

## 函館市障害者地域活動緊急介護人派遣事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、障害者の在宅生活を支え福祉の増進を図るために、在宅の障害児(者)を日常的に介護している保護者等が緊急な用件などにより、介護することができない場合に、保護者等に替わって、障害児(者)を保護する者(以下「生活支援員」という。)を派遣し対応する障害者地域活動緊急介護人派遣事業(以下「事業」という。)に関し必要な事項を定めるものとする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は、函館市とする。ただし、この事業の全部または一部を社会福祉法人に委託することができる。

(対象者)

第3条 この事業の対象者は、市内に住所を有する在宅の身体および知的障害児(者)とする。ただし、介護保険の対象となる者は、除くものとする。

(派遣要件)

第4条 この事業において、生活支援員を派遣する要件は、次の各号のいずれかに該当する場合とする。

- (1) 介護者の急な通院
- (2) 介護者の急な冠婚葬祭
- (3) その他、市長が認める要件

2 前項に該当する場合であっても、営業活動や医療的措置等を伴う保護については、利用できないものとする。

(事業の内容)

第5条 事業の内容は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 対象者の自宅での保護
- (2) 対象者が通所する作業所や学校等への送迎
- (3) その他、介護者に何らかの緊急な出来事が生じた場合の対象者の保護

(利用登録の申請)

第6条 生活支援員の派遣を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、別記第1号様式の申請書により、市長に提出しなければならない。

(利用登録の決定等)

第7条 市長は、前条の申請書を受理したときは、申請者が対象者に該当するかどうか審査のうえ、利用登録の可否について決定し、その内容を申請者および事業の受託者に通知するものとする。

(対象者の登録および廃止等)

第8条 市長は、前条の規定により登録の決定をした者については、別記第2号様式の対象者台帳に記載し登録するものとする。

2 市長は、前条の規定による決定について必要な場合は、対象者の診断書を提出させるものとする。

3 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、登録を停止し、または廃止するものとする。

(1) 死亡のとき。

(2) 市の区域外へ転出したとき。

(3) 虚偽の申請、その他の不正な手段により利用の決定を受けたとき。

(4) その他、登録を継続することが適当でないとき。

4 市長は、前項の規定により登録を停止し、または廃止したときは、その内容を申請者および事業の受託者に通知するものとする。

5 市長は、第1項の規定による登録をするときは、必要に応じ別記第3号様式の介護同意書および別記第4号様式の調査書を提出させるものとする。

(派遣の拒否および取り消し)

第9条 市長は、次の各号のいずれかに該当する場合は、派遣の拒否または派遣の取り消しをすることができる。

(1) 対象者が伝染性疾患を有する場合

(2) 対象者が疾病または負傷のため入院治療が必要であると認められる場合

(3) 対象者が居宅介護や短期入所の指定居宅支援を利用できる場合

(4) その他事業利用が定期的および恒常的な場合ならびに対象者が事業を利用する者として不相当と市長が認めた場合

(生活支援員の選定および登録)

第10条 生活支援員は次の各号に掲げる要件を備えている者またはこれと同等と認められる者のうちから選考するものとする。

- (1) 心身ともに健全であること。
  - (2) 障害者福祉に関し、理解と熱意を有すること。
  - (3) 対象者の介護を適切に実行する知識と能力を有すること。
- 2 前項の規定により選定した生活支援員は、所定の講習を受講し、その終了後に登録するものとする。
- 3 生活支援員の派遣は、前項の規定により登録された者のうちから行うものとする。

(生活支援員の業務等)

第11条 生活支援員は、第5条に規定する事業の内容に基づき対象者の保護等に当たるものとする。

- 2 生活支援員は、派遣に係る活動を終了したときは、速やかにその結果を報告しなければならない。

(生活支援員の登録の抹消)

第12条 市長は、生活支援員が第10条第1項の規定に違反し、もしくは生活支援員として不相当と認められる行為があった場合または本人の事情により業務を遂行できなくなったときは、第10条第2項に規定する登録を抹消することができる。

(証明書の携帯等)

第13条 生活支援員は、業務の執行に当たっては、身分を示す証明書を常に携帯し、派遣対象者等からの提示を求められた場合は速やかに提示しなければならない。

(秘密の保持)

第14条 生活支援員は、業務上知り得た個人に関する情報を他に漏らしてはならない。また、登録を抹消した後も、同様とする。

(費用の負担)

