

# 地域生活支援拠点等事業

(みしまるネット)

様式集



令和6年7月

三島市

三島市障がいと暮らしを支える協議会（アーチ）

## 協力事業所届出の流れ

① 三島市との事前協議

「事前協議書（様式1-1）」

② 届出書の提出

「協力事業所届出書（様式1-2）」

「事業所情報シート（様式5）」

※拠点事業に係る加算の算定をする事業所は下記書類も併せて提出

「地域生活支援拠点等機能に関する届出（様式1-3）」

「地域生活支援拠点等機能強化加算に係る届出（様式1-4）」

協力事業所であることを記載した「運営規程」

③ 地域生活支援拠点等であると位置付けられたことを証明する通知を発行

【加算の算定のための手続き】

拠点事業に係る加算の算定を希望する事業所は、上記の届け出とは別に加算体制の届出手続きが必要です。

① 「運営規程」の変更手続き（特定相談支援事業所は市へ届け出）

② 拠点事業に係る加算算定に関する体制の届け出

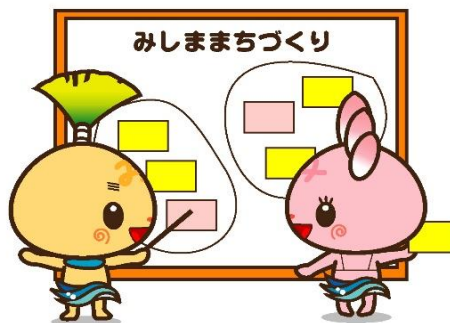
「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」 ⇒ 県

「相談支援給付費等の算定に係る体制等状況一覧」 ⇒ 市 ⇒ 県

○協力事業所として担う機能の内容例（必要な機能を選択してください）

|            |                 |
|------------|-----------------|
| 相談支援事業所    | (1)、(2)、(3)、(5) |
| 短期入所事業所    |                 |
| 訪問系サービス事業所 | (2)、(3)、(5)     |
| 日中活動系事業所   |                 |

※(4) 専門的人材の確保・養成の機能については、「アーチ」、基幹相談支援センターを中心に担うものとします。



## 【運営規程記載例】

地域生活支援拠点等の機能を担う事業所として加算算定に関する届け出を行う際には、必要な項目を運営規程に追加してください。

※ 以下に示す運営規程は記載例であり、各事業所の実態に応じた規程とし、内容を理解した上で作成してください。

### その他運営に関する重要事項

(地域生活支援拠点等の機能を担う事業所)

第〇〇条 事業所は「障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成18年厚生労働省告示第35号）第二の三」に規定する地域生活支援拠点等として次の機能を担う。

#### (1) 相談

緊急時の支援が見込めない世帯を事前に把握・登録したうえで、連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要なサービスのコーディネートや相談、その他必要な支援を行う機能

#### (2) 緊急時の受け入れ・対応

短期入所等を活用した緊急時の受け入れ体制を確保したうえで、介護者の急な不在や状態変化等の緊急時の受け入れや、本人への対応、医療機関への連絡等の必要な支援を行う機能

#### (3) 体験の機会・場の提供

地域移行支援や親元からの自立、社会参加の機会を広げていくために、共同生活援助等の福祉サービスの利用や一人暮らしの体験などさまざまな体験の機会・場を提供する機能

#### (4) 専門的人材の確保・養成

医療的ケアが必要な者や行動障害を有する者、高齢化に伴い重度化した障害者などに対し、専門的な対応の体制確保や専門的な対応ができる人材の養成を行う機能

#### (5) 地域の体制づくり

地域の様々なニーズに対応できるサービス提供体制の確保や、地域の社会資源の連携体制の構築等を行う機能

## みしまるネット様式

みしまるネットにおいて、緊急時の対応や体験の場の提供等を進めていく際に必要な各種様式については、下記の使用方法を参考にしてください。



### 様式1

## みしまるネット協力事業所届出に関する書類

みしまるネット（地域生活支援拠点等事業）に関する支援体制への協力について、必要事項を記入し市へ届出ます。

様式1-1：地域生活支援拠点等事業（みしまるネット）協力事業所の登録に係る事前協議書

様式1-2：地域生活支援拠点等事業（みしまるネット）に係る協力事業所届出書

様式1-3：地域生活支援拠点等の機能に関連する届出 ※

様式1-4：地域生活支援拠点等機能強化加算に係る届出（相談のみ） ※

※様式1-3、1-4については加算算定の届出をする場合に提出

### 様式2

## みしまるネット緊急時対応に係る事前登録届出書

●手続き：本人または家族等が必要事項を記入し、三島市障がい福祉課へ提出します。

#### 【サービス未利用の方】

届出書の提出と合わせて、基幹相談支援センターによる聞き取りをし、情報整理シート（様式4）の作成を行います。

#### 【サービス利用中の方】

情報整理シート（様式4）を併せて提出します。

サービス等利用計画へ位置付ける（サービス名：「みしまるネット登録」）  
「みしまるネット登録者」と記載された受給者証が発行されます。

●登録後：関係者間で登録者の情報を共有しておきます。

もしもに備えて把握しておくとともに、もしもになる前に準備できないことがないか検討します。また、相談支援専門員からは緊急時に備えて必要な支援を提案させていただきます。

