

品川区重症心身障害児者等在宅レスパイト・就労等支援事業実施要綱

平成 28 年 5 月 18 日	区長決定	要綱第 187 号
平成 29 年 5 月 31 日	区長決定	要綱第 93 号
平成 30 年 3 月 20 日	区長決定	要綱第 50 号
平成 30 年 12 月 25 日	区長決定	要綱第 3 号
平成 31 年 2 月 1 日	部長決定	要綱第 153 号
令和 2 年 10 月 1 日	区長決定	要綱第 195 号
令和 3 年 1 月 1 日	部長決定	要綱第 204 号
令和 3 年 4 月 1 日	区長決定	要綱第 144 号
令和 4 年 2 月 25 日	区長決定	要綱第 31 号
令和 5 年 3 月 24 日	区長決定	要綱第 51 号
令和 6 年 3 月 29 日	区長決定	要綱第 106 号

(目的)

第 1 条 この要綱は、在宅で生活する重症心身障害児者や重度の身体障害児者で、医療的ケアや常時の見守りを必要とする方の家族の負担軽減や就労等の支援を図るため、事業の実施に必要となる経費の一部を予算の範囲内で執行し、品川区重症心身障害児者等在宅レスパイト・就労等支援事業（以下「事業」という。）の実施に必要な事項を定めることを目的とする。

(定義)

第 2 条 この要綱に定める事業の定義は次のとおりとする。

- (1) 重症心身障害児者とは、重度の知的障害（愛の手帳 1・2 度程度）および重度の肢体不自由（身体障害者手帳 1・2 級程度）が重複している者で、18 歳未満の時にその状態になったものをいう。
- (2) 重度の身体障害児者とは、身体障害者手帳総合等級 1 級もしくは 2 級に該当する身体障害児者をいう。
- (3) 医療的ケアとは、別表 4 のいずれかに該当するものとする。
- (4) 常時の見守りとは、日常生活上行われる見守り等の支援に際してあわせて提供する体位交換、食事介助等の療養上の世話とし、自立支援給付等の利用により提供される入浴や外出等の支援を除くものとする。
- (5) 就労等とは、就労または求職活動をいう。

(対象者)

第 3 条 事業の対象は、区内に在住しその居宅等において生活する第 1 号から第 3 号のいずれかを満たす方（以下「対象者」という。）とする。

- (1) 医療保険などにより訪問看護を利用して居宅で医療的ケア等を受けている重

症心身障害児者を介護する家族等。

(2) 人工呼吸器を装着している障害児その他別表4に定める日常生活を営むために医療を要する状態にある在宅等の障害児を介護する家族等。

(3) 常時の見守りを必要とする重度の身体障害児者を介護する家族等。

2 前項の規定にかかわらず、次の各号に該当する方は対象としない。

(1) この事業の対象要件を満たさなくなった場合

(2) 不正または虚偽の申請により利用登録決定を受けた場合

(3) その他、区長が利用を不適当と認めた場合

(事業内容)

第4条 事業は、対象者の居宅等に訪問看護師または訪問支援員（以下「看護師等」という。）を派遣し、次の各号に掲げる類型により提供する。

(1) 訪問看護型

第3条第1項第1号または第2号に定めるものが利用する訪問看護ステーションに所属する看護師から居宅または通学する特別支援学校にて受ける医療的ケア等とする。ただし、特別支援学校への派遣については付き添いを求められた場合で、申請前に特別支援学校から派遣の承諾を受けているときとする。

(2) 居宅介護型

第3条第1項第3号に定めるものが居宅介護の看護師等から受ける常時の見守りとする。

(支援の範囲)

第5条 事業において提供できる支援の範囲は、第2条に定義する医療的ケアおよび常時の見守りとし、第4条第1号に定める類型では事業の提供中に生ずる主治医医師から指示のあった医療的ケアを含めるものとする。

(派遣時間および回数)

第6条 看護師等の派遣は、1回あたり2時間から4時間までを限度とする30分単位とし、第9条第2項に規定する有効期間内において144時間を上限とする。

2 看護師等の派遣は、区が契約する事業者（以下「事業者」という。）の営業時間内に提供することを原則とし、事業者が提供可能とする派遣時間、回数とする。

3 対象者の状態像により複数の看護師等の派遣が必要な場合は、看護師等一人あたりの時間を合算し、前項に掲げる最大時間数の範囲内で認めることができるものとする。

(利用の登録申請)

第7条 事業の利用を希望する対象者（以下「申請者」という。）は、あらかじめ品川区重症心身障害児者等在宅レスパイト・就労等支援事業登録申請書（第1号様式。

以下「申請書」という。)を区長に提出し、利用者登録を行うものとする。

(医師の指示書)

