

西濃圏域地域生活支援拠点による緊急時の受け入れ、対応の実施手順

1 緊急時の支援

西濃圏域各市町が定める西濃圏域地域生活支援拠点事業実施要綱（以下、「実施要綱」という。）第3条第1項(2)による緊急時の受け入れ、対応による支援（以下、「緊急時支援」という。）は、次に掲げる方法により、利用希望者の状況と意向を踏まえて実施する。

- ① 緊急居宅介護等
- ② 緊急短期入所

2 緊急居宅介護等

- (1) 1①の緊急居宅介護等は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年11月7日法律第123号）（以下、「法」という。）第28条第1項第1号から第4号までに掲げる居宅介護、重度訪問介護、同行援護又は行動援護の利用申し込みがあった場合に、実施要綱第4条第2項の認定を受けた拠点事業所が連携して該当のサービスを提供することにより行う。
- (2) 緊急居宅介護における緊急とは、利用の申し込みから24時間以内の対応を要する場合をいう。

3 緊急短期入所

- (1) 1②の緊急短期入所は、法第28条第1項第7号の短期入所の利用申し込みがあった場合に、拠点事業所が連携して受け入れをすることにより行う。
- (2) 緊急短期入所における緊急とは、介護を行う者が疾病にかかっていることその他次に掲げるやむを得ない理由により、利用を開始する日の前々日、前日又は当日に利用の連絡があった場合をいう。
 - ① 介護をしていた者が急病や事故により長期間入院することとなった場合
 - ② 介護をしていた者が長期出張や親族の冠婚葬祭等により一定期間介護が難しくなった場合
 - ③ 虐待の恐れがあり帰宅に時間を要する場合
 - ④ 大規模災害により避難し帰宅に時間を要する場合
 - ⑤ その他やむを得ない理由がある場合
- (3) 緊急短期入所の利用を希望する者は、西濃圏域地域生活支援拠点事業 緊急短期入所利用申込書（別紙様式1－1）を、利用を希望する拠点事業所へ提出する。
- (4) 様式1を受理した拠点事業所は、(2)⑤の理由による申込があった場合は、利用者の居住する市町（以下、「居住地市町」という。）へ連絡し、受け入れの可否を協議する。
- (5) 利用を受け入れた短期入所事業所は、その状況を記録し、様式1とともに居住地市町へ報告する。

4 緊急時支援の利用に関する調整

- (1) 2(2)又は3(3)の利用申し込みを受けた拠点事業所において、利用の重複や障害特性その他やむを得ない理由により当該事業所での対応が困難な場合は、居住地市町へ連絡する。
- (2) 居住市町は、(1)の連絡を受けたときは、地域生活支援事業の実施について（平成18年8月1日障第0801002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）別紙1地域生活支援事業実施要綱3(1)ア(ウ)の事業を委託している相談支援事業所及び拠点事業

所としての認定を受けている相談支援事業所と連携し、拠点事業所の中から次の利用先を調整する。

- (3) 利用者の状態から適当と認められる場合は、他のサービスの利用を調整する。
- (4) (2)及び(3)による調整の結果、拠点事業所での対応が困難な場合は、拠点事業所以外の事業所の利用を調整する。

5 事前登録

- (1) 緊急時支援の利用手続を円滑化し、利用者の状態に応じた適切な支援を提供するため、介護者の急病等により緊急時支援を利用する可能性がある者は、西濃圏域地域生活支援拠点事業 緊急時支援事前登録票（別紙様式1－2）を居住地市町へ提出し、障害の状態、要配慮事項、日常利用しているサービスその他必要事項を事前登録する。
- (2) 事前登録にあたっては、居住地市町、拠点事業所、各種相談機関等との間で情報を共有することについて、利用者の意思を確認する。
- (3) (1)の事前登録は、登録の無い者による緊急時支援の利用を妨げるものではない。なお、利用登録の無い者から緊急時支援の利用希望があった場合は、様式2により本人の状態や配慮が必要な事項を把握したうえで、2から4の手順に準じて受入先を調整する。

6 緊急時支援の質の向上等

- (1) 拠点構成市町は、基幹相談支援センターと連携し、緊急時支援に関わった相談事業所や拠点事業所による検討会を開催して支援の質の向上や手続の円滑化に努める。
- (2) (1)の検討会の開催にあたり、緊急時支援の利用等を調整した相談支援事業所は、西濃圏域地域生活支援拠点 地域体制強化共同支援記録書（別紙様式1－3）によりその経過や課題を報告する。

7 その他

その他この実施手順に定めのない事項は、指定障害福祉サービスの利用に関する諸規程の定めるところによる。

様式1-1

西濃圏域地域生活支援拠点事業 緊急短期入所利用申込書

年 月 日

_____市・町長 様

申込者

住 所

連絡先

次の理由により緊急短期入所の利用を申し込みます。

利 用 者	氏 名	
	住 所	
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
	連 絡 先	()申込者と同じ ()その他 住 所 氏 名 電話番号
	受給者証番号	
利用希望事業所		
利用希望期間		年 月 日 ~ 年 月 日
申 込 理 由	()①介護者の急病や事故 ()②介護者の長期出張等により一定期間介護が困難 ()③虐待の恐れがあり帰宅が困難 ()④大規模災害により避難し帰宅が困難 ()⑤その他	
	上記①～⑤の具体的内容	