●更新：1年に1回、更新確認をします。

#### 【サービス未利用の方】

基幹相談支援センターから連絡をし、確認します。

#### 【サービス利用中の方】

サービス更新手続き等に合わせて相談支援専門員が確認、計画作成します。

### 様式3

## みしまるネット緊急時対応に係る事前登録変更・廃止届

登録事項に変更があった場合や登録を取り消す場合には、本人または家族等により、必要事項を記入し、三島市障がい福祉課へ届け出てください。

### 様式4

## みしまるネット対象者情報整理シート

- 目的 : 将来に向けて必要な支援体制を整えるための情報共有として使用します。  
緊急対応時には、本人の支援に必要な情報を集約し受け入れ事業所に提供することで、受け入れと対応調整をスムーズに行うために使用します。
- 手続き : 事前登録の届出時に作成し、事前登録届出書（様式2）と併せて提出します。  
定期的に情報の確認、更新を行います。  
【サービス未利用の方】  
基幹相談支援センターが登録時に作成します。  
緊急対応時には、登録時に作成した情報から変更がないか等を確認、情報整理し対応調整します。  
【サービス利用中の方】  
相談支援専門員やサピ管等、本人をよく知る支援者が作成します。  
緊急対応時には、登録時に作成した情報から変更がないか等を確認、情報整理し対応調整します。

### 様式5

## みしまるネット事業所情報シート

- 目的 : 緊急時対応や社会参加、緊急に備えた準備のための体験活動に活用できる情報を事前に集約しておくことで、関係者間で随時共有できるようにします。  
協力事業所の届出の有無に関わらず、地域の社会資源情報として集約します。
- 手続き : シートを作成し、市へ提出します。（協力事業所の届出をした事業所は必須）  
事業所概要・体験機能・緊急時対応に関して、各事業所で具体的に対応できる事項について申し出てもらいます。
- 使い方 : 基幹相談支援センターで情報集約管理、関係者間で共有。  
アーチホームページで公開していきます。
- 更新 : 年1回
- 変更 : 申し出事項に変更が生じた場合は、随時変更の届け出が必要です。





## 地域生活支援拠点等事業(みしまるネット)協力事業所の登録に係る 事前協議書

年 月 日

地域生活支援拠点等事業(みしまるネット)協力事業所の登録にあたり、以下の通り事前協議書を提出します。

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1 事業所の名称                          | 相談事業所 <span style="color: red;">かわせみ</span>      |
| 2 事業所の所在地                         | 〒 <span style="color: red;">三島市 北田町 ○○-●●</span> |
| 3 事業所の電話番号及びメールアドレス               |  |
| 4 事業所番号                           |  |
| 5 代表者及び管理者の氏名                     | 三島 太郎  |
| 6 市町村及び地域生活支援拠点等との連携及び調整に従事する者の氏名 | 三島 太郎  |

|      |   |  |
|------|---|--|
|      | 地域生活支援拠点等事業として担う機能<br><input checked="" type="checkbox"/> 相談機能<br><input checked="" type="checkbox"/> 緊急時受入・対応の機能<br><input checked="" type="checkbox"/> 体験の機会・場の提供<br><input type="checkbox"/> 専門的人材の確保・育成<br><input checked="" type="checkbox"/> 地域の体制づくり   | <div style="border: 1px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block; color: red;">                     該当する機能に<br/>チェックをする                 </div>    |
|      | 算定する加算<br><input type="checkbox"/> 緊急時対応加算 地域生活支援拠点等の場合<br><input type="checkbox"/> 緊急時支援加算 地域生活支援拠点等の場合<br><input type="checkbox"/> 地域生活支援拠点等として短期入所を行った場合の加算<br><input type="checkbox"/> 緊急時受入加算<br><input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの体験利用加算<br><input type="checkbox"/> 体験利用支援加算・体験宿泊加算<br><input type="checkbox"/> 地域移行促進加算(Ⅱ)<br><input checked="" type="checkbox"/> 地域生活支援拠点等相談強化加算<br><input type="checkbox"/> 地域生活支援拠点等機能強化加算 | <div style="border: 1px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block; color: red;">                     加算を算定する場合は<br/>チェックをする                 </div> |
|      | 地域生活支援拠点等の整備状況や整備促進における課題<br>・相談支援事業をとおして事前に緊急対応が必要な状況が発生する可能性のある家庭を把握し、リスクマネジメントに努めるとともに、緊急時受入対応のための事前登録へつなげる。<br>・緊急時の連絡調整、対応を図るために基幹相談支援センターを始め関係機関との連携強化に努める。<br>・体験の機会確保のための事業所連携に努める。<br>これらの取り組みの中から抽出される課題等については、相談事業所連携会議等をおとしてアーチ等へ報告していく。  |  |
|      | 実際に支援を行う場合の連携方法<br>7 事前把握における緊急時対応事業所との調整<br>基幹相談支援センターとの連携   |  |
| 協議事項 | 整備状況の公表に係る周知方法<br>ホームページ等での周知<br>アーチ、みしまるネットミーティングの活用<br>事業所連携の中での周知  |  |
|      | ※さらに、拠点機能強化事業所の届出をする場合には、以下についても記入してください。(相談支援事業所のみ)<br>拠点コーディネーターの業務と役割、配置人数   |  |
|      | 拠点コーディネーターを担う人材及び加算算定事業所の要件を満たしているか確認し、その内容を具体的に記入して下さい。(特に複数の事業所が相互に連携して運営する場合には、それぞれの事業所の算定回数を目安及び拠点コーディネーターの人件費等の負担割合も具体的に記入して下さい。)  |  |
|      | 連携会議の開催方法   |  |

