

板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業実施要綱

（平成30年3月26日区長決定）

最終改正 令和8年1月9日

（目的）

第1条 この要綱は、板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業（以下「事業」という。）の実施について必要な事項を定めることにより、医療的ケア等を必要とする重症心身障がい児（者）及び医療的ケア児の健康の保持並びにその家族の休息や就労等支援を図り、もって重症心身障がい児（者）等とその家族の福祉の向上に資することを目的とする。

（事業の内容）

第2条 事業は、訪問看護事業所（健康保険法（大正11年法律第70号）第89条第1項に規定する訪問看護事業所をいう。以下「事業所」という。）に属する看護師又は准看護師（以下「看護師等」という。）を医療的ケアの必要な重症心身障がい児（者）等の居宅に派遣し、医療的ケア、食事、排泄、体位交換等の介助を行うこととする。

2 前項に規定する医療的ケアは、訪問看護を受けるために作成された医師の指示書に基づき、看護師等は、その必要性を判断して行うものとする。

（対象者）

第3条 事業の対象は、板橋区内に在住しその居宅において生活する者のうち、訪問看護により医療的ケアを受けている次の各号のいずれかに該当する者（以下「被介護者」という。）を介護する家族等（以下「対象者」という。）とする。

（1）18歳に達するまでに愛の手帳1度又は2度程度の知的障がい及び身体障害者手帳1級又は2級程度の身体障がい（自ら歩くことができない程度の肢体不自由に限る。）を有するに至った者であること。

（2）日常生活を営むために別表1に定める医療的ケアを要する状態にある18歳未満の者であること。

（派遣時間）

第4条 事業における派遣時間は、1年度当たり年間288時間を上限とする。

2 看護師等の派遣は、1回当たり2時間から4時間までの30分単位で行うものとする。

（利用の申請）

第5条 事業の利用を希望する対象者（以下「申請者」という。）は、板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業利用申請書（別記第1号様式。以下「申請書」という。）を区長に提出しなければならない。

2 区長は、被介護者の身体状況及び必要となる医療的なケアを確認するため、申請者又は事業所に第2条第2項に定める医師指示書の写しを提出させることができる。

(利用の決定)

第6条 区長は、前条第1項の規定により申請書の提出があったときは、第3条に定める要件について調査したうえで、事業の利用の可否を決定する。この場合において、事業の利用を認める場合は板橋区重症心身障がい児(者)等在宅レスパイト・就労等支援事業事業利用決定通知書(別記第2号様式。以下「利用決定通知書」という。)により、認めない場合は板橋区重症心身障がい児(者)等在宅レスパイト・就労等支援事業利用却下通知書(別記第3号様式)により申請者に通知するものとする。

(変更の届出)

第7条 前条の規定により事業の利用を認められた対象者(以下「利用者」という。)又は被介護者が氏名、住所又は利用する事業所を変更したときは、板橋区重症心身障がい児(者)等在宅レスパイト・就労等支援事業変更届出書(別記第4号様式。以下「変更届出書」という。)を区長に提出しなければならない。

2 区長は、前項の届け出があった時は、板橋区重症心身障がい児(者)等在宅レスパイト・就労等支援事業変更決定通知書(別記第5号様式。以下「変更決定通知書」という。)により、利用者に通知するものとする。

(利用者負担額)

第8条 事業の実施に係る利用者の負担額は、別表2に定める利用者負担額のとおりとする。この場合において、同表の利用者の属する世帯の課税状況における区民税所得割の額については、毎年7月に変更の要否を判定するものとする。

2 区長は、利用者負担額を決定したときは利用決定通知書により、額を変更したときは変更決定通知書により利用者に通知するものとする。

(決定の取消し)

第9条 区長は、次の各号のいずれかに該当するときは、事業の利用を認める決定を取り消すものとする。

(1) 板橋区重症心身障がい児(者)等在宅レスパイト・就労等支援事業辞退届出書(別記第6号様式)の提出があったとき。

(2) 利用者が第3条の定める要件に該当しなくなったとき。

2 区長は、前項の規定により事業の利用を認める決定を取り消したときは、板橋区重症心身障がい児(者)等在宅レスパイト・就労等支援事業取消通知書(別記第7号様式)により、利用者に通知するものとする。

(利用の方法)

第10条 事業の利用者がこの事業を利用しようとするときは、事業所に対し利用者が直接利用の依頼を行うものとする。

(事業の実施)

第11条 事業の提供については、区と契約した事業所が行うものとする。

(実績報告)

第12条 事業所は、事業を実施したときは、翌月15日までに区長に実績の報告を提出しなければならない。

(委任)

第13条 この要綱の施行について必要な事項は、福祉部長が別に定める。

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、令和3年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、区長決定の日から施行し、令和3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日から施行する。

付 則

この要綱は、区長決定の日から施行し、令和7年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、区長決定の日から施行し、令和8年4月1日から適用する。

