

## ○恵庭市障がい者等医療的ケア支援事業実施要綱

平成25年3月15日

### (目的)

第1条 この要綱は、障がい者(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号。以下「法」という。)第4条第1項に規定する障害者をいう。)及び障がい児(法第4条第2項に規定する障害児のうち18歳に達する日の属する月の末日までにある者をいう。)に対して、地域で生活するために必要となる社会活動への参加を確保するため、病院、診療所又は訪問看護ステーション(以下「訪問看護ステーション等」という。)の看護師を派遣することにより、障がい者及び障がい児(以下「障がい者等」という。)の福祉の増進を図ることを目的とする。

### (対象者)

第2条 この事業の対象者は、市内に住所を有し、日常的に医療的ケア(たんの吸引、経管栄養その他医療的介助行為をいう。以下同じ。)を必要とする在宅の重症心身障がい者又は重症心身障がい児(以下「重症心身障がい者等」という。)であって、主治医の診療により看護師の派遣が必要と認められ、訪問看護指示書(様式第1号)の交付を受けたものとする。

### (派遣する場所)

第3条 この事業により看護師を派遣する場所は、看護師が配置されていない次に掲げる施設等のうち、主治医及び看護師との密接かつ適切な連携が可能であって、医療的ケアの提供が可能と認められる場所とする。

- (1) 日中活動事業を行う障害福祉サービス事業所及び障害児通所支援事業所(医療連携体制加算を算定する事業所を除く。)
- (2) 地域活動支援センター
- (3) その他市長が社会参加活動又は日中活動の場所と認めた施設等

### (事業内容)

第4条 この事業の内容は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 看護師を派遣し、重度心身障がい者等に経管栄養、導尿、注射等の定時に集中する医療的ケア及び短時間で可能な医療的ケアを行うほか、長時間の医療的ケアが必要な重度心身障がい者等については、その身体状況等を観察しながら、必要に応じ吸引、水分補給、胃ろう管理、気管カニューレ管理、てんかん発作の対応等の医療的ケアを行う。
- (2) 看護師の1回の派遣時間は、6時間までとする。
- (3) 看護師1人の派遣に対し、重度心身障がい者等2人を限度とする。ただし、1回の派遣

時間が2時間以上の場合は、重度心身障がい者等4人を限度とする。

(利用申請等)

第5条 この事業を利用しようとする者は、恵庭市障がい者医療的ケア支援事業申請書(様式第2号)に主治医が発行する訪問看護指示書の写し及び身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第4項に規定する身体障害者手帳の写し又は特定疾患医療受給者証若しくは医師の診断書を添えて市長に提出しなければならない。

(利用の決定等)

第6条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査の上、利用の可否を決定し、恵庭市障がい者等医療的ケア支援事業利用決定・却下通知書(様式第3号)により当該申請をした者に通知するものとする。

2 前項の規定により利用の決定を受けた者(以下「利用者」という。)は、派遣を受ける訪問看護ステーション等に訪問看護指示書を提出し、医療的ケアの実施に係る契約を締結するものとする。

(看護師の派遣回数等)

第7条 この事業の利用回数は、利用者1人につき1週間に3回までとし、かつ、1月に12回までとする。

(費用の負担等)

第8条 利用者は、この事業を利用したときは、この事業に係る費用の一部として、別表第1に掲げる実施費用額の100分の10に相当する額を負担するものとし、派遣を受ける訪問看護ステーション等に直接支払うものとする。

2 前項の場合において、同一の月における利用者負担額の合計額が別表第2の左欄に掲げる利用者世帯の所得区分に応じ、同表の右欄に掲げる月額負担上限額を超えるときは、前項の規定にかかわらず、当該同一の月における利用者負担額の合計額は、当該月額負担上限額とする。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成27年2月13日から実施し、この要綱による改正後の恵庭市障がい者等医療的ケア支援事業実施要綱の規定は、平成26年4月1日より適用する。

別表第1(第8条関係)

医療的ケア支援事業実施費用額

費用の名称	単価
1 基本額	1回につき 5,550円
2 管理療養費	
(1) 月の初日の訪問の場合	7,300円
(2) 月の2日目以降の訪問の場合	1日につき 2,950円
3 長時間加算 (派遣時間2時間以上)	1週につき 5,200円

別表第2(第8条関係)