年 月 日

地域生活支援拠点等事業（みしまるネット）に係る協力事業所届出書

三島市長 あて

届出者 所在地  
事業所名  
代表者名

みしまるネットの機能を担う協力事業所として、下記のとおり届け出ます。

|                    |  |      |  |
|--------------------|--|------|--|
| 区分                 | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止  |      |  |
| 事業所の名称             |  |      |  |
| 事業所番号              |  |      |  |
| 所在地                |  |      |  |
| 電話番号               |  | アドレス |  |
| 事業の種類              |  |      |  |
| 地域生活支援拠点等事業として担う機能 | <input type="checkbox"/> 1. 相談機能<br><input type="checkbox"/> 2. 緊急時受入・対応の機能<br><input type="checkbox"/> 3. 体験の機会・場の提供<br><input type="checkbox"/> 4. 専門的人材の確保・育成<br><input type="checkbox"/> 5. 地域の体制づくり |      |  |

※ 担う機能にレ点を入れてください。

※ 「みしまるネット事業所情報シート」を添付してください。

※ 拠点事業に係る加算の算定をする事業所は、下記の書類を添付してください。

「地域生活支援拠点等事業に係る届出」（様式1-3）

「地域生活支援拠点等機能強化に係る届出」（様式1-4）（相談事業所のみ）

「運営規程」



【記入例】

年 月 日

地域生活支援拠点等事業（みしまるネット）に係る協力事業所届出書

三島市長 あて

届出者 所在地 三島市 北田町 ○○一●●  
 事業所名 相談支援事業所かわせみ  
 代表者名 三島 太郎

みしまるネットの機能を担う協力事業所として、下記のとおり届け出ます。

|                    |  |      |  |
|--------------------|--|------|--|
| 区分                 | <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止   |      |  |
| 事業所の名称             | 相談事業所かわせみ  |      |  |
| 事業所番号              | 12345678   |      |  |
| 所在地                | 三島市 北田町 ○○一●●  |      |  |
| 電話番号               | 055-XXX-XXXX   | アドレス | <a href="mailto:abc@defg.co.jp">abc@defg.co.jp</a> |
| 事業の種類              | 相談支援事業   |      |  |
| 地域生活支援拠点等事業として担う機能 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 相談機能<br><input checked="" type="checkbox"/> 2. 緊急時受入・対応の機能<br><input checked="" type="checkbox"/> 3. 体験の機会・場の提供<br><input type="checkbox"/> 4. 専門的人材の確保・育成<br><input checked="" type="checkbox"/> 5. 地域の体制づくり |      |  |

- ※ 担う機能にレ点を入れてください。
- ※ 「みしまるネット事業所情報シート」を添付してください。
- ※ 拠点事業に係る加算の算定をする事業所は、下記の書類を添付してください。  
 「地域生活支援拠点等事業に係る届出」（様式1-3）  
 「地域生活支援拠点等機能強化に係る届出」（様式1-4）（相談事業所のみ）  
 「運営規程」

## 地域生活支援拠点等の機能に関連する届出

年 月 日

地域生活支援拠点等に関連する加算の要件を満たす事業所として、以下のとおり届け出ます。

|                                   |                                |  |      |
|-----------------------------------|--------------------------------|--|------|
| 1 届出区分                            | 1 新規                           | 2 変更                                     | 3 廃止 |
| 2 事業所の名称                          |                                |  |      |
| 3 事業所の所在地                         | 〒                              |  |      |
| 4 事業所の電話番号                        |                                |  |      |
| 5 事業所番号                           |                                |  |      |
| 6 地域生活支援拠点等としての位置付け               | 市町村と地域生活支援拠点等の機能を担うことについて協議した日 | 年 月 日                                    |      |
| 7 市町村及び地域生活支援拠点等との連携及び調整に従事する者の氏名 | 該当者が複数名いる場合は、各々の氏名を記載すること。     |  |      |
| 8<br>当該届出により算定する加算                | 《緊急時対応加算 地域生活支援拠点等の場合》         | 対象: 訪問系サービス※、重度障害者等包括支援(訪問系サービスのみ対象)     |      |
|                                   | 《緊急時支援加算 地域生活支援拠点等の場合》         | 対象: 自立生活援助、地域定着支援、重度障害者等包括支援(自立生活援助のみ対象) |      |
|                                   | 《地域生活支援拠点等として短期入所を行った場合の加算》    | 対象: 短期入所、重度障害者等包括支援                      |      |
|                                   | 《緊急時受入加算》                      | 対象: 日中系サービス※                             |      |
|                                   | 《障害福祉サービスの体験利用加算》              | 対象: 日中系サービス※                             |      |
|                                   | 《体験利用支援加算・体験宿泊加算》              | 対象: 地域移行支援                               |      |
|                                   | 《地域移行促進加算(Ⅱ)》                  | 対象: 施設入所支援                               |      |
|                                   | 《地域生活支援拠点等相談強化加算》              | 対象: 計画相談支援、障害児相談支援                       |      |

