) それ以外: 杉並区基幹相談支援センター(0000-0000)	<緊急時の主な対応> ②(希望する対応)緊急時対応ショート(すだちの里)利用(4泊5日) 左記の相談員がすだちの里へ連絡し、入居の可否の確認を行う。また、本人のすだちの里へ送迎手段、手続き、持ち物準備、お金の準備等。	<緊急対応後の見通し> ③短期入所先を探す すだちの里利用中に長期で泊まれる短期入所先をできるだけ●●福祉圏に通える形で探す。難しければ、近い順に事業所を探す。同時にグループホーム、入所施設等本人が安心して過ごせる場所を探す。施設探しは●●●●相談支援事業所と基幹相談支援センターで協働して行う。
緊急時に備え準備しておくこと	○緊急時対応ショート(すだちの里)を利用した時に戸惑わないように、年に2回以上、短期入所を利用し、慣れておく。 ○緊急時に焦らなくてよいように、緊急時の動き方について事前に決めておき、シミュレーションしておく。		
<区確認欄>	本人サイン _____ 家族サイン _____ (続柄: _____) 作成者 ●●●●相談支援事業所 ▼▼▼▼		
<登録有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日>			