

品川区障害者医療ショートステイ事業実施要綱

制定 令和3年4月1日 要綱第163号

(目的)

第1条 この要綱は、在宅で療養し、医療的なケアが日常的に必要な重症心身障害児者等（以下「利用対象者」という。）が、その保護者（介護者）または家族（以下「保護者等」という。）による在宅での療養が一時的に困難になり、かつ、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8項に規定する短期入所（以下「短期入所」という。）の利用が困難である場合に、医療機関における一時的受入れを行うために必要な事項を定めることにより、利用対象者の安定的な在宅における療養生活の継続を支援することを目的とする。

(事業内容)

第2条 区長は、利用対象者または保護者等からの申請に基づき、受入れに係る必要性と適格性の審査を通じて利用承認を行い、区長が指定する医療機関（以下「指定医療機関」という。）の病床への緊急一時的な受入れを要請する。

2 指定医療機関は、区長からの受入れ要請に基づき、指定医療機関が存する施設内病床に利用対象者を受入れ、利用期間において医療処置、看護、食事その他必要な医療サービスを提供する。

(利用対象者)

第3条 利用対象者は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 区内に住所を有する者
- (2) 重症心身障害児者（身体障害者手帳1・2級および愛の手帳1・2度を所持する者または障害の程度がこれらと同等であると認められた障害児者をいう。）または重度の身体障害児者（身体障害者手帳総合等級1級または2級に該当する身体障害児者をいう。）
- (3) 次に掲げる医療処置を日常的に必要とする者または特別な事情を有する者
 - ア 経管栄養（鼻腔栄養、胃ろう、腸ろう）
 - イ 在宅酸素療法
 - ウ じょくそう褥瘡処置
 - エ 気管切開
 - オ かくたん喀痰吸引

カ その他区長が必要と認める医療処置

2 前項の対象者が、次の各号のいずれかの事由によって在宅での療養が一時的に困難となった場合に、利用できるものとする。ただし、この要綱による事業のほかに利用できる福祉制度がある場合には、原則としてそれを優先して利用するものとする。

- (1) 保護者等の疾病、事故等による負傷または入院
- (2) 保護者等の冠婚葬祭による外出
- (3) 保護者等の休養
- (4) その他区長が認める特別な事情

(利用期間および利用日数)

第4条 利用期間および利用日数は、1回の受入れにつき利用開始日から起算して7日までの範囲内で必要な日数とする。ただし、区長が受入れの継続が必要と認めたときは、利用開始日から起算して14日までの範囲内で必要な日数とすることができる。

(利用申請)

第5条 この事業を利用しようとする利用対象者またはその保護者等（以下「申請者」という。）は、障害者医療ショートステイ申請書（第1号様式）および誓約書（第2号様式）を区長に提出しなければならない。

(緊急時の手続)

第6条 区長は、利用対象者の状況を鑑みて緊急性が高いと認める場合は、前条に規定する手続を口頭その他の方法により行うことを認めるものとする。ただし、その場合にあっても、事後速やかに、前条に規定する手続を行わなければならない。

(利用の決定)

第7条 区長は、前2条の規定による利用の申請を受けたときは、その内容を審査し、利用の可否を決定し、障害者医療ショートステイ利用決定通知書（第3号様式）により申請者にその旨を通知するものとする。

2 区長は、前項の審査において必要と認める場合には申請者に対し診療情報提供書その他必要書類の提出を求めることができる。

3 区長は、前2条の規定による申請があつた場合は、次に掲げる場合を除き、利用承認を行うものとする。

- (1) 指定医療機関の病床が満床のため受入れができない場合
- (2) 指定医療機関の運営事情により受入れができない場合
- (3) この要綱による事業のほかに利用できる福祉制度がある場合
- (4) 利用対象者が指定医療機関内に存する入院患者および医療スタッフに迷惑行為等を及ぼすおそれがある場合、または及ぼすことが明白である場合

(5) 利用目的が第1条の規定する目的にそぐわないと認めた場合

4 区長は、利用を承認した時は、障害者医療ショートステイ利用通知書（第4号様式）に障害者医療ショートステイ申請書の写しを添えて指定医療機関の長あて通知する。

（利用取消し）

第8条 利用決定後、利用対象者が次の各号のいずれかに該当する場合は、区長は利用決定を取り消し、または利用を中止させることができる。

(1) 虚偽の申請その他の不正行為により利用決定を受けたとき。

(2) 病状の悪化その他の理由により一時的な利用が不相当と認められたとき。

(3) この要綱で規定する利用の要件または指定医療機関の管理者の指示に反したとき。

(4) 災害その他事故または指定医療機関の都合により本事業の病床が利用できなくなったとき。

(5) 感染症に罹患したとき、または罹患している疑いがあるとき。

2 前項の規定により利用決定を取消す場合には、利用対象者あて障害者医療ショートステイ利用決定取消通知書（第5号様式）を通知する。

（移送）

第9条 利用対象者の居所から指定医療機関への入退院時に際する移送は、申請者、その代理人等が行うものとする。

（経費の負担）

第10条 利用に要する経費の負担区分は、別表のとおりとする。

2 利用対象者負担分の支払基準は、指定医療機関が規定する各施設規則の定めるところによる。

3 指定医療機関の長は、受入れに際する利用実績に基づく請求書を各四半期の終了後速やかに区長に提出するものとする。

4 利用に際する1日間の起算時刻は午前0時とし、利用時間が24時間に満たない場合に入退所が生じても、入退所までに至る時間を1日間として算出し必要な経費負担を計上するものとする。

