

## 豊中市障害者シルバーハウジング生活援助員派遣事業実施要綱

### (目的)

第1条 この事業は、障害者が自立して安全かつ快適な生活を営むことができるよう配慮された障害者向住宅（以下「シルバーハウジング」という。）に生活援助員を派遣し、生活相談、安否の確認、一時的な家事援助、緊急時の対応等のサービスを提供することにより、障害者の在宅生活を支援することを目的とする。

### (実施主体)

第2条 この事業の実施主体は豊中市とする。ただし、市長はこの事業を適切に達成することができるものと認める地域包括支援センター運営事業等を実施している社会福祉法人等に委託することができる。

### (生活援助員の資格要件)

第3条 生活援助員の資格要件は、次の各号に掲げるすべての項目を満たしている者でなければならない。

- (1) 障害者の福祉に関し、理解と熱意を有するものであること。
- (2) 心身ともに健全であること。
- (3) 第4条に掲げるサービスを適切に提供する能力を有すること。
- (4) ホームヘルパー、看護師、特別養護老人ホーム等の職員であること。又は、これらの職歴を有すること若しくはこれに準ずる能力を有すること。

### (生活援助員の業務内容)

第4条 生活援助員は、シルバーハウジングの入居者に対して次の各号に掲げる業務を行う。

- (1) 生活相談
- (2) 安否の確認
- (3) 一時的な家事援助
- (4) 緊急時の対応
- (5) 関係機関等との連絡
- (6) その他日常生活上の必要な援助

### (生活援助員の身分)

第5条 生活援助員は、本事業を受託する社会福祉法人等の職員とする。

(対象者)

第6条 この事業の対象者は、障害者シルバーハウジングに入居する者とする。

- 2 対象者は、生活援助員派遣を受けるに当たり承諾書(様式第1号)を市長に提出し、承諾書に記載されている内容を遅延なく履行しなければならない。

(費用の負担)

第7条 シルバーハウジングの入居者は、生活援助員派遣に係る費用負担については別表の費用負担基準により負担するものとする。

- 2 市長は、前項の基準に基づき費用負担を決定したときは、入居者に対し豊中市障害者シルバーハウジング生活援助員派遣事業費用負担決定通知書(様式第2号)により通知するものとする。
- 3 月の中途で生活援助員の派遣を開始、廃止した場合における当該月の費用負担の額は、日割りにより算定するものとする。

(費用負担の変更)

第8条 前条の規定にかかわらず、入居者から豊中市障害者シルバーハウジング生活援助員派遣事業費用負担変更申込書(様式第3号)の提出があり、次の各号のいずれかに該当し、市長が適当と認めるときは、同条の規定による費用負担は要しないものとする。

- (1) 入居者が重大な疾病に罹患したとき。
  - (2) 生計中心者が離職等により当該年度の収入が大きく減じたとき。
  - (3) その他市長が特に必要と認めた場合
- 2 市長は、入居者が前項各号のいずれかに該当するときは、豊中市障害者シルバーハウジング生活援助員派遣事業費用負担変更決定該当通知書(様式第4号)を、非該当と決定したときは豊中市障害者シルバーハウジング生活援助員派遣事業費用負担変更非該当通知書(様式第5号)を申込者に通知するものとする。

(関係機関との連携)

第9条 生活援助員は、シルバーハウジングの入居者に対する援助について関係機関及び関係団体との連携を図るとともに、この事業を運営する社会福祉法人等とも連絡調整を行うこととする。

(秘密の保持等)

第10条 生活援助員は、業務を行うに当たってシルバーハウジングの入居者について職務上知りえた個人情報を他に漏らしてはならない。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に必要な事項については別に定める。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

## 別 表

## 費 用 負 担 額 基 準

	利用者世帯の階層区分	市基準額 1か月当たり円
A	生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護者世帯（単給世帯を含む。）及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付受給世帯	0円
B	生計中心者の前年所得税年額 非課税世帯	0円
C	生計中心者の前年所得税年額 9,600円以下の世帯	0円
D	生計中心者の前年所得税年額 9,601円以上32,400円以下の世帯	0円
E	生計中心者の前年所得税年額 32,401円以上42,000円以下の世帯	950円
F1	生計中心者の前年所得税年額 42,001円以上80,000円以下の世帯	1,200円
F2	生計中心者の前年所得税年額 80,001円以上140,000円以下の世帯	2,400円
F3	生計中心者の前年所得税年額 140,001円以上200,000円以下の世帯	3,600円
F4	生計中心者の前年所得税年額 200,001円以上の世帯	4,900円