※この利用申込書とは別に、利用する指定短期入所事業所が定める手続が必要であるので注意。

担当者(所属・氏名)		受 付	令和 年 月 日
------------	--	--------	----------

様式1-2

西濃圏地域生活支援拠点事業 緊急時支援事前登録票

記入日： 年 月 日 添付資料： ☐ あり ☐ なし

記入者		続柄		連絡先	
-----	--	----	--	-----	--

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

ふりがな 氏名			住所	〒 -	
生年月日	年 月 日 (歳)				
障害名・ 疾患名					
現病歴・ 既往歴					
医療的ケア	☐ なし ☐ あり→内容：()				
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	☐ なし ☐ 身障()級、内容： ☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 肢体 ☐ 内部 ☐ その他	障害支援 区分	☐ なし ☐ 申請中 ☐ あり→区分()		
障害福祉 サービス受 給者証の保 有状況	☐ なし ☐ あり ☐ 保有しているが期限切れ	支給決定 内容	受給者番号()	支給決定サービス()	

2. 本人の状態、支援における留意点等

※サービス等利用計画、アセスメントシート、別紙等を添付することで、記載を省略することが可能です。

支援中に留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、短期入所等の利用による環境変化で懸念される本人の状態変化、その対応方法等を記載してください。 ※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください。					
☐ あり(以下に具体的な内容を記載) ☐ あり(添付資料を参照) ☐ なし ☐ 本人・家族からの聴取を希望					
① 身体 の状況やケアで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)褥瘡がしやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施					
A D L	起居動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	歩行	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	更衣・整容	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	食事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	※食事形態： ☐ 普通 ☐ 嚥下食 ☐ 経管栄養 ☐ その他		
	排泄	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	※排泄方法： ☐ トイレ ☐ ホータブル ☐ オムツ・パット ☐ その他		
② コミュニケーション で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す					
視力		☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	聴力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	
言語		☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	意思伝達的手段・方法	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	
③ 行動特性等 で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く					
④ その他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載					
地域移行に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※地域移行調整時に留意が必要なこと等を記載してください。					
☐ あり(以下に具体的な内容を記載) ☐ あり(添付資料を参照) ☐ なし ☐ 本人・家族からの聴取を希望					

3. その他

※障害特性等により本人から事業所への情報提供が難しい場合に記載してください。

※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

①家族・世帯の状況 ☐ 添付資料を参照 ☐ 本人・家族からの聴取を希望

世帯構成	☐ 単身 ☐ 夫婦のみ ☐ 本人と親 ☐ 本人と子 ☐ その他()				
生活の場所	☐ 自宅 ☐ グループホーム ☐ 施設 ☐ その他()				
キーパーソン	ふりがな 氏名		続柄		連絡先
家族・世帯支援の 必要性、調整にあたって の留意事項等					

②生活の状況 ☐ 添付資料を参照 ☐ 本人・家族からの聴取を希望

利用中の サービス	☐ なし ☐ 障害福祉サービス・障害児支援 ☐ 介護保険サービス ☐ その他		
	サービス名	利用頻度	施設・事業所名
	サービス名	利用頻度	施設・事業所名
	サービス名	利用頻度	施設・事業所名
	サービス名	利用頻度	施設・事業所名
1日の生活の流れ・ 社会参加の状況			
日々の生活や社会参加 に対する希望、 困りごと等			

③受診・服薬の状況 ☐ 添付資料を参照 ☐ 本人・家族からの聴取を希望

かかりつけ医(現在受診中の医療機関)		☐ なし ☐ あり	
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度 回/ ☐ 外来 ☐ 訪問
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度 回/ ☐ 外来 ☐ 訪問
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度 回/ ☐ 外来 ☐ 訪問
服薬状況	服薬の有無 ☐ なし ☐ あり	服薬管理 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他()	
	薬の名前		
	留意点・服薬介助のポイント		
アレルギー	☐ なし ☐ あり→内容:()		

上記のとおり、緊急時支援の利用を登録します。

緊急時支援に必要な範囲で、関係機関(指定障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、西濃圏域内の市町の障害福祉担当課及びその委託を受けた相談支援事業所)に提供することに同意します。

署 名

担当者(所属・氏名)		受付日	
------------	--	-----	--

西濃圏地域生活支援拠点事業 地域体制強化共同支援記録書

1 基本情報

報告先：
報告日時： 年 月 日 : ~ :
開催場所：
計画担当相談支援事業所名： 担当相談支援専門員(氏名)： 連絡先：

2 利用者情報

ふりがな
利用者氏名： (男・女)
生年月日： 年 月 日 (歳)

3 報告の目的・出席者

報告目的 ※該当に ○	① 個別課題の解決 ② 地域課題、需要の把握 ③ 横断的な連絡調整 ④ 地域づくり・資源開発 ⑤ 地域生活支援拠点の運営に関する提案 ⑥ その他（ ）		
出席者	所 属 名	職 種	氏 名

4 報告の内容 ※次の項目の中から報告の目的に応じて記載する

①利用者の支援の経過	
②利用者の支援上の課題	
③課題への対応策の提案	
④地域課題・需要の現状	
⑤地域生活支援拠点との関係	
⑥地域生活支援拠点の機能の充足	

5 その他（特記事項）