**添付書類: 運営規定**

運営規程は、当該事業所等が地域生活支援拠点等の機能を担う事業所であることが規定されているもの(規定の変更の途中であるものを含む。)に限る。なお、事業所の運営規程が変更の途中でのものである場合は、当該変更の完了後、速やかに変更後の運営規程を提出すること。

※地域生活支援拠点等機能強化加算については別に定める様式にて届出を行うこと。

**※サービス名について**

訪問系サービスとは、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護をいう。

日中系サービスとは、生活介護、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援(養成含む)、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労選択支援をいう。

## 地域生活支援拠点等の機能に関連する届出

年 月 日

地域生活支援拠点等に関連する加算の要件を満たす事業所として、以下のとおり届け出ます。

|                                   |                                |   |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|
| 1 届出区分                            | 1 新規      2 変更      3 廃止       |   |
| 2 事業所の名称                          | 相談支援事業所かわせみ                    |   |
| 3 事業所の所在地                         | 〒                              |   |
| 4 事業所の電話番号                        |                                |   |
| 5 事業所番号                           |                                |   |
| 6 地域生活支援拠点等としての位置付け               | 市町村と地域生活支援拠点等の機能を担うことについて協議した日 | ○年 ○月 ○日                                    |
| 7 市町村及び地域生活支援拠点等との連携及び調整に従事する者の氏名 | 三島 太郎                          |   |
| 8<br>当該届出により算定する加算                | 《緊急時対応加算 地域生活支援拠点等の場合》         | 対象:訪問系サービス※、<br>重度障害者等包括支援(訪問系サービスのみ対象)     |
|                                   | 《緊急時支援加算 地域生活支援拠点等の場合》         | 対象:自立生活援助、地域定着支援、<br>重度障害者等包括支援(自立生活援助のみ対象) |
|                                   | 《地域生活支援拠点等として短期入所を行った場合の加算》    | 対象:短期入所、重度障害者等包括支援                          |
|                                   | 《緊急時受入加算》                      | 対象:日中系サービス※                                 |
|                                   | 《障害福祉サービスの体験利用加算》              | 対象:日中系サービス※                                 |
|                                   | 《体験利用支援加算・体験宿泊加算》              | 対象:地域移行支援                                   |
|                                   | 《地域移行促進加算(Ⅱ)》                  | 対象:施設入所支援                                   |
|                                   | ○ 《地域生活支援拠点等相談強化加算》            | 対象:計画相談支援、障害児相談支援                           |

## 添付書類:運営規定

運営規程は、当該事業所等が地域生活支援拠点等の機能を担う事業所であることが規定されているもの(規定の変更の手續中であるものを含む。)に限る。なお、事業所の運営規程が変更の手續中のものである場合は、当該変更の手續の完了後、速やかに変更後の運営規程を提出すること。

※地域生活支援拠点等機能強化加算については別に定める様式にて届出を行うこと。

## ※サービス名について

訪問系サービスとは、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護をいう。

日中系サービスとは、生活介護、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援(養成含む)、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労選択支援をいう。

地域生活支援拠点等機能強化加算に係る届出

|         |                      |
|---------|----------------------|
| 法人・事業所名 |                      |
| 異動等区分   | 1 新規    2 変更    3 終了 |

① 事前に市と地域生活支援拠点等の機能について協議した日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

② 市町村及び拠点関係機関の相互の有機的な連携及び調整等の業務に従事する者（拠点コーディネーター）の配置状況  
 常勤で専ら当該地域生活支援拠点等におけるコーディネート業務に従事する者

- (1) 法人・事業所名： \_\_\_\_\_  
 氏名： \_\_\_\_\_
- (2) 法人・事業所名： \_\_\_\_\_  
 氏名： \_\_\_\_\_

地域生活支援拠点等に属する常勤の拠点等コーディネーターの人数 = ( I ) \_\_\_\_\_ 名

拠点コーディネーター数に応じた地域生活支援拠点等機能強化加算の月内算定上限 = ( II ) \_\_\_\_\_ 0 \_\_\_\_\_ 回  
 ( ( I ) × 100 = ( II ) )

③ 拠点機能強化サービスの構成

(1) 拠点機能強化サービスの構成形態

いずれかを選択  同一の事業所において一体的運営     相互に連携して運営

算定回数（目安）の配分

(2) 地域生活支援拠点等機能強化加算の算定件数上限の配分（目安）

| 該当する欄にチェック                     | 法人・事業所名 | 該当する障害福祉サービス等                           | 算定回数（目安）                |
|--------------------------------|---------|---|-------------------------|
|                                |         | 計画相談支援及び障害児相談支援<br>（機能強化型基本報酬（I）又は（II）） |                         |
|                                |         | 自立生活援助                                  |                         |
|                                |         | 地域移行支援                                  |                         |
|                                |         | 地域定着支援                                  |                         |
| 合計（月内算定上限）                     |         |   | ( III ) _____ 0 _____ 回 |
| 目安の合計が、月内算定上限内であるかの確認          |         |   | ( IV ) _____ 0 _____ 回  |
| 月内算定上限内を超えている場合は「上限超えと表示されます。」 |         |   | ( IV ) _____ )<br>OK    |

