

羽曳野市地域生活支援拠点等事業実施要綱

制定 令和 2 年 3 月 12 日

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、地域生活支援拠点等の整備促進について(平成 29 年 7 月 7 日障
障発 0707 第 1 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部福祉課長通知)において示
された地域生活支援拠点等の機能のうち、居宅で生活を営む障害者又は障害児(以下
「障害者等」という。)がその主たる介護者である家族等の急病、事故等により居宅
での生活を維持できなくなった場合に、緊急一時的に指定短期入所事業所又は指定共
同生活援助事業所(以下「指定短期入所事業所等」という。)へ入所又は入居させるこ
と(以下「緊急一時保護」という。)により当該障害者等の生活維持を図ること及びそ
ののための地域の連携強化を図ることを目的とした羽曳野市地域生活支援拠点等事業
(以下「事業」という。)の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第 2 条 この要綱において用いる用語の意義は、障害者の日常生活及び社会生活を総
合的に支援するための法律(平成 17 年法律第 123 号)において用いる用語の例による。

(実施主体)

第 3 条 事業の実施主体は、市とする。ただし、事業の全部又は一部を適切な事業運営
ができると認められる社会福祉法人等に委託することができるものとする。

(事前登録)

第 4 条 福祉事務所長は、主たる介護者の高齢化又は疾病等により居宅での生活が困
難となることが容易に予測される障害者等から緊急一時保護に係る事前登録届出書
(別記様式)を提出させ、当該障害者等を登録するものとする。

2 前項の届出書の提出は、障害者又は障害児の保護者からの委任を受けた指定特定相
談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所(以下「指定特定相談支援事業所等」と
いう。)が行うものとする。

3 福祉事務所長は、前 2 項の規定による提出があったときは、当該障害者等の心身等
の状況及び主たる介護者の状況等について、指定特定相談支援事業所等を通じて定期
的に把握するよう努めるものとする。

(地域生活支援拠点等の届出)

第 5 条 前条の規定により届出を行った指定特定相談支援事業所等は、地域生活支援拠点等である旨を当該事業所の運営規程に明記した上で、介護給付費等体制届出書により福祉事務所に届け出るものとする。

2 前項の届出書の提出は、前条の規定による届出を行う前でも行うことができるものとする。

(連携協定等)

第 6 条 福祉事務所長は、第 4 条に規定する届出を行った障害者等の緊急一時保護が適切に行われるよう受入れ先となる指定短期入所事業所等及び当該障害者等が利用するサービス事業所との間で、緊急一時保護における地域での連携強化を図るための協定書の締結に努めるものとする。

2 福祉事務所長は、障害者等が日常的に指定短期入所事業所等を利用していないときは、当該障害者等が指定短期入所事業所等に入所又は入居することに慣れ親しみ、及び指定短期入所支援事業所等の従事者が当該障害者等の障害特性等を把握し、適切な支援につなげることができるよう、必要に応じ当該障害者及び障害児の保護者からの申請により介護給付費等の支給決定を行うものとする。

(事業の協議)

第 7 条 事業の推進に当たっては、羽曳野市地域自立支援推進会議において協議するものとする。

(委任)

第 8 条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、福祉事務所長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

緊急一時保護に係る事前登録届出書

届出日： 年 月 日

登録者	フリガナ					◆家族構成
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	歳 (男・女)	
	住 所	Tel : ()				
障害の種類・程度	① 身体障害手帳 (種 級) 障害名 :					
	② 療育手帳 A・B1・B2 (有効期限 年 月まで) ③ 精神障害者保健福祉手帳 1級・2級・3級 (有効期限 年 月まで) その他確認書類 (診断書・自立支援医療受給者証・年金証書) ④ 難病 (病名 :)					
医療機器等の装着・医療ケアの状況	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 (IVH) ☐ 透析 ☐ ストーマの処置 (人工肛門) ☐ 酸素療養 ☐ レスピレーター (人工呼吸器) ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の管理 ☐ 経管栄養 (☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ 鼻) ☐ 喀痰吸引処置 (回数 回/日) ☐ 間歇的導尿 ☐ モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ じょくそうの処置 ☐ カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等) ☐ ペースメーカー ☐ インシュリン注射 ☐ 摘便 ☐ 膀胱洗浄 ☐ 吸入 (ネブライザー) ☐ 鼻咽頭エアウェイ ☐ その他 ()					
障害支援区分 : 1 2 3 4 5 6 ※要介護認定 なし 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5						
主たる介護者 : ※健康状態等						
家族	氏 名	年齢	本人との続柄	同居・別居	連絡先等	
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		

利用サービス・支給量等	サービス種類	支給量	サービス事業所	担当者	連絡先等
	計画相談支援等	—			
	短期入所				
	グループホーム（体験利用）				
	居宅介護・重度訪問介護				
	生活介護・就労継続支援B型				
関係機関	機 関 名			担当者	連絡先等
	生活保護				
	医療機関				
想定される緊急対応の内					
その他・備考					

※ 本届出に伴い緊急時の対応を検討する際に、私が契約している以外の事業所職員を参加させる必要がある場合は、届出に記載した情報等を共有することに同意します。

氏 名 _____ (印)

代理人（家族） _____ (印)

代 筆 _____

代理届出者	事業所名	担当者名	連絡先