利用者負担額の月額負担上限額

利用者世帯の所得区分			月額負担上限額
市民税非課税世帯			0円
市民税課税世帯	障がい者	市民税所得割の額が16万円未満	9,300円
	障がい児	市民税所得割の額が28万円未満	2,300円

備考

- この表において「利用者世帯」とは、利用者が障がい者であるときは本人及びその配偶者をいい、利用者が障がい児であるときはその保護者及び当該保護者と同一の世帯に属する者をいう。
- この表において「市町村民税非課税世帯」とは、利用した月の属する年度(当該事業を利用した月が4月から6月までの場合にあつては、前年度)分の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税を課されない世帯をいう。
- この表において「市町村民税所得割の額」とは、利用した月の属する年度(当該事業を利用した月が4月から6月までの場合にあつては、前年度)分の地方税法第292条第1項第2号の規定による所得割の額をいう。

様式第1号（第2条、第5条、第6条関係）

訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと。

訪問看護指示期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

点滴注射指示期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

患者氏名			生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	( 歳)
患者住所			電話	( )	-			
主たる疾病名								
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状 態							
	投与中の薬 剤の用量・ 用 法	1.		2.				
		3.		4.				
		5.		6.				
	日常生活 自立度	寝たきり度	J	A	B	C		
		認知症の状況	I	II	III	IV	V	
	要介護認定の状況	要支援	要介護 ( 1 2 3 4 5 )					
	装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 ( /min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻:チューブサイズ , 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (サイズ , 日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式:設定 ) 10. 気管カニューレ (サイズ ) 11. ドレーン (部位: ) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. その他 ( )						
留意事項及び指示事項								
I 療養生活指導上の留意事項								
II 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他								
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)								
緊急時の連絡先 不在時の対応法								
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等があれば記載してください。)								
他の訪問看護ステーションへ等の指示 (無 有: 指定訪問看護ステーション等名 )								

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
(FAX.)

医師氏名

印

訪問看護ステーション等

様

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

恵庭市長 様

申請者(利用者又は利用者の家族)  
住 所  
氏 名  
利用者との続柄

恵庭市障がい者等医療的ケア支援事業申請書

医療的ケアの実施について、恵庭市障がい者等医療的ケア支援事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 医療的ケアを受けようとする者の氏名
- 2 申請する医療的ケアの内容（該当する項目を○で囲んでください。）  
吸引 ・ 吸入 ・ 経管栄養 ・ その他（ ）
- 3 申請理由
- 4 提出書類 訪問看護指示書の写し・  
（身体障がいの場合） 身体障害者手帳の写し・  
（難病の場合） 特定疾患医療受給者証 又は 医師の診断書
- 5 通所場所
- 6 契約予定の訪問看護ステーション等の名称及び連絡先  
名 称  
  
所在地  
  
連絡先
- 7 所得確認及び訪問看護計画書等提出に係る同意について
  - (1) 利用者負担額及び負担上限月額を算定するため、私及び私の世帯の市民税課税台帳の閲覧を行うことに同意します。
  - (2) 主治医に対する訪問看護計画書及び訪問看護報告書の写しを提出することに同意します。

様式第3号（第6条関係）

（ 記 号 ）  
年 月 日

様

恵庭市長

恵庭市障がい者等医療的ケア支援事業利用決定・却下通知書

年 月 日付で申請のありました恵庭市障がい者等医療的ケア支援事業の実施について、  
下記のとおり決定しましたので通知します。

記

- 1 氏名
- 2 決定内容(口囲みで表示)  
利用決定  
医療的ケアの内容  
却下  
却下理由
- 3 医療的ケア支援事業実施期間 自 年 月 日  
至 年 月 日

- 4 利用者負担額 次の費用額の1割  
医療的ケア支援事業実施費用額

費用の名称	単価
1 基本額	1回につき 5,550円
2 管理療養費 (1) 月の初日の訪問の場合 (2) 月の2日目以降の訪問の場合	1日につき 7,300円 2,950円
3 長時間加算（派遣時間2時間以上）	1週につき 5,200円

※利用回数は、1週間に3回以内、1月に12回以内。

- 5 負担上限月額の有無（口囲みで表示） 有り ・ 無し
- 6 負担上限月額（上記5負担上限月額が有りの場合） 円

様式第1号(第2条、第5条、第6条関係)

様式第2号(第5条関係)

様式第3号(第6条関係)