第8条 区長は申請者(第3条第1項第1号に掲げるものに限る。)から申請書を受理した時は、届け出のあった主治医に対し、品川区重症心身障害児者等在宅レスパイト・就労等支援事業医師指示書(第2号様式。以下「指示書」という。)を求めるものとする。

- 2 前項の規定にかかわらず、主治医が文書により訪問看護への医療的ケアの指示を行い、事業における医療的ケアの指示が併せて明記されている場合は、指示書を代替することができる。
- 3 区長は、第1項の指示書を求めた場合、指示書とともに主治医より提出される請求書にもとづき別表1に定める費用を支弁する。

(利用の決定)

第9条 区長は、申請書および指示書ならびに必要な応じた調査を行い、登録が適当と認めるときは品川区重症心身障害児者等在宅レスパイト・就労等支援事業利用登録決定通知書(第3号様式)により、登録を不适当と認めるときは品川区重症心身障害児等在宅レスパイト・就労等支援事業利用登録不承認通知書(第4号様式)により、申請者に通知する。

- 2 第1項の登録の有効期間は、登録を決定した日から当該年度の3月31日までとする。

(変更等)

第10条 事業の利用登録決定通知書を受けた者(以下「利用者」という。)は、次に掲げる事項に変更があった場合は、品川区重症心身障害児者等在宅レスパイト・就労等支援事業変更届(第5号様式)により、速やかに区長に届け出るものとする。

- (1) 利用者および利用者の保護者の氏名、住所、緊急連絡先に変更があった場合
- (2) 利用者の障害の状況、医療的ケアの状況に変更があった場合
- (3) 医療機関、主治医、事業者を変更する場合

(利用の方法)

第11条 事業の利用者がこの事業を利用しようとするときは、事業者に対し利用者が直接利用の依頼を行うものとする。

(事業者)

第12条 事業は区と事業の提供について契約した事業者が行うものとする。

(実績報告)

第13条 事業者は、事業を実施した時は翌月15日までに区長に実績報告書を提出しなければならない。

(利用者負担)

第14条 事業の実施にかかる利用者の負担は、別表1および2の通りとする。

2 事業の実施に際し必要となる利用者の日用品、医療的ケアの提供にかかる衛生用品等は、利用者の負担とする。

3 特別区民税の算定に当たっては、1月1日現在において所得割の税率が品川区特別区税条例（昭和39年品川区条例第48号）第18条に規定する税率と異なる区市町村に住所を有していた者の所得割の額は、1月1日現在において品川区に住所を有していたものとして計算する。

(報酬)

第15条 事業にかかる事業者の報酬は、別表3の通りとする。

2 区は、事業を事業者に対し委託するとともに、事業者からの請求に基づき第1項に定める報酬を支弁する。

3 特別区民税の算定に当たっては、1月1日現在において所得割の税率が品川区特別区税条例（昭和39年品川区条例第48号）第18条に規定する税率と異なる区市町村に住所を有していた者の所得割の額は、1月1日現在において品川区に住所を有していたものとして計算する。

(委任)

第16条 この要綱で定めるもののほか事業の実施に関して必要な事項は、福祉部長が定める。

付 則

この要綱は、平成28年7月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成29年6月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成30年9月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成31年2月1日から適用する。

付 則

1 この要綱は、令和2年4月1日から適用する。

2 令和2年度における第6条第1項の規定の適用については、同項中「で24回を超

えない範囲で、月４回まで」とあるのは、「において９６時間を上限」と読み替えるものとする。

付 則

この要綱は、令和３年１月１日から適用する。

付 則

１ この要綱は、令和３年４月１日から適用する。

２ 令和３年度における第６条第１項の規定の適用については、同項中「で２４回を超えない範囲で、月４回まで」とあるのは、「において９６時間を上限」と読み替えるものとする。

付 則

この要綱は、令和４年４月１日から適用する。

付 則

この要綱は、令和５年４月１日から適用する。

付 則

この要綱は、令和６年４月１日から適用する。

(別表 1)

指示書作成にかかる費用 (1 通あたり)		区負担額 (上限額)	利用者負担額
生活保護世帯 住民税非課税世帯		3,000 円	0 円
一般 1	障害者 所得割 16 万円未満	2,930 円	70 円
	障害児 所得割 28 万円未満	2,970 円	30 円
一般 2	上記以外	2,700 円	300 円

(別表 2)

