

主治医 殿

新宿区重症心身障害児等在宅レスパイト等サービス事業の利用について

日頃より新宿区の福祉行政にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

新宿区では、下記のとおり「新宿区重症心身障害児等在宅レスパイト等サービス事業」を実施しています。お手数をおかけいたしますが、事業内容をご確認いただき、患者様に当事業の利用の適否をお伝えください。また、**利用にあたり、訪問看護事業所宛「訪問看護指示書」にレスパイトに転用する旨やその他留意事項についてご記載いただきますようお願いいたします。**

(1) 事業目的

在宅生活を送っている医療的ケアの必要な重症心身障害児（者）等に対し、訪問看護師が自宅に出向き、一定時間、家族の代わりに見守りを行うことで、家族の一時休息（レスパイト）、リフレッシュ、就労支援及び就労活動支援を図る。

(2) 利用者

次の各号のいずれにも該当する方が対象となります。

① 新宿区に住所を有する方

② 次のいずれかに該当する方

ア 1度又は2度の愛の手帳を有する知的障害者であり、かつ、1級または2級の身体障害者手帳（下肢機能障害、体幹機能障害又は移動機能障害に限る。）を有する身体障害者。ただし、18歳に達するまでに当該等級の障害を有した方に限る。

イ 新宿区重症心身障害児等在宅レスパイトサービス医師指示書又は東京都在宅重症心身障害児（者）訪問決定通知書等により別表第1の大島分類の判定が1から4までの状態であると確認できる方。ただし、18歳に達するまでに当該状態になった方に限る。

ウ 次の表に規定するいずれかのケアを受けており、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等に在籍するもの）。

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	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/日以上頻回の吸入	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（IVH）	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

- ③ 在宅で家族等による介護を受けて生活している方
- ④ 訪問看護により医療的ケアを受けている方
- ⑤ 現在利用している訪問看護事業所が当事業について区と契約をしていること

### (3) 内容

訪問看護事業者の看護師が自宅に出向き、一定時間、家族の代わりに医療的ケアをともなう見守りをを行います。入浴、外出を伴う介護、家事支援はできません。

- ① 1回につき2時間～4時間まで(30分単位)
- ② 利用者1人につき1年度の間に288時間を上限とする
- ③ 利用者の世帯収入に応じた自己負担あり

※新宿区と委託契約を締結した訪問看護事業者に限ります。

※サービス利用中、家族は外出等により不在となることがあります。

ご不明な点などございましたら、下記までご連絡くださいますようお願いいたします。

#### **【問い合わせ先】**

新宿区福祉部障害者福祉課経理係

〒160-8484

東京都新宿区歌舞伎町1丁目4番1号

TEL：03-5273-4520

FAX：03-3209-3441