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２項(2)による緊急時の受け入れ、対応は、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

②　緊急短期入所

２　緊急居宅介護

(1) １①の緊急居宅介護は、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号の居宅介護の利用の相談があった場合に、拠点事業所からのサービス提供又は拠点事業所以外の事業所の利用を支援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時間以内の対応が必要になる場合をいう。

※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に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成１８年９月　２９日厚生労働省告示第５２３号）（以下、「報酬告示」という。）において緊急時対応加算が設けられているが、地域生活支援拠点であることは要件ではなく、かつ、独自の手順等を定める余地がないため、相談を受けた場合の対応や緊急短期入所との使い分け（４(3)）についてのみ定める。

※２４時間という基準は、報酬告示の定めによる。

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号の短期入所を実施する事業所のうち、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（様式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。

※突然の介護者の不在や日常生活の変更を強いられる緊急時こそ本人を良く知る事業所による支援が求められるため、利用実績のある（又は日常的に利用する日中サービスの系列の）短期入所事業所を第一の申し込み先とし、当該事業所での対応が困難な場合に関係機関が次の受入先を調整する手順とする。

※利用の迅速化を図るため、非定型的な事由による申し込みの場合のみ、市町へ協議する取り扱いとする。

４　緊急短期入所の利用に関する調整

(1) ３(3)の利用申し込みを受けた短期入所事業所において、利用の重複その他やむを得ない理由により当該事業所での受け入れが困難な場合は、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受入先を調整する。

(3) 利用者の状態から適当と認められる場合は、緊急短期入所に代えて、２の緊急居宅介護その他のサービスの利用を調整する。

５　事前登録

(1) 緊急時のサービス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（様式２）を居住地市町へ提出し、障がいの状態、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短期入所等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短期入所等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、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、緊急短期入所の利用等を調整した相談支援事業所は、西濃圏地域生活支援拠点　地域体制強化共同支援記録書（様式３）によりその経過や課題を報告する。

※様式３は、平成３０年３月３０日障障発０３３０第３号の例による。

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

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　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

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２

西濃圏域地域生活支援拠点事業　緊急時支援事前登録票

１　基本情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登  録  者 | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　名 |  | 男  女 | 年　　月　　日生 |
| 住　所 | 〒 | | |
| 連  絡  先 | 登録者 | 自宅電話番号：  携帯電話番号： | | |
| 主たる介護者 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　登録者との続柄等：  自宅電話番号：  携帯電話番号： | | |
| かかりつけ医 | | 医療機関：　　　　　　　　　　　　　　　主治医：  電話： | | |
| 障害者手帳 | | 身体（　　級）　療育手帳（　　　）　精神（　　　級） | | |
| 受給者証番号 | |  | | |
| 障害支援区分 | |  | | |

２　登録者の障害や生活の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主な障害や疾病の状況 | |  |
| ｱﾚﾙｷﾞｰ・発作 | |  |
| 服　　薬 | | 種類：  頻度： |
| 日  常  生  活 | 食　事 |  |
| 排　泄 |  |
| 移　動 |  |
| 睡　眠 |  |
| その他 | （着替、見守り等） |
| 意思疎通に関する配慮 | |  |
| その他 | |  |

３　相談支援の状況

|  |
| --- |
| 事業所名：　　　　　　　　　　　　　相談支援員：  電話番号： |

４　利用中のサービス等　※利用経験のある短期入所その他のサービスを記入してください

|  |
| --- |
| 事業所名：  電話番号：  種類・内容・回数等： |
| 事業所名：  電話番号：  種類・内容・回数等： |
| 事業所名：  電話番号：  種類・内容・回数等： |
| 事業所名：  電話番号：  種類・内容・回数等： |

５　ご家族その他介護者・支援者等の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 | 続柄等 | 登録者と別居の場合の連絡先 |
|  |  | 住　　所：  電話番号： |
|  |  | 住　　所：  電話番号： |
|  |  | 住　　所：  電話番号： |
|  |  | 住　　所：  電話番号： |
|  |  | 住　　所：  電話番号： |

　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 | 令和　　年　　月　　日 |

様式３

西濃圏地域生活支援拠点　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）

|  |
| --- |
|  |