別表 1

| | |
|---|---------------------|
| ① | 人工呼吸器管理 ※ 1 |
| ② | 気管内挿管・気管切開 |
| ③ | 鼻咽頭エアウェイ |
| ④ | 酸素吸入 |
| ⑤ | 6回／日以上の頻回の吸引 |
| ⑥ | ネブライザー 6回／日以上又は継続使用 |
| ⑦ | 中心静脈栄養（I V H） |
| ⑧ | 経管（経鼻・胃ろう含む） |
| ⑨ | 腸ろう・腸管栄養 |
| ⑩ | 継続する透析（腹膜灌流を含む） |
| ⑪ | 定期導尿（3回／日以上） ※ 2 |
| ⑫ | 人工肛門 |

※ 1 毎日行う機械的気道加圧を要するカフマシン・NIPPV・CPAPなどは、人工呼吸器管理に含む

※ 2 人工膀胱を含む

別表 2

＜訪問看護分＞

| 区分 | | 生活保護 | 低所得 | 一般 1 | | 一般 2 | |
|---------------|--------|--------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|--------|---------|
| 世帯の収入状況 | | 生活保護 受給世帯 | 区市町村民税 非課税世帯 | 区市町村民税課税世帯 | | | |
| | | | | (障がい者) 所得割 16万円未満 | (障がい児) 所得割 28万円未満 | 左記以外 | |
| 費用 (1回あたり) | 2時間 | | | | | | 15,000円 |
| | 2時間30分 | | | | | | 18,750円 |
| | 3時間 | | | | | | 22,500円 |
| | 3時間30分 | | | | | | 26,250円 |
| | 4時間 | | | | | | 30,000円 |
| 利用者負担額 | 2時間 | 0円 | 0円 | 370円 | 180円 | 1,500円 | |
| | 2時間30分 | 0円 | 0円 | 460円 | 220円 | 1,880円 | |
| | 3時間 | 0円 | 0円 | 550円 | 270円 | 2,200円 | |
| | 3時間30分 | 0円 | 0円 | 640円 | 310円 | 2,630円 | |
| | 4時間 | 0円 | 0円 | 740円 | 360円 | 3,000円 | |

第1号様式

板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業利用申請書

板橋区長 宛

年 月 日

板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業の利用について、つぎのとおり申請します。

| | | | | | |
|------------------|-----------------|--|------|----------|---------------------------------|
| 被 介 護 者 | ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | | | | |
| | 住所 | | | 電話 番号 | |
| | 主たる疾患（障がい）名 | | | | |
| | 身体障害者手帳 | 級 | 愛の手帳 | 度 | <input type="checkbox"/> 医療的ケア児 |
| | 身体機能 | ※該当する状況に○をしてください。 1 寝たきり 2 支えられて座位が取れる 3 自力で座位が取れる 4 歩行に一部障がいがある 5 自力で歩行できる | | | |
| | 医療的ケアの状況 | ※該当する項目全てに○をしてください。 1 人工呼吸器管理※ 2 気管内挿管・気管切開 3 鼻咽喉頭エアウェイ 4 酸素吸入 5 吸引（ 回/日） 6 ネブライザー（ 回/日・継続） 7 中心静脈栄養（IVH） 8 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう・腸管栄養） 9 継続する透析（腹膜灌流を含む） 10 定期導尿（ 回/日） 11 人工膀胱 12 人工肛門 13 その他（ ） ※毎日行う機械的気道加圧を要するカフマシン・NIPPV・CPAPなどは、人工呼吸器管理に含む | | | |
| | 現在利用している訪問看護事業所 | 事業所名 | | | |
| | 所在地 | | | | |

| | | | | |
|----------------------------------|------|--|----|-----------|
| 利用 者 （ 申 請 者 ） | ふりがな | | 続柄 | ※被介護者からみて |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | | | 電話 番号 |

以下の項目にご同意いただける場合は、欄にレ印をつけてください。

- 区職員が、利用者負担額決定のために、被介護者及び被介護者と同一世帯に属する者の課税状況について確認すること。
- 区職員が、利用決定のために、被介護者の障がい者手帳所持状況について確認すること。
- 本事業の利用について、主治医及び利用を希望する訪問看護事業所に事前に承諾を得ていること。
- 必要に応じて、区の担当職員が訪問看護事業所等から本事業に係る医師の指示書（写）を徴すること。

※以下は記入しないでください。

| | | | | |
|---------|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| <事務処理欄> | 利用者負担額に係る区分（該当区分にレ印） | | | |
| | <input type="checkbox"/> 利用者負担免除 | <input type="checkbox"/> 一般1（障がい者） | <input type="checkbox"/> 一般1（障がい児） | <input type="checkbox"/> 一般2 |

年 月 日

板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業利用決定通知書

（申請者） 様

板橋区長

先に申請のありました板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業の利用について、つぎのとおり利用を認めます。

| | | |
|--------------|--------|---|
| 利用者 (申請者) | 氏名 | |
| | 住所 | |
| 被介護者 | 氏名 | |
| | 住所 | |
| 利用者番号 | | |
| 利用者負担額 | 2時間 | 円 |
| | 2時間30分 | 円 |
| | 3時間 | 円 |
| | 3時間30分 | 円 |
| | 4時間 | 円 |
| 利用事業所 | 事業所名 | |
| | 所在地 | |

