

## 豊中市障害者緊急時支援事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、在宅の障害者(障害児を含む。以下同じ。)を介護している保護者が疾病等一時的な事由によりその介護が困難となった場合又は障害者が急激な環境の変化等により一時的に在宅生活が困難となった場合であって、やむを得ない事由により、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。以下「法」という。)第5条第1項に定める障害福祉サービス等を利用することができない場合等に、施設等で一時的に支援を行い、又は居宅等に支援者が訪問し支援を行うこと(以下「緊急時支援」という。)により、障害者の心身の安定を図ることを目的とする。

### (実施主体)

第2条 本事業の実施主体は豊中市とし、市長は、この事業の全部又は一部を適切に実施することができるものと認められる社会福祉法人等の事業者へ委託することができる。

### (支援の対象者)

第3条 緊急時支援の対象者は、次に掲げる要件を備えている者とする。

(1)原則として豊中市(以下「市」という。)の区域内に居住する法第4条1項に定める障害者又は同条第2項に定める障害児

(2)対象者が次のいずれかの事由により、一時的に支援が必要であること。

ア 障害者等の状態像の変化等の理由により、安全が確保できないとき

イ 介護者の死亡や急な入院等の理由で、介護等を行うことが不十分、もしくは介護等を行う者がいないとき

ウ その他、市長が緊急に障害者等の受け入れを行うことが必要と認める場合

2 前項の規定にかかわらず、次のいずれかに該当する者は対象としない。

(1)医療機関で医療を受ける必要があると認められる者

(2)家族等から虐待を受け、保護される必要があると認められる者

(3)その他市長がこの事業を利用することが適当でないとする者

### (支援の方法・内容)

第4条 緊急時支援は、次に掲げる方法によって行うものとする。

(1)施設活用型 指定障害福祉サービス等事業所(法第29条第1項に規定する指定障害福祉サービス事業者、法第51条の14第1項に規定する指定一般相談支援事業者若しくは法第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者又は児童福祉法(昭和22年法律第164号)第21条の5の3第1項に規定する指定障害児通所支援事業者若しくは同法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者(以下これらを「指定障害福祉サービス等事業者」という。)の事業を行う事業所をいう。)内で、対象者が滞在するために必要な広さや設備等を備えており、かつ衛生的に管理されている一定の場所で行うもの。

(2)支援者派遣型 指定障害福祉サービス等事業者の職員が、前号に掲げる他の指定障害福祉サービス等事業者の施設又は対象者の居宅等を訪問し行うもの。

#### (利用条件)

第 5 条 事業の利用期間は、介護者が当該障害者を介護することが困難になった理由である緊急時が発生した日(以下「発生日」という。)から起算して 7 日以内とする。(日数換算については、指定障害福祉サービスの報酬に係る算定基準短期入所サービス費の算定基準の入所日数の数え方に準ずる)ただし、市長が特にやむを得ない事情があると認めるときは、利用期間を延長することができる。

2 第 1 項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当するサービスを緊急時に利用できる者は、当該サービスの利用を優先するものとする。

- (1) 法に規定する介護給付費又は訓練給付費
- (2) 介護保険法(平成9年法律第123号)に規定する介護給付
- (3) 前 2 号にあげるもののほか事業に代わる障害者等に関するサービス

#### (緊急時の支援に係る事前登録等)

第 6 条 緊急時の支援を必要とする者は、豊中市地域生活支援拠点等(緊急時の支援)事前登録(変更・廃止)申込書(様式第 1 号)により、市長に提出するものとする。

2 市長は、前項の申込があったときは、本人の同意を得て、豊中市地域生活支援拠点等事業における地域生活支援拠点等コーディネーター(以下「コーディネーター」という。)に提供し、当該コーディネーターは利用申込者に対し緊急時の支援に必要な事項を聴取するものとする。

3 第 1 項の規定による申込は、緊急時支援を円滑に促進するためのもので、申込みのない者に対する緊急時の支援を妨げるものではない。

4 事前登録者のうち、第 1 項の規定により届け出た内容に変更が生じたとき又は当該登録を廃止しようとするときは、豊中市地域生活支援拠点等(緊急時の支援)事前登録(廃止・変更)申込書(様式第 1 号)により、市長に提出するものとする。

5 市長は登録者の情報を、第2条の規定により委託を受けた支援事業者等に提供することができる。

#### (利用の申込)

第 7 条 登録者が緊急時支援事業を利用しようとするときは、コーディネーターへ連絡するとともに豊中市障害者緊急時支援事業利用申込書(様式第 2 号)を市長に提出しなければならない。

