**逗子市地域生活支援拠点等事業　ハイリスク者フェイスシート【記載例】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | | 令和３年４月１日 | | | | | | 事業所名 | | | | 逗子相談支援事業所 | | | | | | | | 記入者名 | | | 相談　太郎 | | | |
| ふりがな | | ずし　いちろう | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 昭和50年３月31日 | | | | | | | 年齢 | | 46才 | | |
| 氏名 | | 逗子　一郎 | | | | | | | | | 性別 | | | 男 | 所属  （職場・学校名等） | | | なし | | | | | | | | |
|  | | 〒249-8686  逗子市逗子５－２－16 | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | 046-873-1111 | | | | | | | |
| 住　　所 | | ＦＡＸ番号 | | | | 046-873-4520 | | | | | | | |
|  | | Ｅメールアドレス | | | | syohuku@city.zushi.lg.jp | | | | | | | |
| 家族構成 | 氏　　名 | | 続柄 | | | 生年月日 | | | 年齢 | | | | 職業 | | 同居・  別居 | | 保護者名  主な支援者 | | | | 逗子花子 | | | | 続柄 | 母 |
| 逗子花子 | | 母 | | | S20.1.31 | | | 76 | | | | 無職 | | 同居 | | 住所 | | | | 同上 | | | | | |
| 逗子次郎 | | 弟 | | | S55.2.28 | | | 41 | | | | 会社員 | | 別居 | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | 電話 | | | | 同上 | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | ※本人が家族あるいは保護者と別居の場合は連絡先を記入してください。  ※家族のいない人の場合は主な支援者の連絡先を記入してください。 | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | |
| 障　害　の　状　況 | 障害者  手帳  取得状況  ■あり  □なし  □申請中 | | 種類 | 等級 | | | | 交付年月日と手帳番号 | | | | | | | 経済的状況 | 年　金 | | | | | ■障害基礎年金　□障害厚生年金  □障害共済年金　□その他　□なし  年金額　　　　　　　８万円/月 | | | | | |
| 身体 | 種　　　　級 | | | | 交付 | |  | | | | |
| 番号 | |  | | | | |
| 記載内容 |  | | | | | | | | | | | 手　当 | | | | | □特別障害者手当　□障害児福祉手当  □特別児童扶養手当　□児童扶養手当  □特別障害給付金　■その他（市手当） | | | | | |
| 知的 | ■Ａ１　□Ａ２  □Ｂ１　□Ｂ２ | | | | 交付 | | S58.6.30 | | | | |
| 番号 | | 123456 | | | | | 市民税課税 | | | | | □課税　■非課税　□生活保護 | | | | | |
| 精神 | ＿＿＿＿＿　級  番号（　　　　） | | | | 交付 | |  | | | | | 特記事項 | | | | | 母及び本人の年金収入のみで生活 | | | | | |
| 有効期限 | |  | | | | |
| 障害支援  区分 | | ４ | 認定期間 | | | R3.4.1～R6.3.31 | | | | | | | | 権利擁護他 | 成年後見 | | | | | □後見　□保佐　□補助 | | | | | |
| 権利擁護 | | | | | □利用中 | | | | | |
| 障がい名 | | 知的障がい | | | | | | | | | | | | 未成年後見 | | | | | □後見 | | | | | |
| その他 | | | | |  | | | | | |
| サービス | 障害福祉サービス等の利用状況 | | | | 生活介護（支給期間：R3.4.1~R6.3.31　支給量：当該月―８日　契約事業所：逗子生活介護事業所）  短期入所（支給期間：R3.4.1~R4.3.31　支給量：３日/月　契約事業所：逗子短期入所事業所）  身体介護（支給期間：R3.4.1~R4.3.31　支給量：30時間/月　契約事業所：逗子居宅介護事業所）  計画相談支援（支給期間：R3.4.1.~R6.3.31　モニタリング６月毎×６回　契約事業所：逗子相談支援事業所） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保　険　・　医　療 | ■介護保険 | | | | ■認定未　□非該当　要支援（□１　□２）　要介護（□１　□２　□３　□４　□５） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■医療保険 | | | | ■国保　□社保（　　　　）□生活保護 | | | | | | | | | | ■福祉医療証 | | | | | | | | | | | |
