

(添付様式16)

## 地域生活支援拠点の届出を行う指定相談支援事業所のチェックリスト

認定項目		チェック欄
1	担当する利用者のうち、緊急時の支援が見込めない世帯を事前に把握しており、緊急時の対応について、サービス等利用計画に明記している。 また、担当する相談支援事業所が決まっていない利用者について、基幹相談支援センターから対応の依頼があった際には積極的に連携して対応する。	<input type="checkbox"/> 把握している
		<input type="checkbox"/> 計画に明記してる件数 (                      件 )
		<input type="checkbox"/> 対応する
2	常時の連絡体制を確保し、緊急時に必要な福祉・医療等のサービスのコーディネートが可能である。	<input type="checkbox"/> 可能である
	常時の連絡体制の確保の方法	※具体的に記載
3	緊急時の受け入れを依頼できる短期入所事業所等と連携体制がとれており、サービス等利用計画に明記している。	<input type="checkbox"/> 連携体制がとれている
	連携している短期入所事業所名	<input type="checkbox"/> 計画に明記している
4	上記1～3の支援を行う際には、その支援内容について随時基幹相談支援センターと情報共有を行うことが可能である。 <small>※ 必要に応じて、筑紫地区地域自立支援協議会等への報告や出席を求めることがあります。</small>	<input type="checkbox"/> 可能である
5	筑紫地区地域自立支援協議会の相談支援部会に参加し、積極的に地域のネットワークに作りに参画している。 <small>※ 直近1年間で相談支援部会に3回以上出席している必要があります。</small>	<input type="checkbox"/> 参画している
	参加実績 直近1年間の参加日	年 月 日      年 月 日      年 月 日      年 月 日      年 月 日
6	医療機関や施設から地域生活に移行するために、共同生活援助等のサービスや一人暮らし体験の機会・場のコーディネートが可能であり、支援を行う際には、その支援内容について随時基幹相談支援センターと情報共有を行うことが可能である。	<input type="checkbox"/> 可能である
		<input type="checkbox"/> 検討している ( 年 月 予定 )
		<input type="checkbox"/> 対応未定
7	福岡県が行う人材育成研修等を修了した職員を配置し、職場だけではなく、職場外へのアドバイスを行うことが可能である。 (研修例:相談支援従事者専門コース別研修 人材育成コース、主任相談支援専門員養成研修、医療的ケア児コーディネーター養成研修、強度行動障がい支援者養成研修、精神障害者の障害特性と支援技法を学ぶ研修など) <small>※春日市障がい者福祉関係機関会議において、受講した研修の内容の報告を求めることがあります。</small>	<input type="checkbox"/> 可能である
		<input type="checkbox"/> 今後配置予定である ( 年 月 予定 )
		<input type="checkbox"/> 対応未定
	修了した研修名	

(留意事項)

※ 地域生活支援拠点の届出にあたっては、認定項目1.2.3.4.5の要件は必須であり、地域生活支援拠点等の機能について理解していることが必要です。

※ 複数の特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所が一体的に管理運営を行い、機能強化型(継続)サービス利用支援費を算定するために届出を行う場合には、全ての認定項目が必須となります。

このチェックリストの記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

令和                      年                      月                      日

申請者                      事業者名

代表者名                      印