

高知市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業のご案内

1. 事業内容

在宅生活を送っている日常的に医療的ケアが必要な障がい児（者）の健康の保持と、その介護にあたる保護者等の介護負担の軽減（レスパイト）を図ることを目的として、自宅に訪問看護ステーション等から看護師を派遣し、保護者等が行っている医療的ケアおよび療養上の世話を一定時間代替する事業です。

2. 対象者

高知市に住民票がある障がい児（者）等で、日常生活を送るために下記の医療的ケアを要する方を介護する同居のご家族。

3. 医療的ケアの内容

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

備考 ※1 毎日行う機械的加圧を含むカフマシン・NIPPV・CPAPなどは、人工呼吸器管理に含む

※2 人工膀胱を含む

4. 療養上の世話の範囲

食事ケア，排泄ケア，体位交換など（入浴介助や外出支援は除く）

5. 利用回数／時間数

年度あたり 24 回を超えない範囲で、72 時間を上限とします。

利用時間は、看護師の派遣 1 回につき、2 時間から 4 時間までの 30 分単位です。

障がいの状態により、複数の看護師の派遣が必要な場合は、看護師一人あたりの時間を合算して、72 時間の範囲内であれば可能です。

看護師派遣は、サービス提供事業所の営業時間内に提供することを原則とし、引き継ぎ連絡や、バイタルサインのチェックなどの時間も含めたものとします。

7. 利用者負担額

利用者区分	利用時間				
	2時間	2時間30分	3時間	3時間30分	4時間
生活保護受給世帯 市町村民税非課税世帯	0円	0円	0円	0円	0円
18歳以上 (所得割16万円未満)	370円	460円	550円	640円	740円
18歳未満 (所得割28万円未満)	180円	220円	270円	310円	360円
上記以外	1,500円	1,880円	2,200円	2,630円	3,000円

6. 利用の流れ

1. 申請の前に

- 本事業の利用対象に該当しているか、ご確認ください。
- 事業の利用可否について、主治医および訪問看護ステーション等に、ご確認ください。

2. 申請書類

- 以下の書類をご提出ください。

- ① 高知市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業登録申請書（様式第1号）
- ② 高知市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業医師指示書（様式第2号）
- ※ ③ 医師指示書作成費交付申請書兼請求書
- ④ ②の医師指示書作成に係る領収書（原本）

※②③④については、すでに利用中の訪問看護指示書に、事業における医療的ケアの指示が併せて明記されていれば、その写しのご提出で、省略することができます。

これまでに訪問看護事業所の利用歴がないなど、訪問看護指示書を本事業のために、改めて求める必要がある場合、②の医師指示書を作成する費用については、課税状況により、上限3,000円まで、下記の通り補助が受けられます。その場合③④が必要です。

利用者区分	生活保護受給世帯 市町村民税非課税世帯	18歳以上 (所得割16万円未満)	18歳未満 (所得割28万円未満)	左記以外
市負担額	3,000円	2,930円	2,970円	2,700円

3. 利用登録

- ご申請ののち、市が書類審査し、利用決定をします。決定後、利用者負担額の区分などが記載された「高知市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業利用登録決定通知書」を送付します。

4. 利用予約

- 「高知市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業利用登録決定通知書」を訪問看護事業所に示し、本事業の利用希望日時を予約してください。

5. 支払い

- 利用者負担額は訪問看護ステーションに直接お支払いください。
- 当日キャンセル等に伴う利用者負担分のキャンセル料については、訪問看護事業者の定めによるものとします。（市はお支払いしません。）
- 市は以下の表の金額から利用者負担金を除いた額を訪問看護事業所にお支払いします。

利 用 時 間				
2時間	2時間30分	3時間	3時間30分	4時間
15,000円	18,750円	22,500円	26,250円	30,000円

8. お問い合わせ連絡先

高知市障がい福祉課 基幹相談支援担当

〒780-8571 高知市本町5丁目1番45号

TEL：088-823-9378

FAX：088-823-9370