第15条 事業の利用者は、別表の費用を負担しなければならない。この場合において、負担する費用は、事業の提供をした社会福祉法人に支払うものとする。

(事業の運営に関する指示等)

第16条 第2条の規定により、この事業を社会福祉法人に委託した場合において、必要があると認めるときは、当該社会福祉法人に対し当該事業に係る運営

について必要な指示を行い，利用状況等の報告を求めるものとする。

- 2 当該事業を受託した法人の職員は，個人に関する情報を他に漏らしてはならない。また，その職を退いた後も同様とする。

(その他)

第17条 この要綱に定めるほか，事業の実施に関し必要な事項は，別に定める。

附 則

この要綱は，平成13年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は，平成15年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は，平成19年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は，令和4年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際現に改正前の別記第1号様式および別記第3号様式の規定に基づき提出されている申請書等は，改正後の別記第1号様式および別記第3号様式の規定に基づき提出された申請書等とみなす。

別表（第15条関係）

利用者負担

項 目	金 額	備 考
利用料基準額 (1時間あたり)	500円	利用時間が1時間以内の場合はこの金額とし、1時間を超えて利用する場合は、30分毎に基準額に0.5を乗じた額を加算する。

別記第1号様式（第6条関係）

函館市障害者地域活動緊急介護人派遣事業申請書

\_\_\_\_\_年 月 日

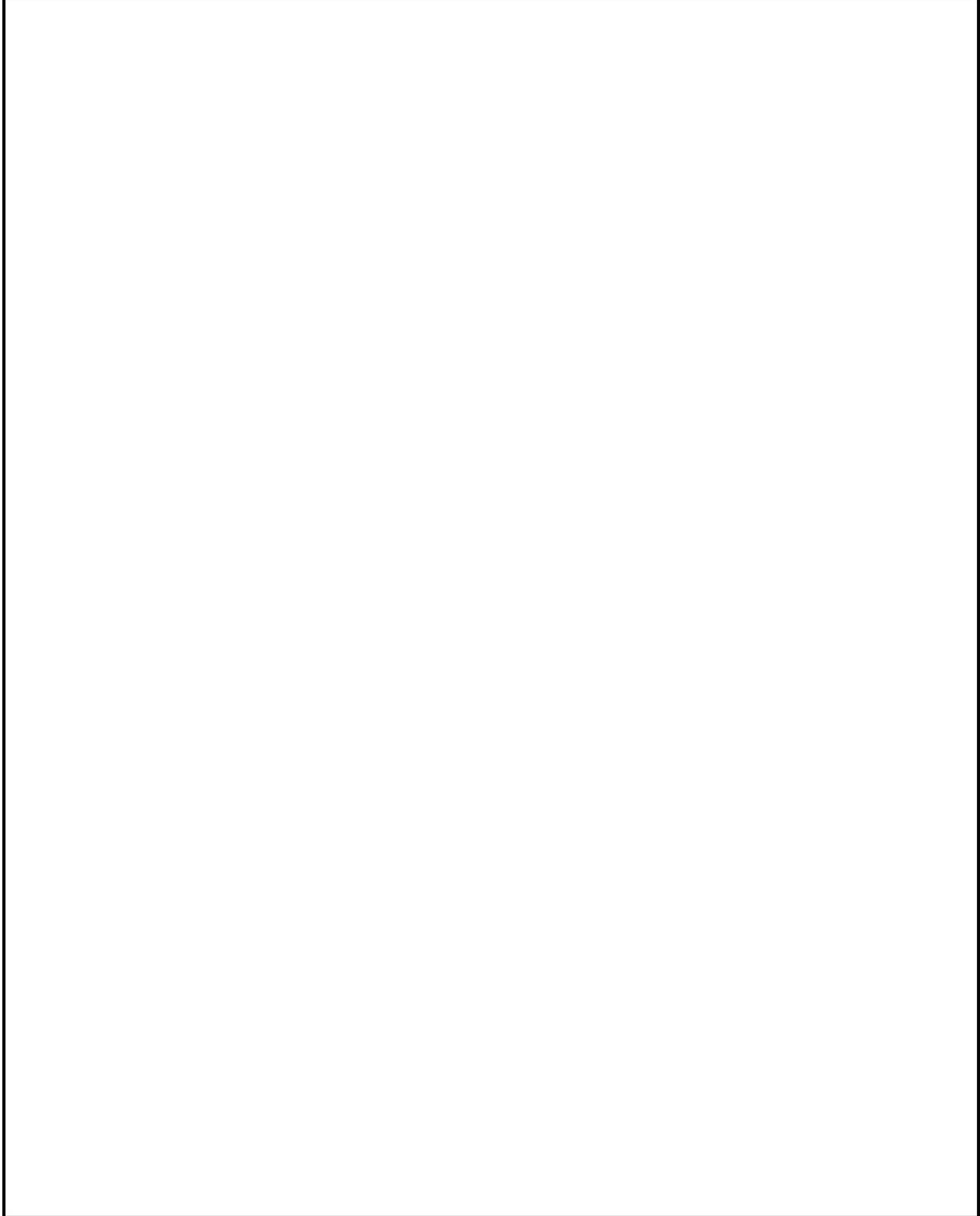
函館市福祉事務所長 様

住所 函館市 \_\_\_\_\_ 町 丁目 番 号  
申請者  
氏 名 \_\_\_\_\_  
(Tel \_\_\_\_\_ )

次のとおり、申請します。

派遣 対象者	住所	函館市 _____ 町 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号		
	氏名	_____	生年月日	_____年 _____月 _____日
	身体障害者手帳	種 級	療 育 手 帳	A ・ B
	障 害 名	_____		
家 族 の 状 況	氏 名	対象者との続柄 同居・別居の別	生 年 月 日	職 業
	_____	(同居・別居)	_____	_____
	_____	(同居・別居)	_____	_____
	_____	(同居・別居)	_____	_____
	_____	(同居・別居)	_____	_____
	_____	(同居・別居)	_____	_____

派遣場所近辺略図





別記第3号様式（第8条関係）

## 介 護 同 意 書

年 月 日

函館市福祉事務所長 様

函館市 町 丁目 番 号

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_