- ※ 記載欄が不足する場合は適宜欄を追加すること（別紙可）
- ※ 配分件数（目安）に変更が生じる場合は、当様式を再提出すること。

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| 上記①～③を満たしており、拠点機能強化事業所として要件を満たしている。 | 有 ・ 無 |
|-------------------------------------|-------|

【記入例】

年 月 日

地域生活支援拠点等機能強化加算に係る届出

|         |                |
|---------|----------------|
| 法人・事業所名 |                |
| 異動等区分   | 1 新規 2 変更 3 終了 |

① 事前に市と地域生活支援拠点等の機能について協議した日 \_\_\_\_\_ 〇 年 \_\_\_\_\_ 〇 月 \_\_\_\_\_ 〇 日

② 市町村及び拠点関係機関の相互の有機的な連携及び調整等の業務に従事する者（拠点コーディネーター）の配置状況  
 常勤で専ら当該地域生活支援拠点等におけるコーディネート業務に従事する者

(1) 法人・事業所名： 相談支援事業所かわせみ  
 氏名： 三島 太郎

(2) 法人・事業所名：  
 氏名：

地域生活支援拠点等に属する常勤の拠点等コーディネーターの人数 = ( I ) 1 名

拠点コーディネーター数に応じた地域生活支援拠点等機能強化加算の月内算定上限 = ( II ) 100 回  
 ( ( I ) × 100 = ( II ) )

③ 拠点機能強化サービスの構成

(1) 拠点機能強化サービスの構成形態

いずれかを選択 同一の事業所において一体的運営 ・ 相互に連携して運営

(2) 地域生活支援拠点等機能強化加算の算定件数上限の配分（目安）

| 該当する欄にチェック                     | 法人・事業所名       | 該当する障害福祉サービス等                          | 算定回数（目安）    |
|--------------------------------|---------------|--|-------------|
| <input type="radio"/>          | 相談支援事業所かわせみ   | 計画相談支援及び障害児相談支援<br>（機能強化型基本報酬（Ⅰ）又は（Ⅱ）） | 90          |
| <input type="radio"/>          | 自立生活援助事業所かわせみ | 自立生活援助                                 | 10          |
| <input type="radio"/>          | 相談支援事業所かわせみ   | 地域移行支援                                 |             |
| <input type="radio"/>          | 相談支援事業所かわせみ   | 地域定着支援                                 |             |
| 合計（月内算定上限）                     |               |  | ( III ) 100 |
| 目安の合計が、月内算定上限内であるかの確認          |               |  | ( IV ) たしかめ |
| 月内算定上限内を超えている場合は「上限超過と表示されます。」 |               |  | ( IV ) OK   |

※ 記載欄が不足する場合は適宜欄を追加すること（別紙可）

※ 配分件数（目安）に変更が生じる場合は、当様式を再提出すること。

上記①～③を満たしており、拠点機能強化事業所として要件を満たしている。 有 ・ 無

みしまるネット緊急時対応に係る事前登録届出書

三島市長 あて

みしまるネットの緊急時受入・対応に関する事前登録を希望しますので、下記のとおり届け出ます。

|              |        |          |       |  |
|--------------|--------|----------|-------|--|
| 登録希望者名（ふりがな） |        | 性別       | 生年月日  |  |
|              |        |          | 年 月 日 |  |
| 住所           |        |          | 電話番号  |  |
| <関係図>        | 緊急連絡先① | 氏名       | (続柄 ) |  |
|              |        | 住所       |       |  |
|              |        | 電話       |       |  |
|              | 緊急連絡先② | 氏名       | (続柄 ) |  |
|              |        | 住所       |       |  |
|              |        | 電話       |       |  |
| 考えられる緊急時の状況  |        | 緊急時の希望対応 |       |  |
|              |        |          |       |  |

届け出にあたり、緊急時の対応を円滑に行うため、本届出書及び登録者情報整理シートの内容を支援者間で事前共有するとともに、緊急支援時には必要な情報を支援者に提供することについて同意いたします。

本人氏名 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ (本人との関係 \_\_\_\_\_)