次に掲げる事項に該当するときは、速やかに届け出てください。

- ・利用者及び被介護者の住所又は氏名を変更したとき
- ・利用する訪問看護事業所を変更するとき
- ・本事業の利用を辞退するとき

なお、以下に該当する場合は、事業の利用対象外となり決定が取り消しとなります。

- ・板橋区外に転出したとき
- ・介護保険において、要介護認定を受けたとき

第3号様式

年 月 日

板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業利用却下通知書

（申請者） 様

板橋区長

先に申請のありました板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業の利用については、つぎのとおり利用を認めないことを決定しました。

| | |
|---------------|--|
| 利用者（申請者） | |
| 被介護者 | |
| 利用を認めない 理由 | |

第4号様式

板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業変更届出書

（申請先）板橋区長

年 月 日

板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業の利用を認める決定に係る変更について、つぎのとおり届け出ます。

| | | |
|--------------|----|---------------------------------|
| 利用者 (申請者) | 氏名 | |
| | 住所 | |
| 被介護者 | 氏名 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 利用者と同じ |

変更する項目に変更内容を記載してください。

| 項目 | | 変更前 | 変更後 |
|--------------|------|-----|-----|
| 利用者 (申請者) | 氏名 | | |
| | 住所 | | |
| 被介護者 | 氏名 | | |
| | 住所 | | |
| 利用事業所 | 事業所名 | | |
| | 所在地 | | |
| その他 | | | |
| 変更理由 | | | |

年 月 日

板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業変更決定通知書

（申請者） 様

板橋区長

板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業の利用を認める決定に係る（利用者負担額・利用事業所）について、つぎのとおり変更いたします。

| | | | |
|--------|---|--------|---|
| | | 利用者番号 | |
| 利用者氏名 | | 被介護者氏名 | |
| 利用者住所 | | | |
| 被介護者住所 | | | |
| 利用者負担額 | | | |
| 変更前 | | 変更後 | |
| 2時間 | 円 | 2時間 | 円 |
| 2時間30分 | 円 | 2時間30分 | 円 |
| 3時間 | 円 | 3時間 | 円 |
| 3時間30分 | 円 | 3時間30分 | 円 |
| 4時間 | 円 | 4時間 | 円 |
| 利用事業所 | | | |
| 変更前 | | 変更後 | |
| 事業所名 | | 事業所名 | |
| 所在地 | | 所在地 | |

第6号様式

板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業辞退届出書

（申請先）板橋区長

年 月 日

板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業の利用を辞退したいので、つぎのとおり届け出ます。

| | | |
|--------------|----|---------------------------------|
| 利用者 (申請者) | 氏名 | |
| | 住所 | |
| 被介護者 | 氏名 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 利用者と同一 |

該当する項目の欄にレ印をつけてください。

| | |
|---------|--|
| 辞退する年月日 | 年 月 日 |
| 辞退する理由 | <input type="checkbox"/> 区外に転出する。 <input type="checkbox"/> 介護保険において、要介護認定を受ける。 <input type="checkbox"/> その他（以下に理由を記載してください。） |

年 月 日

板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業取消通知書

（申請者） 様

板橋区長

板橋区重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業の利用を認める決定について、つぎのとおり取り消します。

| | | |
|--------------|----|-------|
| 利用者 (申請者) | 氏名 | |
| | 住所 | |
| 被介護者 | 氏名 | |
| | 住所 | |
| 利用者番号 | | |
| 取消年月日 | | 年 月 日 |
| 取消理由 | | |

(参考様式)

重症心身障がい児(者)等在宅レスパイト・就労等支援事業 医師指示書

標記事業の利用は差し支えありませんので、下記のとおり指示いたします。

指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

| | | | | | | |
|--|--------------|---|-------------|--------------|-------|-----|
| 対象者氏名 | | 男女 | 生年月日 | 年 月 日生 (歳) | | |
| 対象者住所 | 〒 | | | | | |
| 保護者氏名 | | 電話番号 | | | | |
| 主たる疾患(障害) | | | | | | |
| 現在の心身の状況 (該当項目に○、空欄等は必要事項を記入) | 病状・治療状態 | | | | | |
| | 投薬中の薬剤の用量・用法 | 1 3 5 | 2 4 6 | | | |
| | 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 | 言語で可能 | |
| | 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 たんの吸引 (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 その他 () | | | | |
| | けいれん | 有 ・ 無 (頻度:) 抗けいれん剤 (毎日 ・ 必要時) | | | | |
| 家族不在時の訪問看護実施上の留意事項及び指示内容 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御教示ください。) II おおむね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 人工呼吸器管理 たんの吸引 (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 栄養剤等注入 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 () | | | | | | |
| 緊急時の連絡先 不在時の対応法 | | | | | | |
| 特記事項 (重度のてんかん等訪問看護師によるケアが必要な場合、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。) | | | | | | |

※ 大枠内を記入の上、医師にお渡しください。

年 月 日

区市町村長 殿
訪問看護ステーション管理者 殿

医療機関名
住所
電話番号 (FAX)
医師氏名