

別 紙

短期入所事業・障害者家族支援等推進事業（レスパイト）による
緊急時受け入れについての調査 実施要領

1. 目的

仙台市の地域生活支援拠点等における緊急受け入れ・対応の仕組みを検討するために、仙台市の障害児者に対する緊急時受け入れの現状について把握する。

2. 調査内容

- ① 短期入所事業・障害者家族支援等推進事業（レスパイト）実施状況（平成 29 年度実績）
- ② 「緊急時短期入所事業・障害者家族等推進事業（レスパイト）」の考え方に当てはまる理由で、緊急時に受け入れたケース数及び日数（泊数）
- ③ 「緊急時短期入所事業・障害者家族等推進事業（レスパイト）」の考え方に当てはまる理由で緊急時受け入れの相談があったが、受け入れに至らなかったケース数およびその理由
- ④ 緊急時受け入れの課題

3. 調査対象者

- ・ 仙台市内の指定短期入所事業者
- ・ 障害者家族等推進事業（レスパイト）実施事業者

4. 調査対象期間 平成 29 年 4 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日（平成 29 年度）

5. 「緊急時短期入所事業・障害者家族等推進事業（レスパイト）」の考え方

緊急的に短期入所や障害者家族等推進事業（レスパイト）の利用が必要とされる事態となり、相談（利用希望）から利用可否までの決定、事業所の受け入れが早急（数日以内）に行われたもの（下記参照）。

【緊急的な受け入れが必要とされる事態の例】

- ・ 介護者や家族の急病、介護、急な出産、冠婚葬祭、事件事故、仕事（急な出張）、その他社会的理由により、本人の介護ができない時
- ・ 家族間トラブル、虐待による避難等家族の分離が必要な場合
- ・ 障害者本人の急な退院や、病状や状態の悪化等により、同居している家族がケアに対応できない
- ・ 近隣住民とのトラブルや生活上のトラブル等への対応が必要な場合
- ・ 独居である本人の体調・状態の悪化等の理由により、一人で自宅で過ごすことが困難な場合等
- ・ その他緊急時と認められる場合

6. 回答方法

別紙調査票に沿って、月毎に各項目に当てはまる件数を記載してください。2ヶ月ごとに回答を依頼いたします。(回答月：6月〔4～5月分〕, 8月〔6～7月分〕, 10月〔8～9月分〕, 12月〔10～11月分〕, 2月〔12～1月分〕、4月〔2～3月分〕, 回答月の10日までに健康福祉局障害者支援課に提出)

7. 調査票の記入方法について（事例別調査票）

緊急的な受け入れが必要になった事例について、「緊急的な受け入れについての事例別集計票」に対応の詳細を記載してください。項目ごとの記載方法については以下をご参照ください。

- (1) 月：緊急時受け入れを行った月を選択肢から選択してください。
- (2) 相談者の基本的情報
 - ① 対象者の住所：対象者の居住地を選択肢から選択してください。
 - ② 性別：男女の別を選択肢から選択してください。
 - ③ 年齢：該当する年齢を選択肢から選択してください。
 - ④ 障害種別：障害の定義は以下によります。該当する障害を選択肢から選択してください。
 - ・ **身体障害**：身体障害者手帳を所持している者
 - ・ **知的障害**：療育手帳を所持している者
 - ・ **精神障害**：精神障害者保健福祉手帳を所持している者、自立支援医療（精神通院）を受給している者
 - ・ **難病**（下記のいずれかに該当する者）：発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなる疾患に罹患している者（難病法の規定）治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなる疾患に罹患している者（総合支援法の規定）
 - ・ **重症心身障害**：重度の知的障害（療育手帳A）及び重度の肢体不自由（身体障害者手帳1・2級）が重複している者
 - ・ **高次脳機能障害**：頭部外傷、脳血管障害等による脳の損傷の後遺症として、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害が生じ、これに起因して、日常生活・社会生活への適応が困難となっている者として、医療機関等において診断を受けている者
 - ・ **発達障害**：自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害を有する者として、発達相談支援センターや医療機関等において診断を受けている者
 - ・ **不明**：該当する障害が不明の場合に選択してください。
 - ・ **その他**：上記のいずれの障害にも該当しない者
- 重複障害の利用者は、それぞれの障害（例えば、知的障害と精神障害の重複の場合には「知的障害」及び「精神障害」）に計上します。ただし、療育手帳A及び身体障害者手帳1・2級（肢体不自由）が重複している場合には「重症心身障害」に計