（委任）

第11条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、福祉部長が別に定める。

付 則

この要綱は、令和3年4月1日から適用する。

別表（第10条関係）

項目	支弁基準	負担区分
病床利用料	1 日間 1 床につき区と指定医療機関が契約した金額	区が指定医療機関に支払う
診療費等	指定医療機関の入院費の額（医療保険等が適用され医療に関する給付が行われた場合にはその額を控除した額）	指定医療機関からの請求により利用者が指定医療機関へ支払う
	診療情報提供書の負担額	
諸雑費	おむつ代、石けん代、食事療養費、寝間着代その他保険外相当額	指定医療機関からの請求により利用者が指定医療機関へ支払う

障害者医療ショートステイ申請書

品川区長 あて

申請者 氏名
住所
利用者との続柄
電話番号

障害者医療ショートステイの利用について別添誓約書を添えて申請します。
なお、区が利用の可否を決定するに際し、本件申請内容を対象医療機関に提供することに同意します。

1 利用者

- (1) 氏名（フリガナ）
- (2) 住所
- (3) 性別
- (4) 生年月日 年 月 日（ 歳）

2 緊急連絡先

- (1) 第一連絡先
 - ア 氏名（フリガナ）
 - イ 住所
 - ウ 続柄
 - エ 電話番号
- (2) 第二連絡先
 - ア 氏名（フリガナ）
 - イ 住所
 - ウ 続柄
 - エ 電話番号

3 利用期間

年 月 日～ 年 月 日

4 申請理由

5 医療保険等

- (1) 種別
- (2) 被保険者番号

6 医療処置

7 主治医

- (1) 医療機関名
- (2) 医師名
- (3) 医療情報提供書の提出 承諾 ・ 未承諾

第2号様式（第5条関係）

年 月 日

誓約書

品川区長 あて

（保護者等）

氏名

住所

利用者との続柄

品川区障害者医療ショートステイを利用する（氏名） に係る下記の
事項について、誠意をもって遵守することを誓約します。

記

- 1 指定医療機関への入退院時に際する居所から指定医療機関までの搬送については、私が責任をもって対応いたします。
- 2 指定医療機関が規定する利用者が支払うべき経費については、速やかに納付するとともに、利用者に課せられた役務を指定医療機関に対し的確に履行します。
- 3 障害者医療ショートステイの利用期間中に利用者の容態に変化があり転院等の対応が必要となった場合は、本サービスを終了し、適切な医療機関へ搬送することについて承諾いたします。

第3号様式（第7条関係）

年 月 日

障害者医療ショートステイ利用決定通知書

様

品川区長



年 月 日付で申請のありました障害者医療ショートステイの利用について、下記のとおり（承認・不承認）と決定したので通知します。

記

1 利用者氏名

2 指定医療機関

名称

住所

電話番号

3 利用期間

年 月 日～ 年 月 日

第4号様式（第7条関係）

年 月 日

障害者医療ショートステイ利用通知書

（指定医療機関）

様

品川区長

障害者医療ショートステイの利用対象者の受入れにつきまして、品川区障害者医療ショートステイ事業実施要綱第7条第4項の規定により通知します。

記

1 利用者

- （1）氏名
- （2）住所
- （3）性別
- （4）生年月日

2 保護者等

- （1）氏名
- （2）住所
- （3）続柄
- （4）電話番号

3 疾患名等

別添申請書写しのとおり

4 利用期間

年 月 日～ 年 月 日

5 主治医

- （1）医療機関名
- （2）医師名

6 摘要

第5号様式（第8条関係）

年 月 日

障害者医療ショートステイ利用決定取消通知書

様

品川区長



年 月 日付で決定した障害者医療ショートステイの利用については、品川区障害者医療ショートステイ事業実施要綱第8条第1項第号に該当するため、利用決定を取り消したので通知します。

記

1 利用者氏名

2 指定医療機関

名称

住所

電話番号

3 利用期間

年 月 日～ 年 月 日

4 利用決定の取消事由（要綱第8条第1項）

- (1) 虚偽の申請その他の不正行為により利用承認を受けたため
- (2) 病状の悪化その他の理由により一時的な利用が不相当と認められたため
- (3) この要綱で規定する利用の要件または指定医療機関の管理者の指示に反したため
- (4) 災害その他事故または指定医療機関の都合により本事業の病床が利用できなくなったため
- (5) 感染症に罹患したため、または罹患している疑いがあるため