

品川区重度脳性麻痺者介護事業運営要綱

制定	平成8年3月21日	要綱第13号
改正	平成9年12月15日	
	平成15年11月20日	要綱第92号
	平成16年3月18日	要綱第23号
	平成16年5月19日	要綱第89号
	平成19年3月30日	要綱第74号
	平成24年5月31日	要綱第171号
	平成25年3月4日	要綱第16号
	令和4年1月11日	部長決定 要綱第9号

(目的)

第1条 この要綱は、重度の脳性麻痺者を介護し、生活圏の拡大を図るための援助を行い、もって重度脳性麻痺者の福祉の増進を図ることを目的とする。

(派遣対象者)

第2条 介護人の派遣対象者は、品川区内に居住する20歳以上の重度の脳性麻痺者で、その障害の程度が身体障害者手帳1級であり、単独で屋外活動を行うことが困難なもの（以下「対象者」という。）とする。

なお、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）における障害福祉サービス（短期入所を除く。）もしくは特定旧法施設支援の利用決定、地域生活支援事業の移動支援もしくは介護保険法における訪問介護または通所介護のサービスを受けている場合には、適用しないものとする。

(介護人)

第3条 介護人は、対象者の推薦によるものとし、その範囲を家族に限定する。
なお、家族とは、親、子、兄弟姉妹、配偶者をいう。

(身分)

第4条 介護人は、民間篤志家で、品川区の職員としての身分を有しない。

(介護対象資格者の決定)

第5条 介護を受けようとする対象者は、品川区重度脳性麻痺者介護対象資格認

定登録申請書（第1号様式）に、介護人推薦書（第2号様式）および介護人の介護同意書（第3号様式）を添付して、区長に対し、あらかじめ申請を行うものとする。

- 2 区長は、申請のあった対象者に対して、その資格を審査のうえ、介護対象資格者として認定するときには介護対象資格認定登録通知書（第4号様式）を、介護対象資格者として認定しないときには介護対象資格非該当通知書（第5号様式）を交付するものとする。

（介護人の決定および介護依頼）

第6条 区長は、対象者から推薦された介護人に対し、介護人登録通知書兼介護依頼通知書（第6号様式）を交付し、介護を依頼するものとする。

（登録者名簿）

第7条 区長は、介護対象資格認定登録通知をした対象者（以下「登録者」という。）および介護人登録通知をした介護人をそれぞれ介護対象資格認定登録および介護人登録名簿（第7号様式）に記載し、常にその状況を把握しておくものとする。

なお、この登録は年度毎にこれを更新するものとする。

（登録の取消し）

第8条 登録者または介護人が、転居等の理由によりその登録を取り消すときは、介護対象資格認定登録取消届（第8号様式）または介護人登録同意取消届（第9号様式）により、それぞれ区長に届け出るものとする。

- 2 区長は、前号の届出により、それぞれの登録を取り消すものとする。

（介護の回数）

第9条 区長は、登録者の状況を勘案して1月12回までの回数で介護の回数を決定するものとする。なお、1回は1日を単位とする。

（介護の内容）

第10条 介護人の行う介護は、登録者の屋外への手引き、同行その他必要な業務とする。

（介護券の発行）

第11条 区長は、登録者に対し、1月の介護券（第10号様式）を月毎に発行し、交付するものとする。

なお、介護券の発行に際しては、介護券発行簿を備えて整備しておくものとする。

2 介護券の交付を受けた登録者は、介護を受けた際に、その都度必要事項を記入して、当該介護人に介護券を給付するものとする。

なお、給付しないまま有効期間が経過した介護券は、交付を受けた翌月の5日までに、区長に返還するものとする。

(介護人に対する手当)

第12条 介護人は、登録者から給付された介護券を月単位にまとめ、翌月の10日までに区長に対し、手当を請求するものとする。

2 区長は、介護人からの手当の請求があった場合は、その請求のあった日から30日以内に、その手当を支払うものとする。

(秘密の保持)

第13条 介護人は、その介護を行うに当たって、登録者の人権を尊重し、その身上に関する秘密を守らなければならない。

(関係機関との連絡)

第14条 区長は、この事業を実施するに当たって、福祉事務所、民生委員、身体障害者相談員等の関係機関等との連絡を密にするものとする。

付 則

この要綱は、平成8年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成9年10月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成15年4月1日から施行する。ただし、第2条のただし書の規定にかかわらず、平成15年3月31日現在において、本事業を利用していたもので、支援費制度に移行するサービス（ホームヘルプサービス・短期入所・生活寮および施設入所を除く。）を利用していたものが、平成15年4月1日以降も引き続きそのサービスを利用する場合は、区長がやむを得ないと認めるもの限り本事業を適用する。

