

重症心身障害児者等在宅レスパイト・就労等支援事業のご案内

重症心身障害児者や重度の身体障害児者に必要となる、医療的ケアや常時の見守りを居宅等に看護師等を派遣することにより、一定時間、家族等に代わり行うことで、負担軽減や就労等の支援を図るための事業です。

サービス内容

❖ 次のどちらかの類型での利用になります。

(1) 訪問看護型

訪問看護事業所の看護師から居宅または通学する特別支援学校で受ける医療的ケア等。

※特別支援学校への派遣については、申請前に特別支援学校から派遣の承諾が必要です。

(2) 居宅介護型

居宅介護事業所の看護師等から居宅で受ける常時の見守り。

❖ 派遣時間および回数

(1) 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、利用期間内で288時間を上限とする。

(2) 区が契約する事業者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、上限時間数の範囲での利用とする。



対象者

❖ 区内に在住し、次のいずれかを満たす方。

(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(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)が重複しており、18歳未満の時にその状態になった方)を介護する家族等。

(2) 人工呼吸器を装着している障害児者、その他下表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者を介護する家族等。

(3) 常時の見守りを必要とする重度の身体障害児者(身体障害者手帳総合等級1級もしくは2級)を介護する家族等。



対象となる医療的ケア(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(※1)	⑦	中心静脈栄養(IVH)
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/日以上以上の頻回の吸引	⑪	定期導尿(※3)
⑥	ネブライザー(※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 6回/日以上または継続使用。

※3 3回/日以上。人工膀胱を含む。

利用者負担額

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 1 6 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 2 8 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

ご利用の流れ

相談・申請

- * 障害者支援課へ相談
※利用要件や申請方法についてご説明します。
- * 利用を希望する訪問看護事業所等に利用が可能か相談
- * 障害者支援課へ申請書を提出
※「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申請書」を提出してください。
※訪問看護型でご利用の場合、医師の指示書が必要です。医師の指示書は「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 医師指示書」か、既に訪問看護を利用し、在宅レスパイト利用時の記載がある方はその写しを訪問看護事業所よりご提出ください。

利用決定

- * 「利用登録決定通知書」をご自宅へ郵送
※利用期間の終了日は利用年度の3月31日になりますので、継続利用する場合は毎年度更新手続きが必要です。更新手続きのご案内は障害者支援課から郵送します。
- * 「利用登録決定通知書」を訪問看護事業所等へ提示
※今後の利用について相談してください。

利用開始

- * 利用者負担額
※収入状況や利用時間に応じて、利用者負担額が発生します。詳細は上記表のとおりです。
※「利用登録決定通知書」に利用者負担額を記載しています。
※発生した利用者負担額は訪問看護事業所等に直接お支払いください。

お問い合わせ

福祉部 障害者支援課 障害者相談支援担当

【住所】〒140-8715 品川区広町2-1-36本庁舎3階

【電話】03-5742-6711 【FAX】03-3775-2000