代理人住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

みしまるネット緊急時対応に係る事前登録届出書

三島市長 あて

みしまるネットの緊急時受入・対応に関する事前登録を希望しますので、下記のとおり届け出ます。

|   |           |   |                   |
|---|-----------|---|-------------------|
| 登録希望者名（ふりがな）  |           | 性別  | 生年月日              |
| 三島 丸美（みしま まるみ）  |           | 女   | 昭和 55年 7月 7日      |
| 住所  | 三島市〇〇町△-□ |   | 電話番号 975-〇〇〇〇（自宅） |
| <関係図><br><p>R3.8月<br/>脳梗塞で急死</p> <p>母と二人暮らし</p> <p>伊豆花子</p> <p>実父：離婚後音信不通<br/>源龍頼：母の兄（伯父）<br/>伊豆花子：実父の妹</p> | 緊急連絡先①    | 氏名  | 伊豆 花子（続柄 叔母）      |
|   |           | 住所  | 伊豆市〇町△-3          |
|   |           | 電話  | 0558-72-△△△△      |
|   | 緊急連絡先②    | 氏名  | 源 龍頼（続柄 伯父）       |
|   |           | 住所  | 伊豆の国市〇町5-□        |
|   |           | 電話  | 055-948-〇〇〇〇      |
| 考えられる緊急時の状況   |           | 緊急時の希望対応  |                   |
| ・母親が体調不良で、急に入院することになって、一人で過ごさなくてはいけなくなる。<br>・母親が急に死んでしまい、一人取り残されてしまう。                                       |           | 本人）家でお母さんが帰ってくるのを待っていたい。でも一人でいるのは心配なので、誰かにご飯の準備とかをして一緒にいてもらいたい。<br>家族）本人が一人で過ごすことがないように、一時的にどこかの施設に入らせてもらいたい。 |                   |

届け出にあたり、緊急時の対応を円滑に行うため、本届出書及び登録者情報整理シートの内容を支援者間で事前共有するとともに、緊急支援時には必要な情報を支援者に提供することについて同意いたします。

本人氏名 三島 丸美

代理人氏名 \_\_\_\_\_（本人との関係 \_\_\_\_\_）

代理人住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

※成年後見制度を利用している場合、代理人は後見人などの連絡先の記入をお願い致します。

年 月 日

みしまるネット緊急時対応に係る事前登録 変更届出書  
 廃止

三島市長 あて

住所

届出者 氏名

登録者との関係

電話番号

緊急時対応に係る事前登録を 変更 廃止 しますので、次のとおり届け出ます。

|        |                             |   |
|--------|-----------------------------|---|
| 登録者名   |                             |   |
| 届出事項   | <input type="checkbox"/> 変更 | <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先<br><input type="checkbox"/> その他<br>-----<br>【変更内容】 |
|        | <input type="checkbox"/> 廃止 | <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他  |
| 変更・廃止日 |                             | 年 月 日   |

※該当箇所にチェックをし、内容の詳細を記入してください。



【記入例】

年 月 日

みしまるネット緊急時対応に係る事前登録 **変更**届出書  
廃止

三島市長 あて

住所 三島市北田町×××-×

届出者 氏名 三島 はなこ

登録者との関係 親

電話番号 055-XXX-△△△△

緊急時対応に係る事前登録を **変更** 廃止 しますので、次のとおり届け出ます。

|        |  |  |
|--------|--|--|
| 登録者名   |  | 三島 まるこ   |
| 届出事項   | <input checked="" type="checkbox"/> 変更 | <input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先<br><input type="checkbox"/> その他<br>【変更内容】<br><p style="text-align: center;">三島市 本町 ●●-●●</p> |
|        | <input type="checkbox"/> 廃止            | <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他   |
| 変更・廃止日 |  | 年 月 日  |

※該当箇所にチェックをし、内容の詳細を記入してください。

# みしまるネット 対象者情報整理シート

記入者

担当相談員

※記入に代わって、概要のわかる資料（コピー）等の添付でも可。

|      |  |    |                             |   |                             |
|------|--|----|-----------------------------|---|-----------------------------|
|      |  | 登録 | <input type="checkbox"/> なし | ・ | <input type="checkbox"/> あり |
| ふりがな |  | 性別 | 生 年 月 日                     |   |                             |
| 氏名   |  |    | 年                           | 月 | 日                           |
| 住所   |  | 電話 |                             |   |                             |

|         |  |    |                                  |                             |                             |                              |
|---------|--|----|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 障がい名・病名 |  | 手帳 | <input type="checkbox"/> 身体      | <input type="checkbox"/> 療育 | <input type="checkbox"/> 精神 | <input type="checkbox"/> 未所持 |
|         |  |    | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                             |                             |                              |

|       |   |    |    |
|-------|---|----|----|
| 身長    | cm  | 体重 | kg |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ( ) |    |    |

|        |                             |                             |
|--------|-----------------------------|-----------------------------|
| かかりつけ医 | 電話番号                        | 持病                          |
|        |                             |                             |
|        |                             |                             |
| 飲んでいる薬 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |

※薬手帳等ありましたらコピーを準備ください

|       |  |    |           |
|-------|--|----|-----------|
| 緊急連絡先 |  |    |           |
| 氏名    |  | 続柄 | 電話優先① ( ) |
| 住所    |  |    | ② ( )     |
| 氏名    |  | 続柄 | 電話優先① ( ) |
| 住所    |  |    | ② ( )     |

|          |        |    |
|----------|--------|----|
| 利用している機関 | (担当職員) | 電話 |
|          |        |    |
|          |        |    |

| 介護の必要 |  | 特記  |
|-------|--|---|
| 移動    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |   |
| トイレ   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |   |
| 食事    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> その他 / <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> さじ <input type="checkbox"/> その他<br>留意点（禁食・制限等） |
| 服薬    | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 要支援                             | 服薬時の工夫や注意点  |
| 入浴    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> その他  |
| 着替え   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |   |
| 整容    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |   |
| その他   |  |   |

| 配慮が必要なこと | 特記 |
|----------|----|
| 環境       |    |
| 習慣       |    |
| その他      |    |

|                     |                 |  |
|---------------------|-----------------|--|
| 好き（得意）な<br>事・もの     | 嫌い（苦手）な<br>事・もの |  |
| 関わり方                |                 |  |
| 不安になった時に<br>してほしいこと |                 |  |
| その他                 |                 |  |
| 本人の希望               |                 |  |