上します。

(例)

- ・高次脳機能障害と診断されており、かつ身体障害者手帳と精神障害者保健福祉手帳を所持している場合には、「高次脳機能障害」、「身体障害」、「精神障害」に計上します。
- ・指定難病の患者が身体障害者手帳を所持している場合には、「難病」と「身体障害」に計上します。
- ・医療機関において医療の必要性はないと判断され、障害者手帳も自立支援医療も受給しておらず、診断名もないが、明らかに人格障害と思われる場合は、「精神障害」に計上せず、診断名が確認できないため「その他」に計上します。その際の診断名の確認方法は問いません。
- ・「その他」は、発達障害の診断途中や手帳取得手続き中など、他の選択肢に該当しない場合に計上します。

⑤ 医療的ケアの有無

この調査において「医療的ケア」とは、医師の指示、医師や看護師の指導支援体制の下、本人や家族などが、治療目的ではなく、生活援助を目的として行う行為をいいます。日常的に医療的ケアが必要な場合には「有」を、医療的ケアが必要ない場合は「無」を選択してください。

医療的ケアの例：酸素療法、吸引、吸入、気管カニューレの管理、人工呼吸器の管理、経鼻経管栄養、胃ろう、腸ろう、中心静脈栄養、点滴の管理、導尿、摘便等

⑥ これまでの利用の状況

- ・**新規**：初めて利用および登録の相談があった場合
- ・**継続**：定期的な利用がある。または前回の利用が1年以内の場合
- ・**1年以上利用なし**：登録および前回の利用から1年以上経過している場合

(3) 相談ルート（どこから相談が入ったか）

この事例の相談について、連絡してきた相談元を選択肢から選択してください。複数ある場合は、2つまで記載してください。

(4) 相談が入った時間帯

選択肢から選択してください。

(5) 緊急受け入れが必要な理由

緊急時対応が必要になった理由について、一番近い項目の選択肢に○を入力してください。複数の理由がある場合はそれぞれに○を入力してください。理由の詳細について自由記載欄に簡潔に記載してください。

(6) 受け入れの状況

① 受け入れの有無

短期入所・レスパイトで受け入れを行ったかどうかを記載してください。緊急受け入れを行った場合は「有」を、受け入れが出来なかった場合は「無」を選択してください。

② 相談から受け入れまでに要した日数

短期入所・レスパイトの受け入れを行った場合に、相談から受け入れまでにかかった日数を選択肢から選択してください。

③ 利用日数（日・泊数）

短期入所・レスパイトを利用した場合に、利用した日数（レスパイトの場合は泊数）を選択肢から選択してください。

④ 利用後の行先

短期入所・レスパイト利用後の次の行先について選択肢から選択してください。

⑤ 受け入れで苦慮した点、課題に感じたこと（自由記載）

簡潔に記載してください。

(7) 緊急受け入れができなかった理由

① 緊急受け入れを断った理由（選択肢から選択）

② 理由の詳細（自由記載）

③ どのような体制があれば緊急受け入れが担えるか（自由記載）

断った理由に近いものを選択肢から一つ選択し、その詳細について簡潔に記載してください。またどのような体制や仕組みがあればこの事例の緊急受け入れが担えるか記載してください。

8. 稼働状況調査票の記入方法について

短期入所・レスパイトの定員および月毎の稼働状況について記載してください。

項目ごとの記載方法については以下をご参照ください。

(1) 利用定員：一日あたり利用定員が決まっている場合は記載してください（空床利用型のため一日あたりの利用定員が決まっていない場合は記載は不要です）

(2) 稼働状況

① A. 実利用人数（人）：月毎の実利用人数を記載してください。

② B. 延利用日数（日・泊）：月毎の延利用日数（レスパイトの場合は泊数）を記載してください。