2 市長は、登録者の利便を図るため、コーディネーターを経由して申請を受けることができる。

3 登録者は、緊急性が極めて高い事由のため、第1項に規定する利用申込書の提出が困難な場合は、口頭で申請することができる。ただし、口頭で申込したときは、緊急時支援事業を利用した後速やかに提出するものとする。

#### (利用の決定)

第 8 条 市長は、前条の申込みがあったときは、速やかにその内容を審査し、事業の利用の可否を決定したときは、豊中市緊急時支援事業利用決定通知書(様式第 3 号)により、当該申込みを行った者に通知するものとする。ただし、市長が緊急等やむを得ない理由と認める場合はこの限りでない。

#### (利用方法)

第9条 前条の規定による事業の利用の決定の通知を受けた者(以下「利用者」という。)が、事業を利用しようとするときは、第2条の規定により事業の実施の委託を受けた事業者(以下「事業者」という。)との契約に基づき利用するものとする。

(支援の報告)

第10条 支援実施事業者は、対象者に緊急時支援を実施したときは、速やかに障害者緊急時支援事業実施報告書(様式第4号)を市長に提出しなければならない。

(委託料)

第11条 市長は、事業を利用した利用者一人につき、委託料として次に掲げる委託の内容に応じ、当該各号に定める額を事業者に支払うものとする。

- (1)支援者の配置もしくは派遣 13,900 円/日
- (2)居室の提供 3,500 円/日

(利用料等)

第12条 利用者は、1か月につき4,000円を上限に、事業の1回当たりの利用料として、前条に定める額の10分の1に相当する額を事業者に支払うものとする。ただし、利用者が生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯に属する場合は、利用料を0円とする。なお、食費代、日用品費その他日常生活に必要な経費については、当該利用者が負担するものとし、当該支援事業者に支払うものとする。

(遵守事項)

第13条 事業者及び配置された支援員は、事業の提供時に事故が発生した場合は、市及び利用者の家族等に速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

2 事業者及び配置された支援員は、利用者への事業の提供に関する記録を整備しなければならない。

3 事業者及び配置された支援員は、正当な理由なく業務上知り得た利用者等に関する秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

第14条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和7年12月1日から施行する。

豊中市地域生活支援拠点等（緊急時の支援）事前登録（変更・廃止）申込書

豊中市長 様

私は、同居する介護者の急病その他の自宅における生活を困難にする緊急の事態に備え、豊中市及び豊中市地域生活支援拠点等コーディネーターに対し、私に関する以下の情報を提供します。

年 月 日

|                 |         |  |  |    |  |  |
|-----------------|---------|--|--|----|--|--|
| 本人<br>(支援を受ける方) | ふりがな    |  |  | 性別 | <input type="checkbox"/> 男<br><br><input type="checkbox"/> 女 |  |
|                 | 氏名      |  |  |    |  |  |
|                 | 住所      | (〒 - )   |  |    |  |  |
|                 | 生年月日    | 年 月 日  |  | 歳  |  |  |
|                 | 電話番号    | ☎ - -  |  |    |  |  |
|                 | 障害の別・等級 | <input type="checkbox"/> 身体障害 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 知的障害 ( ) <input type="checkbox"/> 精神障害 ( ) 級<br><input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 難病等    診断名 ( ) |  |    |  |  |

※以下の項目については、変更の場合は変更した箇所のみご記入ください。廃止の場合は不要です。

|           |                |        |        |         |    |                             |
|-----------|----------------|--------|--------|---------|----|-----------------------------|
| 緊急連絡先・代理人 | ふりがな           |        | 本人との関係 | 本人の家族構成 |    |                             |
|           | 氏名             |        |        | 氏名      | 年齢 | 続柄<br><small>(○で囲む)</small> |
|           | 住所             | (〒 - ) |        |         |    | 同居・別居<br>同・別                |
|           | 電話番号           | ☎ - -  |        |         |    | 同・別                         |
|           | ※本人と同居の場合は記入不要 |        |        |         |    |                             |

|          |                 |   |    |  |
|----------|-----------------|---|----|--|
| 障害福祉サービス | 利用しているサービス事業所 1 | 事業所名  | 担当 |  |
|          | 利用しているサービス事業所 2 | 事業所名  | 担当 |  |
|          | サービス等利用計画       | <input type="checkbox"/> 本人・ご家族等で自ら作成（セルフプラン）<br><input type="checkbox"/> 指定特定<br>相談支援事業所名 _____ 担当 _____ |    |  |

|  |        |                              |                            |
|--|--------|------------------------------|----------------------------|
| 関係機関<br><small>(病院・学校、<br/>主治医・担任など)</small> | 関係機関 1 | 名称 <small>(病院・学校など)</small>  | 所属 <small>(学年・組など)</small> |
|  |        | 担当 <small>(主治医・担任など)</small> | 本人との関係                     |
|  | 関係機関 2 | 名称 <small>(病院・学校など)</small>  | 所属 <small>(学年・組など)</small> |
|  |        | 担当 <small>(主治医・担任など)</small> | 本人との関係                     |
|  | 関係機関 3 | 名称 <small>(病院・学校など)</small>  | 所属 <small>(学年・組など)</small> |
|  |        | 担当 <small>(主治医・担任など)</small> | 本人との関係                     |

