

佐世保市訪問型在宅レスパイト事業 利用の手引き

1 はじめに

佐世保市訪問型在宅レスパイト事業は、在宅生活を送っている医療的ケアが必要な障がい児・障がい者のご自宅に訪問看護ステーションの看護師等が滞在し、介護者の変わりに医療的ケアを伴う見守りを行うことで介護者のレスパイトを図ることを目的としています。

2 事業の対象者

本事業の利用対象者は、医療的ケアを要する障がい児・障がい者のうち、以下の全てに該当する方とします。

- (1) 佐世保市に居住する市民
- (2) 在宅で、同居の介護者による介護を受けて生活している方
- (3) 現在訪問看護を利用しており、かつ人工呼吸器管理又は気管切開等の医療的ケアを受けている方

3 事業者登録申請について

本事業は、次に掲げる要件を全て満たした指定訪問看護事業所に委託して実施するものです。委託を受けようとする事業所は要件を確認の上、佐世保市訪問型在宅レスパイト事業事業者登録申請書（様式5号）に訪問看護指定通知書の写しを添付の上、佐世保市障がい福祉課へ提出してください。

【要件】

- ①医療的ケアを必要とする障がい児・障がい者に対する看護又は指導について十分な知識を有すること。
- ②本事業の実施に必要な看護師等の人員を有すること。
- ③その他市長が必要と認めること。

4 委託契約の締結

事業者登録申請書の提出後、佐世保市との間で本事業実施に関する委託契約を締結します。

5 利用契約の締結

本事業の利用決定を受けた利用者との間で、本事業の利用に係る契約を締結してください。

6 サービスの提供

契約を締結した利用者に対し本事業のサービスを提供します。

なお、本事業は指定訪問看護の利用に引き続き利用するものとし、本事業単体での利用はできません。

また、本事業の利用時間は1回当たり4時間を限度とし、30分単位で提供します。年間の上限時間は48時間です。

7 利用者負担の徴収

サービス提供後、利用者負担額を利用者から徴収してください。

※生活保護、市民税非課税世帯の方は利用者負担が免除されます。

※負担上限月額が設定され、一月に利用したサービス料にかかわらず上限額以上の負担は生じません。

※利用者負担額は市から送付する決定通知書に記載されています。

【利用者負担額】

| 利用時間 | 0:30 | 1:00 | 1:30 | 2:00 | 2:30 | 3:00 | 3:30 | 4:00 |
|----------------------|------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 昼間 午前8時 ～午後6時 | 277円 | 555円 | 832円 | 1,110円 | 1,387円 | 1,665円 | 1,942円 | 2,220円 |
| 夜間 午後6時～ 翌午前8時 | 382円 | 765円 | 1,147円 | 1,530円 | 1,912円 | 2,295円 | 2,677円 | 3,060円 |

※利用時間に1時間未満の端数がある場合は、30分以上は切り上げ、30分未満は切り捨てとします。

※同一日において、昼間、夜間帯ともに30分未満の端数が生じた場合、より多くサービスを提供した時間帯においてその端数を切り上げとし、もう一方の時間帯については切り捨てとします。

【負担上限月額】

| 世帯の区分 | 利用者負担上限月額 |
|-------------------------------|-----------|
| 生活保護世帯 | 0円 |
| 市民税非課税世帯 | 0円 |
| 市民税均等割課税及び所得割額が33,000円未満の世帯 | 5,000円 |
| 市民税所得割額が33,000以上235,000円未満の世帯 | 10,000円 |
| 上記以外の世帯 | 20,000円 |

8 委託料の請求・支払い

当月1日～末日までの1ヶ月分について、請求書に佐世保市訪問型在宅レスパイト事業サービス提供実績報告書（様式4号）を添えて、翌月15日までに障がい福祉課へ提出してください。

市は請求書を受理した日から30日以内に委託料を支払います。