函館市障害者地域活動緊急介護人派遣事業実施要綱第8条に基づき、生活支援員の派遣を受けて介護を受けることについて同意します。

### 1 派遣対象者

登録番号	
対象者氏名	_____
生年月日	年 月 日生
保護者氏名	_____
住 所	
電 話	

別記第4号様式（第8条関係）

調査書

対象者氏名		生年月日		年 月 日生		
住 所						
療育手帳		1 持っている（程度 ）		2 持っていない		
判定機関		判定月日		年 月 日頃		
日常生活について	言葉	1 普通に話せる 2 少し話せる 3 単語程度なら話せる 4 話せない				
	食事	1 はし使って1人で食べられる 2 スプーンを使って1人で食べられる 3 一部介助 4 全介助				
	排便	1 1人でトイレに行く 2 一部介助があればトイレができる 3 全介助 4 常時オムツ使用				
	行動	1 特に変わった所はない 2 動き回り注意が必要 3 常時目が離せない				
	生活	1 集団生活ができる 2 家族以外にもなじみやすい 3 家族以外はなじまない				
健康について	ひきつけ	1 ない 2 月に_____回ぐらいある 3 毎日_____回ぐらいある				
	発熱	1 めったに発熱しない 2 環境が変わると発熱しやすい 3 よく発熱する				
	服薬	1 服薬していない 2 時々服薬する（状態 薬品名 ） 3 常時服薬する（状態 薬品名 ）				
	既往歴					
主治医	病院名			主治医		
	所在地			電話		
(環境・生活支援員が変わった場合注意すること)						
家族の状況	氏 名		年齢	続柄	備 考	
連絡先の緊急時の	順位	氏 名	住 所		続柄	電 話
	1					
	2					
	3					

## 日常生活自立度（寝たきり度）

該当する項目に1か所○印を付けてください。（補装具や自助具を使用した状態でもよい。）

準 寝 た き り	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。	
	A	1 介助により外出し、日中ほとんどベッドから離れて生活する。
	2	2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
寝 た き り	屋内の生活は何らかの介護を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。	
	B	1 車椅子に便乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。
	2	2 介助により車椅子に移乗する。
	日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。	
	C	1 自力で寝返りをうつ。
	2	2 自力では寝返りもうたない。

### 既往症および現在の健康状態

健 康 に つ い て	ひきつけ	1 ない	2 月に	回ぐらいある	3 毎日	回ぐらいある
	服 薬	1 服薬していない		2 時々服薬する	3 常時服薬する	
	（状態や薬品など詳しくお書きください。）					
既 往 歴						
主 治 医		病院名			主治医	
		所在地			電 話	
（環境・ヘルパーが変わった場合注意すること）						