# みしまるネット 対象者情報整理シート

記入者 ○就労支援事業所 鈴木

担当相談員 △相談支援事業所 田中

※記入に代わって、概要のわかる資料（コピー）等の添付でも可。

|      |           |    |  |
|------|-----------|----|--|
|      |           | 登録 | <input type="checkbox"/> なし ・ <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| ふりがな | みしま はなこ   | 性別 | 生 年 月 日  |
| 氏名   | 三島 花子     | 女  | 昭和58年 12月 25日  |
| 住所   | 三島市〇〇町1番地 | 電話 | 976-〇〇〇〇   |

|         |            |    |  |
|---------|------------|----|--|
| 障がい名・病名 | 知的障がい、てんかん | 手帳 | <input type="checkbox"/> 身体 <input checked="" type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 未所持<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
|---------|------------|----|--|

|       |  |    |       |
|-------|--|----|-------|
| 身長    | 150 cm   | 体重 | 50 kg |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> なし ・ <input checked="" type="checkbox"/> あり（ 特定の薬で蕁麻疹 ） |    |       |

| かかりつけ医          | 電話番号   | 持病                       |
|-----------------|--|--------------------------|
| 三島口◇病院（心療内科、内科） | 973-□□□□   | てんかん、<br>気持ちが乱れると自傷行為をする |
|                 |  |                          |
| 飲んでいる薬          | <input type="checkbox"/> なし ・ <input checked="" type="checkbox"/> あり           ※薬手帳等ありましたらコピーを準備ください |                          |

| 緊急連絡先 |           |    |    |       |                                       |
|-------|-----------|----|----|-------|---------------------------------------|
| 氏名    | 三島丸子      | 続柄 | 叔母 | 電話優先① | 976-〇〇〇〇<br>(火曜は午前不在、13時以降OK)         |
| 住所    | 三島市〇〇町1番地 |    |    | ②     | 090-XXXX-〇〇〇〇<br>(電話に気が付きにくい)         |
| 氏名    | 三島角男      | 続柄 | 弟  | 電話優先① | 963-△△△△<br>(勤務先：◇◇建設 8:30~17:30)     |
| 住所    | N市〇〇町25番地 |    |    | ②     | 080-XXXX-〇〇〇〇<br>(昼休みや18:30以降つながりやすい) |

| 利用している機関      | (担当職員) | 電話       |
|---------------|--------|----------|
| ◆◆介護事業所（移動支援） | 佐藤     | 972-〇〇〇〇 |
|               |        |          |

| 介護の必要 |   | 特記   |
|-------|---|--|
| 移動    | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 歩行自体には問題ないが、周りの状況を気にしないため、人や物ぶつかることがあります。  |
| トイレ   | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 自分では行こうとしないので3時間位ごと声をかける。他は自分で可。   |
| 食事    | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> その他 / <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> さじ <input checked="" type="checkbox"/> その他<br>留意点（禁食・制限等）<br>フォーク使用。白いご飯より味のついたご飯を好む。<br>皆と食卓を囲めるが、声をかけられると手が止まってしまう。 |
| 服薬    | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援                             | 服薬時の工夫や注意点<br>食後に薬を手に乗せれば自分で飲める。（舌を出し飲んだことを知らせる）   |
| 入浴    | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> その他<br>髪と背中がうまく洗えない。   |
| 着替え   | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |  |
| 整容    | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |  |
| その他   | ・いつもポケットにMP3を持っています（更衣、洗濯等注意）   |  |

| 配慮が必要なこと | 特記   |
|----------|--|
| 環境       | 穏やかな気持ちの時は多少騒がしくてもいられるが、本来騒がしい環境を好まない。 お座敷が好き。 |
| 習慣       | 寝る前に冷たい牛乳を飲む。                                  |
| その他      |  |

| 好き（得意）な事・もの     | 嫌い（苦手）な事・もの          | 犬、強い口調で話す人 |
|-----------------|----------------------|------------|
| 関わり方            | 音楽を聴くこと、会話（高齢の女性を好む） |            |
| 不安になった時にしてほしいこと |                      |            |
| その他             |                      |            |
| 本人の希望           |                      |            |

