

朝霞市地域生活支援拠点等事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、障害者等の重度化、高齢化や「親亡き後」の生活の安心を見据え、障害者等の地域生活への移行や地域生活の継続を推進し、障害者等が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう居住支援機能の強化を図ることを目的として、障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成18年厚生労働省告示第395号）に基づき実施する朝霞市地域生活支援拠点等事業（以下「本事業」という。）について必要な事項を定めるものとする。

(実施主体)

第2条 本事業の実施主体は、朝霞市（以下「市」という。）とする。ただし、本事業の一部を適切な事業運営が確保できると認められる者に委託することができる。

(支援対象者)

第3条 本事業の支援対象者は、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。以下「障害者総合支援法」という。）第4条第1項の障害者又は同条第2項の障害児（以下「障害者等」という。）であって市内に住所を有するもの又は市が援護の実施者となっている者とする。

2 本事業の利用を希望する障害者等は、家族や相談支援専門員等の支援者の協力を得て本人の意思に基づきあんしんシート（様式第6号）を事前に作成するものとする。ただし、緊急に事業を利用する事案があった場合は、あんしんシートの提出を省略することができる。

(事業内容)

第4条 市は、次の各号に掲げる機能を持つ拠点を整備し、及びその充実を図るものとする。

- (1) 相談 基幹相談支援センター、委託相談支援事業、特定相談支援事業とともに地域定着支援を活用してコーディネーターを配置し、緊急時の支援が見込めない世帯を事前に把握・登録した上で、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要なサービスのコーディネートや相談その他必要な支援を行う機能
- (2) 緊急時の受入れ・対応 短期入所を活用した常時の緊急受入体制等を確保した上で、介護者の急病や障害者等の状態変化等の緊急時の受入れや医療機関への連絡等の必要な支援を行う機能
- (3) 体験の機会・場 地域移行支援や親元からの自立等に当たって、共同

生活援助等の障害福祉サービスの利用や一人暮らしの体験の機会・場を提供する機能

(4) 専門的人材の確保・養成医療的ケアが必要な者や行動障害を有する者、高齢化に伴い重度化した障害者等に対して、専門的な対応を行うことができる体制の確保や、専門的な対応ができる人材の養成を行う機能

(5) 地域の体制づくり 基幹相談支援センター、委託相談支援、特定相談支援、一般相談支援等を活用して、コーディネーターを配置し、地域の様々なニーズに対応できるサービス提供体制の確保や地域の社会資源の連携体制の構築等を行う機能

(事業所の登録)

第5条 本事業を実施する事業所（以下「実施事業所」という。）を市へ登録しようとする事業者は、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に基づく障害者支援施設の設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第177号）第6条の運営規程において、当該事業所を本事業の機能を担う事業所として規定し、朝霞市地域生活支援拠点等事業所登録申請書（様式第1号）に当該事業所の運営規程（地域生活支援拠点等の機能を担う事業者であることが規定されたものとする。）を添えて市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の申請を受けたときは、その内容を審査し、相当と認められたものについて実施事業所として登録を行い、朝霞市地域生活支援拠点等事業所登録決定通知書（様式第2号。以下「決定通知書」という。）により、その旨を通知するものとする。

3 前項の登録を受けることができる事業者は、次の各号のいずれかの要件を満たす者とする。

(1) 障害者総合支援法第36条第1項に基づく指定障害福祉サービス事業者の指定又は実施事業所が障害者総合支援法第38条第1項に基づく指定障害者支援施設の指定を受けている者

(2) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第21条の5の15第1項に基づく指定障害児通所支援事業者の指定又は実施事業所が同法第24条の9第1項に基づく指定障害児入所施設の指定を受けている者

(3) 障害者総合支援法第51条の20第1項に基づく指定相談支援事業者の指定又は児童福祉法第24条の28第1項に基づく指定障害児相談支援事業者の指定を受けている者

4 市長は、第2項の登録の決定を受けた事業者（以下「登録事業者」という。）について、朝霞市地域生活支援拠点等登録事業所台帳（様式第3号）

に当該登録の内容を記載し、公表するものとする。

(変更)

第6条 登録事業者は、決定通知書の内容に変更が生じたときは、速やかに朝霞市地域生活支援拠点等事業所登録変更届出書(様式第4号)により市長に届け出なければならない。

(廃止)

第7条 登録事業者は、本事業を廃止するときは、その1か月前までに、朝霞市地域生活支援拠点等事業所廃止届出書(様式第5号)により市長に届け出なければならない。

(調査等)

第8条 市長は、登録事業者及び第2条の委託を受けた事業者に対し、必要に応じて本事業の運営状況に係る調査等を実施することができる。

(秘密の保持等)

第9条 本事業に携わる者は、次に掲げる事項に留意しなければならない。

- (1) 緊急時の相談又は受入れ対応等の業務に当たり、関係機関等の担当者が互いに情報を共有し、その活用を図ることが重要であることを鑑み、原則としてあらかじめ本人から個人情報事業目的の範囲内で利用する旨の了承を第3条第2項に掲げているあんしんシートにおいて得ること。
- (2) 個人情報の取扱いについて関係法令を遵守し、厳重に取り扱うこととし、その保護に遺漏のないよう十分に留意すること。
- (3) 職務上知り得た個人情報その他の秘密を他に漏らさないこと。その職を退いた後もまた同様とする。

(委任)

第10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8年4月1日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