世帯区分			訪問看護分		居宅介護分	
			時間数	1 回あたり	時間数	1 回あたり
生活保護世帯 住民税非課税世帯			2 時間	0 円	2 時間	0 円
			2 時間 30 分	0 円	2 時間 30 分	0 円
			3 時間	0 円	3 時間	0 円
			3 時間 30 分	0 円	3 時間 30 分	0 円
			4 時間	0 円	4 時間	0 円
一般 1	区 民 税 課 税	(障害者) 所得割 16 万円未満	2 時間	370 円	2 時間	210 円
			2 時間 30 分	460 円	2 時間 30 分	260 円
			3 時間	550 円	3 時間	310 円
			3 時間 30 分	640 円	3 時間 30 分	360 円
			4 時間	740 円	4 時間	420 円
		(障害児) 所得割 28 万円未満	2 時間	180 円	2 時間	100 円
			2 時間 30 分	220 円	2 時間 30 分	120 円
			3 時間	270 円	3 時間	150 円
			3 時間 30 分	310 円	3 時間 30 分	170 円
			4 時間	360 円	4 時間	200 円

一般 2	上記以外	2 時間	1,500 円	2 時間	860 円
		2 時間 30 分	1,880 円	2 時間 30 分	1,070 円
		3 時間	2,200 円	3 時間	1,290 円
		3 時間 30 分	2,630 円	3 時間 30 分	1,500 円
		4 時間	3,000 円	4 時間	1,720 円

(別表 3)

世帯区分			訪問看護分		居宅介護分			
			時間数	1 回あたり	時間数	1 回あたり		
生活保護世帯 住民税非課税世帯			2 時間	15,000 円	2 時間	8,600 円		
			2 時間 30 分	18,750 円	2 時間 30 分	10,750 円		
			3 時間	22,500 円	3 時間	12,900 円		
			3 時間 30 分	26,250 円	3 時間 30 分	15,050 円		
			4 時間	30,000 円	4 時間	17,200 円		
			一般 1 区 民 税 課 税			2 時間	14,630 円	2 時間
2 時間 30 分	18,290 円	2 時間 30 分				10,490 円		
3 時間	21,950 円	3 時間				12,590 円		
3 時間 30 分	25,610 円	3 時間 30 分				14,690 円		
4 時間	29,260 円	4 時間				16,780 円		
(障害者) 所得割 1 6 万円未満		2 時間				14,820 円	2 時間	8,500 円
		2 時間 30 分				18,530 円	2 時間 30 分	10,630 円
		3 時間				22,230 円	3 時間	12,750 円
		3 時間 30 分				25,940 円	3 時間 30 分	14,880 円
		4 時間				29,640 円	4 時間	17,000 円
一般 2			上記以外		2 時間	13,500 円	2 時間	7,740 円
					2 時間 30 分	16,870 円	2 時間 30 分	9,680 円
					3 時間	20,300 円	3 時間	11,610 円
					3 時間 30 分	23,620 円	3 時間 30 分	13,550 円
					4 時間	27,000 円	4 時間	15,480 円

(別表 4)

医療的ケア（第 2 条第 2 項、第 3 条第 1 項第 2 号関係）（以下のいずれかのケアを受けていること）			
①	人工呼吸器管理（毎日行う機械的起動加圧を要するカフマシン・NIPPV・	⑦	中心静脈栄養（IVH）

	CPAP などは人工呼吸器管理に含む)		
②	気管内挿管、気管切開	⑧	経管（経鼻・胃瘻を含む）
③	鼻咽頭エアウェイ	⑨	腸瘻・腸管栄養
④	酸素吸入	⑩	継続する透析（腹膜還流を含む）
⑤	6 回／日以上 の頻回の吸引	⑪	定期導尿（3 回／日以上） （人工膀胱を含む）
⑥	ネブライザー 6 回／日以上 または継続使用	⑫	人工肛門

(第1号様式)

品川区重症心身障害児者等在宅レスパイト・就労等支援事業利用登録申請書

品川区長 あて

次のとおり申請します。

		申請年月日		年 月 日		
申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日生		
	氏 名					
	住 所	〒 電話番号				
	申請に係る 障害児氏名	生年月日 続柄				
障害の状況	☐ 知的障害(愛の手帳 度) ☐ 身体障害(身体障害者手帳 種 級) ☐ 療育意見書					
申請者および 世帯員氏名	氏 名	続柄	氏 名	続柄		
(緊急連絡先) ※レスパイト事業利用時に連絡確認先を記入してください。						
①	氏名	続柄				
	自宅・勤務先・携帯 (Tel)					
②	氏名	続柄				
	自宅・勤務先・携帯 (Tel)					
③	氏名	続柄				
	自宅・勤務先・携帯 (Tel)					
(医療機関) ※訪問看護の指示をしている医療機関を記入してください。						
医療機関名				主治医		
住 所				連絡先		
訪問看護指示書や療育意見書により在宅レスパイト事業利用指示 (有・無)						
(利用する訪問看護事業所)						
事業所名				担当者名		
住 所				連 絡 先		
学 校 名				承諾の有無	有・無	
担当者名				連 絡 先		
備 考						