付 則

この要綱は、平成16年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成16年7月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成18年10月1日から施行する。ただし、第2条のただし書の規定にかかわらず、平成15年11月20日要綱第92号による改正の付則により本事業を適用されている者については、引き続き本事業を適用する。

付 則

この要綱は、平成24年6月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成25年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、令和4年1月11日から適用する。

品川区重度脳性麻痺者介護対象資格認定登録申請書

年 月 日

品 川 区 長 あて

氏 名
(障害者)

住 所

電 話

品川区重度脳性麻痺者介護事業運営要綱に基づき、介護対象資格者として、認定されるよう申請します。

ふりがな								
氏 名								
生年月日		年 月 日				(歳)		
住 所		品川区		丁目 番		号		
障 害 の 状 況	手帳番号	第 号	家 族 の 状 況	氏 名	年齢	続柄	備考	
	等 級			種 級				
	障 害 名							
備 考								

介 護 人 推 薦 書

年 月 日

品 川 区 長 あ て

氏 名
(障害者)

住 所

電 話

品川区重度脳性麻痺者介護事業運営要綱に基づく介護人として、下記の者を推薦します。

記

1. 介護人氏名

※障害者との関係（該当するものに○印をつけてください）
ア 親 イ 子 ウ 実の兄弟姉妹 エ 配偶者

2. 介護人住所

介 護 同 意 書

年 月 日

品 川 区 長 あ て

氏 名
.....
(介護人)

住 所
.....

電 話
.....

品川区重度脳性麻痺者介護事業運営要綱に基づく介護人として、登録された下記の者の介護を行うことに同意します。

記

1. 障害者氏名

2. 障害者住所

3. 期 間 年 月 日 から
年 月 日 まで

第 年 月 号
日

様

品川区長

印

介護対象資格認定登録通知書

品川区重度脳性麻痺者介護事業運営要綱に基づく介護対象資格者として認定し、
下記のとおり介護することとしたので通知します。

記

- 派遣期間 年 月 日 から
年 月 日 まで
- 派遣回数 1月 12回以内とし、1回は1日を単位とする。

第 年 月 日
号

様

品川区長

印

介護対象資格非該当通知書

品川区重度脳性麻痺者介護事業運営要綱に基づく介護対象資格者に該当しない
ので通知します。

記

非該当の理由

第 年 月 号
年 月 日

様

品川区長

印

介護人登録通知書兼介護依頼通知書

品川区重度脳性麻痺者介護事業運営要綱に基づき、あなたを介護人として登録しました。

なお、介護の実施にあたっては、下記によりお願いします。

記

1 障害者氏名

2 介護を実施する期間

年 月 日

年 月 日

3 介護の実施 障害者の依頼により、実施してください。

4 手当の支払 介護を実施した際には、障害者から介護券を受け取ってください。
その介護券を月単位にまとめて、窓口に提出し、手当を請求してください。

介護対象資格認定登録取消届

年 月 日

品川区長 あて

氏名
(障害者)

住所

電話

品川区重度脳性麻痺者介護事業運営要綱に基づく介護対象資格認定登録を、下記の理由により取り消してください。

記

取消理由

介護人登録同意取消届

年 月 日

品川区長 あて

氏名
(介護人)

住所

電話

品川区重度脳性麻痺者介護事業運営要綱に基づき介護人として登録していますが、下記の者の介護を行うことの同意を取り消します。

記

1. 障害者氏名

2. 取消理由

様

第 号
年 月 日

介 護 券

品川区長

品川区重度脳性麻痺者介護事業運営要綱に基づき、介護券を発行します。
本券は介護人から介護を受けたあと、必要事項を記入のうえ、介護人にお渡しください。

介護を受けた年月日（介護実施年月日）

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

介護人氏名 _____ 介護実施回数 _____ 回

本券の有効期間は、次のとおりです。
この有効期間の以降に介護を受けられた場合に本券を使用されても無効です。

有 効 期 間

年 月 日 から 年 月 日 まで

上記のとおり介護を実施したので手当を請求します。

年 月 日

障害者 氏 名 _____

介護人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

本券に必要事項を記入押印のうえ、月単位にまとめて、有効期間終了後10日以内に、下記まで提出してください。有効期間以外に介護を実施されても本券は無効です。

提 出 先	
-------------	--