

西東京市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業のご案内

事業内容

日常的に医療的ケアの必要な重症心身障害児（者）等の自宅に看護師を派遣し、一定時間、医療的ケア及び療養上の介助（食事ケア、排泄ケア、体位交換等）を行うことで、家族等の介護負担を軽減します。

対象者

次のいずれにも該当する方を介護する家族等

- (1) 市内に住所を有し、家族等による介護を受け在宅で生活している65歳未満の者
- (2) 下記の医療的ケアを必要とし、主治医の指示のもと、現に訪問看護を利用している者
- (3) 次のいずれかに該当する者

ア 重症心身障害児（者）※

イ 重症心身障害児に該当しない18歳未満の障害児

※身体障害者手帳1級又は2級（歩行困難な程度）かつ、愛の手帳1・2度が重複しており、18歳未満にその状態になった方

<医療的ケアの内容>

1	人工呼吸器（毎日行う機械的気道加圧を要するカフマシン・NIPPV・CPAP等を含む。）管理	7	中心静脈栄養（IVH）
2	気管内挿管又は気管切開	8	経管栄養（経鼻又は胃ろうによるものを含む。）
3	鼻咽喉頭エアウェイの使用	9	腸ろう又は腸管栄養
4	酸素吸入	10	継続して行う透析（腹膜灌流を含む。）
5	頻回（1日当たり6回以上）の吸引	11	定期導尿（1日当たり3回以上）又は人工膀胱の使用
6	ネブライザー（1日当たり6回以上又は継続して使用している場合に限る。）の使用	12	人工肛門の使用

*障害者総合支援法などに基づき医療的ケアを含む支援が受けられる場合は、障害者総合支援法などのサービスが優先されます。

利用時間・回数

- (1) 事業の利用は、1年度につき288時間が上限となります。
- (2) 1回につき、2時間から4時間まで30分単位で利用できます。

裏面もご覧ください。

利用の流れ

- ① 対象者に該当しているか確認してください。
- ② 現在利用中の訪問看護事業所に、在宅レスパイト事業の対応可否について確認してください。
- ③ 事業の利用について主治医及び訪問看護事業所から事前に承諾を得てください。
- ④ 利用申請（下記の書類を障害福祉課に提出してください）
- ⑤ 利用者に利用登録決定通知書を市より送付します。
- ⑥ 市から訪問看護事業所に、医師指示書の内容及び利用者負担額等の利用に係る情報の提供をします。
- ⑦ 利用日に訪問看護事業所に利用者負担額をお支払いください。
- ⑧ 毎年6月頃に更新書類をお送りします。更新希望の方はお手続きが必要となります。

申請書類

- ・利用申請書兼医師指示書作成料助成申請書（様式第1号）
- ・医師指示書（様式第2号）（※）及び領収書（写しでも可）

※記載日から6か月を経過していないもの。利用者区分に応じて、**3,000円（消費税込み）を上限**に、取得費用を助成します。

利用者負担額

対象世帯	医師指示書 （※補助額）	利用者負担額単価（1回当たりの時間数）				
		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	0円	0円	0円	0円	0円	0円
市民税非課税世帯	(3,000円)					
障害児（18歳未満） 市民税所得割28万円未満世帯	30円 (2,970円)	180円	220円	270円	310円	360円
障害者（18歳以上） 市民税所得割16万円未満世帯	70円 (2,930円)	370円	460円	550円	640円	740円
上記以外の世帯	300円 (2,700円)	1,500円	1,880円	2,200円	2,630円	3,000円

備考 障害児（者）の属する世帯の収入状況の範囲は、障害児（18歳未満）の場合、障害児及びその児と同一世帯に属する者の合算とし、障害者（18歳以上）の場合はその者及びその配偶者の合算とする。

※ 医師指示書は上限3,000円を超える額は自己負担となります。



問合せ・連絡先

西東京市健康福祉部障害福祉課

障害者相談係（サービス利用に係る相談）

障害者支援係（利用申請手続きに関すること）

窓口：西東京市役所1階（西東京市南町5-6-13）

電話：042-420-2805（障害者相談係）

042-420-2804（障害者支援係）

FAX：042-466-9666