

登録チェックシート

令和8年9月版

機能	国が示す地域生活支援拠点等が担うべき機能機能	対象事業所	項目	チェック欄
共通		全事業所	① 地域生活支援拠点等の整備の目的について理解していること。	☐
		※別紙「筑紫地区地域生活支援拠点ガイドライン」により整備目的等を確認	② 地域生活支援拠点等の整備に必要な機能を理解していること。	☐
			③ 筑紫地区における地域生活支援拠点等の登録・評価の手法について把握していること。	☐
			④ 地域生活支援拠点等の機能を担う事業所として、今後障がい者の生活を地域全体で支えるサービス提供体制の構築に積極的に参画すること。	☐
			⑤ 関係機関との連携調整に従事する職員を配置すること。	☐
			連絡調整に従事予定の職員の役職名及びその人数を記入してください。 	
相談	平時から緊急事態における支援が見込めない世帯を事前に把握・登録した上で、常時の連絡体制を確保し、緊急事態等において、必要なサービスの調整や相談その他必要な支援を行う機能	計画相談支援、障害児相談支援、一般相談支援	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いること。	☐
			サービス等利用計画等に緊急時の対応について明記している。	☐
			現在は、サービス等利用計画等に緊急時の対応について明記していないが、今後は明記する予定。	☐
			② 常時の連絡体制を確保し、緊急時に必要な福祉・医療等のサービスコーディネートが可能である。	☐
			常時の連絡体制の確保について、具体的な方法を記入してください。 	
			③ 緊急時の受け入れ対応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。	☐
			連携している短期入所事業所名を記入してください。 	
			④ 上記①～③の支援を行う際にはその支援の内容について随時障がい者基幹相談支援センターとの情報共有を行うことが可能である。 ※必要に応じて、筑紫地区自立支援協議会への報告や出席を求めることがあります。	☐
			⑤ 筑紫地区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作りに参画していること。 ※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。	☐
			参加実績 ※直近1年間の参加日 	
			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障がい者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。	☐
			検討している。	(年 月 日予定)
			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、医療的ケア児等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) ※各市障害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。	☐
			今後配置予定である。	(年 月 日予定)
			対応未定。	☐
			(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。	

機能	国が示す地域生活支援拠点等が担うべき機能機能	対象事業所	項目	チェック欄
緊急時の受け入れ・対応	短期入所事業所等を活用した常時の緊急受入体制を確保した上で、緊急事態における受け入れや医療機関への連絡等の必要な対応を行う機能	居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、短期入所、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、就労継続支援A型、就労継続支援B型	① 緊急時の受け入れ・対応要請に積極的に対応していること。	☐
			今後是对应する予定。	☐
			どのように常時の緊急受入体制等を確保し対応しているか、あるいは確保し対応する予定か。常時の緊急受入体制等の確保方法を記入してください。	
			② 契約している利用者のうち、緊急時の支援が見込めない世帯を事前に把握していること。	☐
			今後、把握する予定。	☐
			どのように事前の把握をしているか、あるいは把握する予定か。具体的な把握方法を記入してください。	
			③ 常時の緊急連絡体制を確保している。	☐
			今後、常時の緊急連絡体制を確保する予定。	☐
どのように常時の緊急連絡体制を確保しているか、あるいは確保する予定か。常時の連絡体制確保方法を記入してください。				
④ 事業所間のネットワーク作りに積極的に関わっている。	☐			
障がい者基幹相談支援センターの開催するネットワーク作り等に参画している。※ネットワーク会議等	☐			
参加実績 ※直近1年間の参加日	☐			
体験の機会・場	障害者支援施設や精神科病院等からの地域移行や親元からの自立に当たって、共同生活援助等の障害福祉サービスの利用や一人暮らしの体験の機会・場を提供する機能（地域生活障害者等について、平時から緊急事態に備えて短期入所事業所等を活用した体験の機会の提供及びその体制整備も含む。）	施設入所支援 短期入所 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 就労継続支援A型 就労継続支援B型、 共同生活援助	① 日頃から相談支援事業所や障がい者基幹相談支援センター等との連携体制の構築や支援ニーズの把握に努めている。	☐
			どのように連携体制構築を行っていますか、あるいは行う予定ですか。連携体制の構築方法を記入してください。	
② 体験の機会・場の提供を積極的に行い、地域においても緊急受け入れ先の可能性検討などを行っている。	☐			
専門的人材の確保・養成等	医療的ケアが必要な者や強度行動障害を有する者、高齢化に伴い重度化した障害者等に対して専門的な対応を行うことができる体制の確保や、専門的な対応ができる人材の養成その他地域の実情に応じて、創意工夫により付加する機能	全事業所	① 医療的ケアや強度行動障がいなど、専門的な支援スキルを必要とする障がい者等の支援が可能な人材を配置していること。	☐
			どのような人材を配置していますか。具体的に記入してください。	
			② 人材育成に取り組んでいること。	☐
③ 筑紫地区自立支援協議会へ参画し、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、地域社会の連携体制の構築等を行っていること。	☐			

※ 「各機能に共通する基本要件」はすべての項目番号にチェックが必要です。

※ 対象事業所が担うそれぞれの機能については、各項目番号（①、②など）に必ず1つ以上チェックが付いていることが必要です。

※ 届出機能のうち記述欄がある部分は必ず記入してください。

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 事業所名

代表者氏名