(備考)

- 1 1月初日から6月末日までにシルバーハウジング生活援助員の派遣を受ける場合、この費用負担基準表に「前年所得税年額」とあるのを「前々年所得税年額」とする。
- 2 日割りする場合、100円未満の端数がある場合はこれを切り捨てる。

(様式第1号)

## 承 諾 書

シルバーハウジング入居に際し、次の事項を承諾します。

1. 緊急時が想定される場合には、生活援助員および豊中市が委託契約した警備会社の緊急対応要員が自宅において必要な対応を行うこと。また、そのためにあらかじめ自宅の合鍵を生活援助員に預けること。
2. 緊急時等の対応のため、入居者基礎カードに記入すること。また、その情報を生活援助員および豊中市が委託契約した警備会社に提供すること。
3. 次のいずれかに該当するときは、速やかに生活援助員に届けること。
  - (1) 氏名、電話番号の変更があったとき
  - (2) 緊急連絡先に変更があったとき
  - (3) かかりつけの医療機関等の変更や身体状況に大きな変化があったとき
  - (4) 病院に入院したときや、長期間留守にするとき
4. 生活援助員派遣事業については、長期不在等利用の有無にかかわらず豊中市の定める費用負担基準に基づき当該経費を負担すること。また、市が世帯の所得状況および生活保護受給の有無を確認すること。

年 月 日

豊中市長あて

(住 所)

(氏 名)

(電話番号)

(様式第2号)

第 号  
年 月 日

様

豊中市長

### 豊中市障害者シルバーハウジング生活援助員派遣事業費用負担決定通知書

豊中市シルバーハウジング生活援助員派遣にかかる、費用負担について、次のとおり決定しましたので通知します。

入居者	氏名		
	住所		
期間			
費用負担	階層	1か月当たりの派遣料	円

(教示)不服申立て及び取消訴訟

- (1) この決定について不服がある場合に、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に豊中市長に対して不服申立てをすることができます。(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると不服申立てをすることができなくなります。)
- (2) この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、豊中市を被告として(訴訟において豊中市を代表する者は豊中市長となります。)、決定の取消しの訴えを提起することができます。(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)ただし、上記(1)の不服申立てをした場合には、当該不服申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。(なお、当該不服申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この当該決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

問い合わせ  
〒561-8501  
豊中市中桜塚3-1-1  
豊中市 課  
TEL 06-6858-

(様式第3号)

年( )年) 月 日

豊中市障害者シルバーハウジング生活援助員派遣事業費用負担変更申込書

豊中市長あて

住所

(申込者)名 前

電 話

豊中市障害者シルバーハウジング生活援助員派遣事業実施要綱第 条第 項 号の規定により、豊中市障害者シルバーハウジング生活援助事業費用負担変更を申込みます。

入居者	名 前	
	住 所	
変更理由 (具体的に記入 してください。)		

(問合せ先) 豊中市 課

〒561-8501 豊中市中桜塚3-1-1

TEL 06-6858-

(様式第4号)

第 号  
年 ( 年) 月 日

豊中市障害者シルバーハウジング生活援助員派遣事業費用負担変更決定該当通知書

様

豊中市長

年 月 日付けで申込みのありました豊中市障害者シルバーハウジング生活援助員派遣事業費用負担変更につきましては、下記のとおり該当しましたので通知します。

記

入居者	名前			
	住所			
期間				
費用負担	階層	1カ月当たりの派遣料		円

(問合せ先) 豊中市 課  
〒561-8501 豊中市中桜塚3-1-1  
TEL 06-6858-



(様式第5号)

第 号  
年 ( 年 ) 月 日

豊中市障害者シルバーハウジング生活援助員派遣事業費用負担変更非該当通知書

様

豊中市長

年 月 日付けで申込みのありました豊中市障害者シルバーハウジング生活援助員派遣事業費用負担変更につきましては、下記の理由で非該当となりましたので通知します。

記

入居者	名前	
	住所	
非該当の理由		

(問合せ先) 豊中市 課  
〒561-8501 豊中市中桜塚3-1-1  
TEL 06-6858-