# 事業所情報シート

新規  
 変更

作成日 年 月 日

|   |           |  |   |     |       |   |  |
|---|-----------|--|---|-----|-------|---|--|
| 基本<br>情報  | サービス種別    |  | 事業所番号   |     | 送迎    | <input type="checkbox"/> 無                            |  |
|   | 事業所名      |  | 定員  | 人/日 |       | <input type="checkbox"/> 有                            |  |
|   | 連絡先       | Tel  |   |     | Fax   |   |  |
|   |           | メールアドレス  |   |     |       |   |  |
|   | 住所        | 〒 三島市  |   |     |       |   |  |
|   | 担当者       | 役職   |   | 氏名  |       |   |  |
|   | 対応障害種別    | <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 重心<br>その他 ( )   |   |     |       |   |  |
|   | 医療的ケアへの対応 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )  |   |     |       |   |  |
|   | サービス提供日時  | <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 |   |     |       |   |  |
|   |           | 時間   |   |     | 祝祭日対応 |   |  |
| 事業所の特徴 (活動内容や得意な支援、提供できるサービスなど)   |           |  |   |     |       |   |  |
| ライフサポート ( <input type="checkbox"/> ヘルパー派遣 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> デイサービス ) |           |  |   |     |       |   |  |
| 体験  | 内容        | <input type="checkbox"/> 生産的活動 <input type="checkbox"/> 余暇的活動 <input type="checkbox"/> アセスメント  |   |     | 体験時送迎 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |  |
|   | 条件        | 受給者証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   |   |     |       |   |  |
|   |           | 対象者等その他条件について  |   |     |       |   |  |
|   | 体験時にかかる費用 | 利用料  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) |     |       |   |  |
| その他 (食費等)   |           |  |   |     |       |   |  |
| 備考  |           |  |   |     |       |   |  |
| 緊急  | 担当者       |  |   | 連絡先 | Tel   |   |  |
|   | 内容        | 緊急時送迎  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有     |     |       |   |  |
|   |           | 条件 (対象者等)  |   |     |       |   |  |
|   | 費用        | 利用料  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) |     |       |   |  |
|   |           | その他(食費等)   |   |     |       |   |  |
| 備考  |           |  |   |     |       |   |  |

新規  
 変更

作成日 年 月 日

|   |                 |   |  |       |  |              |                                       |  |
|---|-----------------|---|--|-------|--|--------------|---------------------------------------|--|
| 基本<br>情報  | サービス種別          | 生活介護  |  | 事業所番号 |  | 送迎           | <input type="checkbox"/> 無            |  |
|   | 事業所名            | 〇〇〇〇  |  | 定員    | 20   |              | <input checked="" type="checkbox"/> 有 |  |
|   | 連絡先             | Tel   | 055-000-0000   |       | Fax  | 055-000-0000 |                                       |  |
|   |                 | メールアドレス   | abcdef@ghij.co.jp  |       |  |              |                                       |  |
|   | 住所              | 〒 411-0000 三島市  |  |       |  |              |                                       |  |
|   | 担当者             | 役職  |  | 氏名    |  |              |                                       |  |
|   | 対応障害種別          | <input type="checkbox"/> 身体 <input checked="" type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 重心<br>その他 ( )   |  |       |  |              |                                       |  |
|   | 医療的ケアへの対応       | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )  |  |       |  |              |                                       |  |
|   | サービス提供日時        | <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 |  |       |  |              |                                       |  |
|   |                 | 時間  | 9:30~15:30   |       | 祝祭日対応  | 事業所カレンダーの通り  |                                       |  |
| 事業所の特徴 (活動内容や得意な支援、提供できるサービスなど)   |                 |   |  |       |  |              |                                       |  |
| ライフサポート ( <input type="checkbox"/> ヘルパー派遣 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> デイサービス )<br>軽作業や創作的活動・運動を中心に活動を提供している。<br>自閉症の方の支援については、スケジュールや個別プログラムを用いた活動を提供している。 |                 |   |  |       |  |              |                                       |  |
| 体験  | 内容              | <input checked="" type="checkbox"/> 生産的活動 <input checked="" type="checkbox"/> 余暇的活動 <input checked="" type="checkbox"/> アセスメント  |  | 体験時送迎 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   |              |                                       |  |
|   | 条件              | 受給者証  | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有     |       | 車いすの方でも対応可能。   |              |                                       |  |
|   | 体験時にかかる費用       | 利用料   | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) |       | その他 (食費等) 昼食: 600円   |              |                                       |  |
|   | 備考              | 体験利用日数は、最大5日間まで。  |  |       |  |              |                                       |  |
| 緊急  | 担当者             | 〇〇 〇〇 (サビ管)   |  | 連絡先   | Tel  | 055-000-0000 |                                       |  |
|   | 内容              | 緊急時送迎   | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有     |       | サービス提供時間内 (9:30~15:30) ~最大20:30頃まで事業所内で見守りなどの対応が可能。食事対応は要相談。(夕食は提供不可)<br>通所事業所 (例)<br>・事業所内での宿泊対応はできないが、短期入所先への人的支援は可能。<br>・契約利用者であれば短期入所先への送迎、日中は事業所へ通所希望があればその送迎の対応可能。<br>・契約利用者で家族の許可があれば、一晩であれば自宅へ訪問し一緒に過ごすことができる。<br>入所施設 (例)<br>・情報が少ない新規ケースの場合は、サビ管等が自宅へ訪問しアセスメントすることが可能。 |              |                                       |  |
|   |                 | 条件 (対象者等)   | 例① 契約済み利用者であれば対応可能。<br>例② 契約済み利用者及び新規利用者も対応可能。                       |       |  |              |                                       |  |
|   | 費用              | 利用料   | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) |       |  |              |                                       |  |
|   |                 | その他 (食費等)   | 昼食: 600円   |       |  |              |                                       |  |
| 備考  | 緊急対応日数は、その当日のみ。 |   |  |       |  |              |                                       |  |