※ 家族に連絡がつかず必要と判断する場合は、職員が主治医等に連絡を取るにあたり個人情報を用いることを了承します。

(第2号様式) 品川区重症心身障害児(者)等在宅レスパイト・就労等支援事業 医師指示書

在宅レスパイト事業の利用は差し支えありませんので、下記の通り指示いたします。

指示期間(年 月 日～ 年 月 日)

対象者	氏名			男・女	生年月日	年 月 日(歳)	
	住所						
保護者氏名					電話番号		
レスパイト 利用時間帯 連絡先	①				③		
	②				その他		
主たる疾患 (障害)							
(該 当 項 目 に ○ の 空 欄 等 は 必 要 事 項 を 記 入)	病状・治療 状態						
	投薬中の薬剤 の容量・用法						
	身体機能	寝たきり 支えて座位 自立座位 障害歩行 歩ける					
	意思疎通	全くできない 表情で確認 動作で確認 言語で確認					
	医療ケアの 状況	1 人工呼吸器 (換気経路: 鼻マスク 気管切開 気管内挿管) (使用時間: 常時 夜間のみ その他()) (設定:) 2 痰の吸引 (口鼻腔 経気管) 3 酸素療法 (流量 1/分) 4 経管栄養 (経鼻 胃ろう 腸ろう :サイズ) (注入ポンプ使用: 有 無) 5 気管切開 (カニューレサイズ:) 6 鼻咽頭エアウェイ 7 留置カテーテル(部位: サイズ:) 8 人工膀胱 9 人工肛門 10 中心静脈栄養 11 腹膜透析 12 けいれん (有 無) 抗けいれん剤の使用 (有 無) 13 その他 ()					
家族不在時の訪問看護実施上の留意事項および指示内容 I 日常生活援助上の留意事項(無呼吸やけいれん時の対応、易骨折状態等、特に留意すべき点についてご教示ください。) II 概ね2～4時間の見守りを内容とする訪問看護実施上の医療行為に関する指示 1 呼吸管理 人工呼吸管理 痰の吸引 (気管切開 気管内チューブ 口鼻腔) 酸素吸入 薬液吸入 排痰補助装置による排痰 その他() 2 栄養管理 栄養剤注入 胃ろうチューブ抜去時の対応() その他() 3 排泄管理 膀胱留置カテーテルの管理 導尿 その他() 4 その他 ()							
緊急時医師連絡先							
不在時の対処方法							
特記事項		薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、感染症等があれば記載してください。					

年 月 日

品川区長あて

訪問看護ステーション管理者 様

医療機関名

住所

電話番号

医師氏名

FAX

㊞

(第3号様式)

第 号
年 月 日

品川区重症心身障害児者等在宅レスパイト・就労等支援事業
利用登録決定通知書

様

品川区長

年 月 日に申請のありました品川区重症心身障害児者等在宅レスパイト・就労等支援事業について、下記の通り利用登録しましたので通知します。

記

利用登録者名 (申請者名)	
利用者名	
利用の期間	年 月 日～ 年3月31日
医療機関 (主治医)	
訪問看護事業所 居宅介護事業所	
派遣の類型	☐ 訪問看護型 ☐ 居宅介護型
世帯区分	☐ 生保・低所得 ☐ 一般1 (☐ 障害児 ☐ 障害者) ☐ 一般2
備考	

(第4号様式)

第 号
年 月 日

品川区重症心身障害児者等在宅レスパイト・就労等支援事業
利用登録不承認通知書

様

品川区長

年 月 日に申請のありました品川区重症心身障害児者等在宅レスパイト・就労等支援事業について、下記の事由により利用登録不承認としましたので通知します。

記

利用登録者名 (申請者名)	
利用者名	
不承認の 事 由	1. 対象要件に該当しないため 2. その他

(第5号様式)

品川区重症心身障害児者等在宅レスパイト・就労等支援事業変更届

品川区長あて

年 月 日

下記の事項について変更があったため届け出ます。

記

項目	変更前	変更後
対象者・保護者の氏名		
住所		
緊急連絡先		
障害・医療ケアの状況		
医療機関・主治医		
事業者		
その他		
事由		