朝霞市地域生活支援拠点等事業所登録申請書

年 月 日

朝霞市長 宛

所在地

申請者（設置者）名称

代表者

㊞

拠点等事業を行う事業所を登録したいので、朝霞市地域生活支援拠点等事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 (設置者)	ふりがな				
	名称				
	主たる事業所の所在地	(〒 —)			
	連絡先	電話番号		F A X	
登録を 行おう とする 事業所	ふりがな				
	名称				
	事業の種類				
	事業所（施設）の所在地	(〒 —)			
	連絡先	電話番号		F A X	
		メールアドレス			
	地域生活支援拠点等として担う機能	①相談 ②緊急時の受入れ・対応 ③体験の機会・場 ④専門的人材の確保・養成 ⑤地域の体制づくり			
開始予定年月日	年 月 日				

※備考 関係書類として、「運営規程の写し」を添付してください。

第 号
年 月 日

様

朝霞市長



朝霞市地域生活支援拠点等事業所登録決定通知書

年 月 日付けで申請のありました事業所の登録について、次のとおり決定しましたので、朝霞市地域生活支援拠点等事業実施要綱第5条第2項の規定により、通知します。

ふりがな				
事業所の名称				
事業所（施設）の所在地	（〒 — ）			
連絡先	電話番号		F A X	
	メールアドレス			
地域生活支援拠点等として担う機能	①相談 ②緊急時の受入れ・対応 ③体験の機会・場 ④専門的人材の確保・養成 ⑤地域の体制づくり			
開始年月日	年 月 日			

様式第3号（第5条関係）

朝霞市地域生活支援拠点等登録事業所台帳

名 称	所 在 地	連 絡 先	事業の種類	担う機能				
				①	②	③	④	⑤

※担う機能 ①相談 ②緊急時の受入れ・対応 ③体験の機会・場
④専門的人材の確保・養成 ⑤地域の体制づくり

様式第4号（第6条関係）

朝霞市地域生活支援拠点等事業所登録変更届出書

年 月 日

朝霞市長 宛

所在地

申請者（設置者）名称

代表者

印

拠点事業を行う事業所の登録内容に変更が生じたため、朝霞市地域生活支援拠点等事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり届け出ます。

登録内容を 変更する 事業所	名称	
	所在地	
	連絡先	
	事業の種類	
登録年月日	年 月 日	
変更年月日	年 月 日	
変更内容及び理由	(内容)	
	(理由)	
備考		

様式第5号（第7条関係）

朝霞市地域生活支援拠点等事業所廃止届出書

年 月 日

朝霞市長 宛

所在地

申請者（設置者）名称

代表者

印

次の事業所について、拠点等事業を廃止したいので、朝霞市地域生活支援拠点等事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり届け出ます。

廃止する事業所	名称	
	所在地	
	連絡先	
	事業の種類	
登録年月日	年 月 日	
廃止年月日	年 月 日	
廃止理由		
備考		

様式第6号(第3条関係)

あんしんシート

朝霞市地域生活支援拠点等事業を利用するにあたって、次のとおり記載した情報を、朝霞市から関係する地域生活支援拠点等の機能を担う事業所等と共有することに同意します。												
年 月 日			(署名欄)									
氏名												
法定代理人												
記入日： 令和 年 月 日		記入者： 【所属】			【氏名】							
フリガナ	氏名	男	生年月日	年 月 日	歳	(記入時)	区分	短期入所決定	介護保険	サービス利用		
							無	無	無	無		
住所	朝霞市			収入	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 就労収入 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()							
連絡先	フリガナ	氏名	続柄	電話番号 / () 携帯番号 / ()								
障害種別	身体療育精神	級	主たる障害名・傷病名等			保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 (本人)						
緊急時の移動方法	<input type="checkbox"/> 自力移動 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 生活サポート <input type="checkbox"/> ヘルパー等福祉サービス <input type="checkbox"/> その他 ()											
心身の状況	身長	cm		体重		kg				特記事項		
	麻痺等	上肢	有 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	拘縮	有 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左							
		下肢	有 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	拘縮	有 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左							
	視覚障害	無 <input type="checkbox"/> 眼鏡	無 <input type="checkbox"/> 程度	生活に支障はない		視野障害	無 <input type="checkbox"/>					
	聴覚障害	無 <input type="checkbox"/> 補聴器	無 <input type="checkbox"/> 程度	会話に支障なし								
	言語障害	無 <input type="checkbox"/> 失語症	なし <input type="checkbox"/> 構音障害	なし <input type="checkbox"/>								
	意思疎通方法	<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 頷き <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 表情 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 他										
理解力	<input type="checkbox"/> 理解可 <input type="checkbox"/> 簡単なことなら可 <input type="checkbox"/> 理解不可 <input type="checkbox"/> 他											
健康管理(令和年月日時点)	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 食物 () <input type="checkbox"/> 他 ()										
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：										
	医療ケア	栄養管理	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう等 <input type="checkbox"/> 他 ()									
		呼吸管理	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 他 ()									
		排泄管理	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 他 ()									
	その他											
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 頻度： <input type="checkbox"/> 1日1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 1年以上なし											
服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：											
日常生活	移乗・移動等	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 車椅子 (電動) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 見守り								
				移乗： <input type="checkbox"/> 支え <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 二人介助 <input type="checkbox"/> 他								
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		主食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 他 ()								
				<input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> ベースト <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> トロミ								
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> オムツ (常時) <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> ポータブル								
				<input type="checkbox"/> 定時誘導 <input type="checkbox"/> 尿意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 清拭									
			<input type="checkbox"/> 他 ()									
更衣・整容	更衣：		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
	歯磨き：		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
	洗面：		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
障害特性	支援拒否	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：										
	自傷・他害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：										
	突発的・不安定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：										
	強いこだわり	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：										
	社会的逸脱行為	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：										

あんしんシート（別紙）

本人の障害特性や対応方法について（自由記述）

※ 記述する内容の例

行動障害の詳細

クールダウン方法

好きなもの

嫌いなもの

コミュニケーション方法

こだわり

調子が悪いときのサイン