| □自立支援医療 | | | | □更生医療　□育成医療　□精神通院医療 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □訪問看護 | | | | 事業所名 | | | | | | | | | | □デイケア | | | | | | 事業所名 | | | | | |
| ■その他 | | | | 神奈川県扶養共済制度加入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬 | | | | 連用薬　□無　■有（■朝　■昼　■夕　■就寝） | | | | | | | | | | | | 与薬の仕方  飲み物、ゼリーに混ぜて提供 | | | | | | | | | |
| 頓服薬　□無　■有 | | | | | | | | | | | |
| 服薬内容　リスパダール、エビリファイ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発作 | | | | □無　■有　　　最近の発作（　R２年１月頃　※１年以上大きな発作は起きていない。）  発作の形態（　　　　　　　　　てんかん発作　　　　　　　　　　　　　）  対応（　　　　　　　　　しばらく寝かせたまま安静　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用している医療機関 | | | | 医療機関名　逗子クリニック  所在地　　　逗子市逗子１－１－１  主治医　　　医師　太郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診断名 | | | | 自閉症  てんかん | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生  　　　　活  面 | 事前調査 | | | 入所時調査（or事前調査状況） | |
| 食事 | □自立　■一部介助　□全介助  ■常食　□粥　■刻み　□超刻み　□ミキサー食  食事量（□少　■普通　□多）  介助用食器（■不要　□必要）  □箸　■スプーン　■フォーク　□（　　　　　） | | エプロンの使用（□不要　■必要）  形態（□小分け　■一口大　□（　　　　））  好き嫌い（□無　■有（　野菜嫌い　　））  体調不良時に食べられるもの（　　お粥　　）  水分摂取の仕方（自身でコップにて飲水可） | |
| 排泄 | □自立　□一部介助　■全介助  おむつの使用（□無　■有）  遺尿の有無（■無　□有）  夜尿の有無（■無　□有）  ふき取りの支援（□不要　■必要） | | 使用便器　（□和式　■洋式　□立式  　　　　　　□おむつ　□ポータブル）  排尿間隔　（　２～３時間くらい　）  排便回数　（　１日に１回くらい　）  便秘対策　（■無　□有） | |
| 生理 | □自立　□一部介助　□全介助  生理中の変化（□無　□有） | | 周　期　　（　　　　日） | |
| 着脱 | □自立　□一部介助　■全介助 | |  | |
| 入浴 | □自立　□一部介助　■全介助 | | 体の洗い方（　　洗身用ブラシ使用　　）  シャワーの使用（　自身では不可　　　）  洗顔法（　　　　　自身では不可　　　　　） | |
| 洗面 | 洗顔　　　（□自立　□一部介助　■全介助）  歯磨き　　（□自立　□一部介助　■全介助）  うがい　　（□可　■不可）  口をすすぐ（□可　■不可） | | 介助法（　歯磨きは仕上げまで全て介助が必要。洗顔は洗面台の前まで誘導し、頭を下げて下を向いてもらい介助者が洗う必要がある。うがい・すすぎは飲み込まないように見守り・声かけが必要。　　） | |
| 睡眠 | 寝具　　（□ベッド　□ふとん　■両方可）  夜間状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 夜間状況への対応 | |
| 歩行 | ■独歩　□杖　□歩行器　□車いす  □その他の補助具  階段　（■可　□不可）  段差　（■可　□不可） | | 注意点 | |
| 集団参加  コミュニケーション | | 初対面の人に対しては緊張有。  言葉によるコミュニケーションは不可。写真や絵カードを使用して日常の意思決定支援を行っている。 | | 表現　　　　　　（□無　■有）  サイン　　　　　（□無　■有）  集団参加　　　　（■好き　□嫌い）  簡単な言語理解　（■無　□有） | |
| 行動特徴 | | 重度知的障がいを伴う自閉症。不穏時に大声を出したり立ち入り禁止エリアへ侵入する様子がある。また、予定が変更した際や集団の中で不穏になる。 | | | |
| 利用時の配慮事項 | | 特定の曜日、時間に視聴するテレビ番組が固定化されている。他の番組の視聴を提案すると激しく拒否し変更が困難。物の配置等にこだわりが見られる。偏食があるなど衣食住における様々な場面で支援が必要。 | | | |
| 緊急時  受入先 | | 候補①逗子短期入所事業所  担当者名：短期　太郎  連絡先：046-873-2222 | 候補②逗子生活介護事業所  担当者名：生活　次郎  連絡先：046-873-3333 | | 候補③逗子クリニック  担当者名：看護　花子  連絡先：046-873-4444 |
| 備　考 | | 母は高齢で糖尿病、心臓病の既往あり。本人の介護が難しくなったため、２年前に居宅介護を導入している。  弟は結婚後市外に住んでいるため、急な支援等の対応は難しい。  緊急時のため、３年前から短期入所の支給決定を受けているが、利用実績はない。 | | | |