

制 定 令和2年4月1日

最近改正 令和3年4月1日

## 大阪市障がい者緊急一時保護施設退所支援等事業実施要綱

### (目的)

第1条 本事業は、大阪市要援護障がい者・高齢者緊急一時保護事業実施要綱(以下「緊急一時保護事業実施要綱」という。)第3条に定める実施施設(以下「実施施設」という。)に入所している障がい者が、円滑に退所し、ふさわしい生活の場へ移行できるよう家族や関係機関等との連絡調整、障がい福祉サービス等の利用に関する相談その他の必要な支援を行うことを通して、障がい者の安心した地域生活を支える体制を確保す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本市とし、市長が適切に事業運営ができると認める障がい者基幹相談支援センター事業又は地域活動支援センター(生活支援型)運営事業を行う者に委託して実施する。

### (対象者)

第3条 本事業の対象者は、緊急一時保護事業実施要綱第8条第1項に定める保護の決定を受け、現に実施施設に入所している者とする。

### (事業内容)

第4条 本事業の内容は、次の各号に掲げるものとする。

#### (1) 退所支援

緊急一時保護事業の保護の期間は、原則として実施施設に入所の日から起算して14日であることから、円滑に実施施設から退所できるよう、保護期間中に、家族、保健福祉センター・障がい福祉サービス事業所等の関係機関との連絡調整、障がい福祉サービス等の利用に関する相談その他の必要な支援を行う。

#### (2) 日常生活及び社会生活を継続するための支援体制のコーディネート

実施施設退所後の生活においては介助者が不在となる事態が生じないよう、また関係機関から必要な支援を受けて安定した日常生活及び社会生活を継続できるよう、支援体制のコーディネートを行う。

### (支援の決定)

第5条 緊急一時保護事業実施要綱第8条第1項に定める保健福祉センター所長(以下「保健福祉センター所長」という。)は、本事業による支援が必要であると認める場合は、支援の決定を行い、その旨を福祉局障がい者施策部障がい福祉課長(以下「障がい福祉課長」という。)に連絡しなければならない。

- 2 前項の連絡を受けた障がい福祉課長は、第2条により委託した事業者の中から、前項の決定に係る支援を行う事業者を選定し、保健福祉センター所長に連絡するものとする。
- 3 前項の連絡を受けた保健福祉センター所長は、当該事業者に対して「障がい者緊急一時保護施設退所支援等事業実施依頼書」（様式1号）により支援の実施を依頼するものとする。

（事業実施報告）

第6条 本事業の実施事業者は、第4条各号に掲げる業務を終了し、対象者が実施施設を退所した場合は、原則として退所の日属する月の翌月10日までに、「障がい者緊急一時保護施設退所支援等事業実施報告書」（様式2号）により報告しなければならない。

（費用の支払）

第7条 本市は、本事業の実施事業者から前条に定める報告及び請求があったときは、業務の完了を確認した上で、当該事業者に対して業務委託料を支払うものとする。

- 2 前項に定める業務委託料は、1回の支援につき35,000円とする。

（職員の責務）

第8条 本事業に従事する者は、正当な理由なく、本事業により知り得た情報を第三者に漏らしてはならない。

（記録の保管）

第9条 本事業の実施に当たっては、支援の経過に関する記録、会計帳簿等を適切に作成し、その他必要書類とともに、支援の終了後10年間保存しなければならない。

（その他）

第10条 この要綱に定めのない事項については、本事業を所管する課長が定める。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

## 障がい者緊急一時保護施設退所支援等事業実施依頼書

依頼日 令和 年 月 日

大阪市障がい者緊急一時保護施設退所支援等事業受託者 様

区役所保健福祉課長

次の者について、障がい者緊急一時保護施設退所支援等事業による支援をお願いします。

ふりがな		生年月日 ( 年 齡 )	年 月 日 ( 歳 )
利用者氏名			
住 所			
入 所 日	年 月 日	退 所 予 定 日	年 月 日
障がいの 種 類 等	身体障がい者手帳 ( 級 )      療育手帳 ( A ・ B1 ・ B2 )      精神障がい者保健福祉手帳 ( 級 ) その他 ( 具体的に )		
介護者の 状 況			
緊急保護 理 由			
支援方針			
備 考			

【問い合わせ先】

大阪市 区保健福祉センター 課			
住 所	大阪市 区		
担 当 者		電話番号	

障がい者緊急一時保護施設退所支援等事業実施報告書

年 月 日

大 阪 市 長 様

実施機関住所

実施機関名

代 表 者 名

次のとおり支援を実施しましたので報告します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用者氏名			
住 所			
入 所 日	年 月 日	退 所 日	年 月 日
退 所 先			
障がいの 種 類 等	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B1・B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に )		
緊急保護 理 由			
支援内容 (具体的に)			
備 考			