**安否確認プラン表（新規）**

作成日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏　名** |  | **地域包括支援センター** |  |
| **実施事業者** | 　 |
| **基本事項** | 介護保険　　　： 未申請　申請予定　申請中（申請日　　／　　）介護度認定区分： 自立　要支援（１・２）要介護（１・２・３・４・５）福祉手帳　　　： なし　　あり　（身体・知的・精神　　　　　級）聞き取り相手方： 本人　　家族（　　　　　　）　他（　　　　　　） | **居宅介護支援事業所****（　　　　　　　　　　）****連絡先** |
| **身体状況** | 身体の麻痺　　　　　　：　なし　　　　あり（部位　　　　　　　　　　　　　）食物アレルギー　　　　：　なし　　　　あり（アレルゲン　　　　　　　　　　） |
| **サービス　利用状況** |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 担当施設名 | 備　　考 |
| 保健福祉 | 午　　前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午　　後 |  |  |  |  |  |  |  |
|
| 介護保険 | 訪問介護 | 午　前 |  |  |  |  |  |  |  |  | 身体介護　△生活援助　○ |
| 午　後 |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所（介護・リハ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **安否確認****週間プラン** | 昼 | 現　状 |  |  |  |  |  |  |  | **提供実施者**①「安否確認事業」２　親族による安否確認３　訪問介護（身体介護・生活援助）４　通所系施設（介護・リハ）５　民間サービスによる安否確認　（民間弁当や牛乳配達等）６　その他( 　　　　　　　　　　)※特に支援が無い場合は空欄 |
| 調整後 |  |  |  |  |  |  |  |
| 夕 | 現　状 |  |  |  |  |  |  |  |
| 調整後 |  |  |  |  |  |  |  |
| **（担当ケアマネジャー所見）****氏名** |
| **見直し時期** | ●　 週間後 ●　　ヶ月後(　　年　月末頃) ●介保認定後(　　年　　月頃) | **※見直しチェック** |
| □ 　年　 　月 |

**安否確認プラン表（新規）記入例：要支援、要介護者の場合**

作成日　令和　○年　○月　○日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏　名** | ○○　○○ | **地域包括支援センター** | おたっしゃ本舗　○　○ |
| **実施事業者** | ○○○○○○ |
| **基本事項** | 介護保険　　　： 未申請　申請予定　申請中（申請日　　／　　）介護度認定区分： 自立　要支援（１・２）要介護（１・２・３・４・５）福祉手帳　　　： なし　　あり　（身体・知的・精神　　　　　級）聞き取り相手方： 本人　　家族（長女　○○）　他（　　　　　　） | 居宅介護支援事業所（△　△　△　△）連絡先（　××－×××× ） |
| **身体状況** | 身体の麻痺　　　　　　：　なし　　　　あり（部位　　両下肢　）食物アレルギー　　　　：　なし　　　　あり（アレルゲン　乳製品 ） |
| **サービス　利用状況** |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 担当施設名 | 備　　考 |
| 保健福祉 | 午　　前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午　　後 |  |  |  |  |  |  |  |
|
| 介護保険 | 訪問介護 | 午　前 |  | ○ |  | △ |  |  |  |  | 身体介護　△生活援助　○ |
| 午　後 |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所（介護・リハ） | ○ |  |  |  | ○ |  |  |  |  |
| その他： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **安否確認****週間プラン** | 昼 | 現状 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | **提供実施者**①「安否確認事業」２　親族による安否確認３　訪問介護（身体介護・生活援助）４　通所系施設（介護・リハ）５　民間サービスによる安否確認　（民間弁当や牛乳配達等）６　その他(　　　　　　　　　　)※特に支援が無い場合は空欄 |
| 調整後 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 |
| 夕 | 現　状 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 調整後 | 5 | 2 | ① | 2 | 2 | ① | ① |
| **（担当ケアマネジャー所見）**　令和○年○月○日、パーキンソン病による両下肢麻痺により、自宅内で転倒し肋骨を骨折した。自宅内の移動は手すりを使用することにより可能ではあるが、歩行は不安定であり、転倒による骨折がここ数年頻繁になっており、親族も心配している。　独居で、家族は仕事のため頻繁に見守りを行えないため、介護保険サービスを利用しない水曜日、土曜日、日曜日の週３回安否確認事業による見守りが必要と思われる。**氏名** |
| **見直し時期** | ●　 週間後 ●　　ヶ月後(　　年　月末頃) ●介保認定後(　　年　　月頃) | **※見直しチェック** |
| □ 　年　 　月 |

**安否確認プラン表（新規）記入例：自立者の場合**

作成日　令和　○年　○月　○日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏　名** | ○○　○○ | **地域包括支援センター** | おたっしゃ本舗　○　○ |
| **実施事業者** | ○○○○○○ |
| **基本事項** | 介護保険　　　： 未申請　申請予定　申請中（申請日　　／　　）介護度認定区分： 自立　要支援（１・２）要介護（１・２・３・４・５）福祉手帳　　　： なし　　あり　（身体・知的・精神　　　　級　）聞き取り相手方： 本人　　家族（　　　　　）　他（　　　　　　） | 居宅介護支援事業所（　　　　　　　　　）連絡先（　　　　　　　　） |
| **身体状況** | 身体の麻痺　　　　　　：　なし　　　　あり（部位　　　）食物アレルギー　　　　：　なし　　　　あり（アレルゲン　乳製品 ） |
| **サービス　利用状況** |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 担当施設名 | 備　　考 |
| 保健福祉 | 午　　前 |  |  |  |  |  |  |  | シルバー人材センター | 軽度生活援助13：00-14：00 |
| 午　　後 | ○ |  |  |  | ○ |  |  |
|
| 介護保険 | 訪問介護 | 午　前 |  |  |  |  |  |  |  |  | 身体介護　△生活援助　○ |
| 午　後 |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所（介護・リハ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **安否確認****週間プラン** | 昼 | 現状 | 6 |  | 5 |  | 6 | 2 | 2 | **提供実施者**①「安否確認事業」２　親族による安否確認３　訪問介護（身体介護・生活援助）４　通所系施設（介護・リハ）５　民間サービスによる安否確認　（民間弁当や牛乳配達等）６　その他( 軽度生活援助　)※特に支援が無い場合は空欄 |
| 調整後 | 6 |  | 5 |  | 6 | 2 | 2 |
| 夕 | 現　状 | 2 | 2 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 調整後 | 2 | ① | 5 | ① | 2 | 2 | 2 |
| **（担当ケアマネジャー所見）**　現在独居で生活されているが、腰痛があり機敏に動くことが難しく現在軽度生活援助で掃除の支援を受け生活を維持されている。令和○年○月○日、突然の腰痛悪化により一時的にベッドから起き上がることができず偶然自宅を訪問した知人により発見され介助されて以来、独居生活へ不安を抱いている。　家族はできるだけ自宅に訪問しているが、佐賀市外在住のため、支援による負担が大きい。家族支援の負担軽減と本人の独居生活維持のため週２回の安否確認事業の利用が必要と思われる。**氏名** |
| **見直し時期** | ●　 週間後 ●　　ヶ月後(　　年　月末頃) ●介保認定後(　　年　　月頃) | **※見直しチェック** |
| □ 　年　 　月 |