【重要】登録申込みに際しては、次のことにご同意ください。

|   |  |
|---|--|
| 緊急時の支援を円滑に行うために必要な範囲において、本人及び支援者の個人情報地域生活支援拠点等コーディネーターが市、障害福祉サービス事業所その他の関係機関から取得し、及び共有することに同意します。 | 同意の場合は <input checked="" type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/>                   |

※コーディネーターが取得した情報は、緊急時の支援その他本業務に必要な範囲でのみ使用し、それ以外に使用することはありません。

■ 申込書の提出から 1 か月後までに、コーディネーターから第一報のご連絡を差し上げます。  
 第一報の連絡先をご記入ください。 氏名 ( ) 電話 ( )

(太線の枠内の項目は必ずご記入ください。)

様式第2号

豊中市障害者緊急時支援事業利用申込書

年 月 日

(宛先) 豊中市長 様

次のとおり、豊中市障害者緊急時支援事業の利用を申し込みます。

また、利用者負担額を決定するために必要な場合は、所得及び世帯の状況等について調査することに同意します。

|                            |  |                 |                       |                |      |  |
|----------------------------|--|-----------------|-----------------------|----------------|------|--|
| 申<br>込<br>者                | フリガナ   |                 | 生年月日                  | 年 月 日          |      |  |
|                            | 氏 名  |                 |                       |                |      |  |
|                            | 居住地  |                 |                       |                |      |  |
| 利<br>用<br>者<br>の<br>状<br>況 | 障害種別   | 手帳の所持           | 有 ・ 無                 |                |      |  |
|                            |  | 身体障害者手帳         | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 |                |      |  |
|                            |  | 療育手帳            | A ・ B1 ・ B2           |                |      |  |
|                            |  | 精神障害者保健福祉手帳     | 1 ・ 2 ・ 3             |                |      |  |
|                            |  | 難病等疾患名          |                       |                |      |  |
|                            | 他のサー<br>ビスの利<br>用状況  | 障害支援区分          | 有・無                   | 区分 1 2 3 4 5 6 | 有効期限 |  |
|                            |  | 利用中のサービスの種類、内容等 |                       |                |      |  |
| 同居の介<br>助者                 | 氏 名  | 続柄              | 生年月日                  |                |      |  |
|                            |  |                 | 年 月 日                 |                |      |  |
|                            |  |                 | 年 月 日                 |                |      |  |
| 利用料負担額<br>に関する認定           | 下記の区分の適用を申し込みます。<br>1 生活保護受給者<br>2 利用者本人及び配偶者が市民税非課税<br>3 利用者本人又は配偶者が市民税課税 |                 |                       |                |      |  |

|  |  |
|--|--|
| 緊急時の支援を円滑に行うために必要な範囲において、本人及び支援者の個人情報、市が委託し支援の調整を行う地域生活支援拠点等コーディネーターと共有するとともに、コーディネーターが、市、障害福祉サービス事業所その他の関係機関から取得し、及び共有することに同意します。 | 同意の場合は <input checked="" type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/>                   |

様式第3号

豊中市障害者緊急時支援事業利用決定通知書

年 月 日

様

豊中市長

年 月 日付けで申込のあった豊中市障害者緊急時支援事業の利用については、豊中市緊急時支援事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

- 1 利用決定の内容
- ・利用を可とする
  - ・利用を可としない（理由 ）

2 決定事項

|          |       |
|----------|-------|
| 決定日      | 年 月 日 |
| 利用開始日    | 年 月 日 |
| 利用者負担上限額 | 円     |

年 月 日

豊中市長 様

法人等名称

所在地

代表者氏名

次のとおり緊急時支援事業の受入れを終了しましたので、豊中市緊急時支援事業実施要綱第10条の規定により、下記のとおり報告します。

記

|      |               |      |       |
|------|---------------|------|-------|
| ふりがな |               | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏 名  |               |      |       |
| 住 所  |               |      |       |
| 利用期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |      |       |
| 支援内容 |               |      |       |
| 備 考  |               |      |       |