

春日市医療的ケア児等レスパイト事業の手引き

| | | |
|------------------------------|---|----|
| 1 . 春日市医療的ケア児等レスパイト事業について | … | 1 |
| 2 . 春日市医療的ケア児等レスパイト事業 利用の流れ | … | 2 |
| 3 . 春日市医療的ケア児等レスパイト事業に関するQ&A | … | 3 |
| 4 . 様式 | | |
| 利用(変更)申請書 | … | 7 |
| 助成金交付申請書兼請求書 | … | 8 |
| サービス提供記録 | … | 9 |
| 利用者台帳 | … | 11 |

令和6年4月

春日市地域共生部福祉支援課

障がい福祉担当

〒816-8501 春日市原町3-1-5

TEL 092-584-1111 FAX 092-584-1154

1. 春日市医療的ケア児等レスパイト事業について

在宅等で医療的ケア児者の看護や介護を行う家族の負担軽減を図ることため、訪問看護のレスパイト利用の費用助成を行う「春日市医療的ケア児等レスパイト事業」を令和6年4月1日より令和8年3月31日までサービス内容を拡充します。

| | |
|--------------|---|
| 利用対象者 | 以下の要件を満たす医療的ケア児者*を看護している同居家族 |
| | <p>【18歳未満】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 訪問看護により医療的ケアを受けている <p>【18歳以上】(全てを満たす)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 訪問看護により医療的ケアを受けている ◆ 人工呼吸器又は気管カニューレを装着している ◆ 障害福祉サービスの短期入所(医療型)の決定を受けている |

* 利用対象となる「医療的ケア児者」とは次の要件すべてにあてはまる人です。

- ① 春日市内に住所を有する人
- ② 在宅で同居保護者または介護を行うものによる介護を受けて生活している人
- ③ 医師の訪問看護指示書による医療的ケアを必要としている人

| | |
|---------------|--|
| サービス内容 | <p>① 自宅又は自宅以外の場所での訪問看護*</p> <p>【サービス内容例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅での訪問看護のうち健康保険法の適用となる時間を除いた費用 ・ 親戚宅等、外出先で行う訪問看護 ・ 図書館等へ出かける際の付き添い |
| | <p>② 【拡充】保育所・学校等(登下校・校内・校外活動等)での訪問看護*</p> <p>※拡充期間:令和6年4月1日から令和8年3月31日まで</p> <p>【サービス内容例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保育所・学校等への登下校の付き添い ・ 校内において学校看護師の対象にならない医療的ケア ・ 社会科見学や遠足等校外活動への付き添い |

* 看護を伴わない付き添いは対象となりません。

* 自宅外での訪問看護の提供については訪問看護ステーションがサービスを提供できると判断した場所であれば利用場所の制限はありません。

* 交通費や外出先で発生する訪問看護以外の費用(施設の入場料等)については、訪問看護ステーションから費用の負担を求められる場合がありますので、事前に訪問看護ステーションにご確認ください。

| | |
|----------------|------------------------------|
| 利用可能時間* | ① 医療的ケア児者一人につき、1年度当たり48時間まで |
| | ② 医療的ケア児者一人につき、1年度当たり144時間まで |

* サービスの内容ごとに、①、②それぞれの時間の利用が可能となります。

| | |
|------------|---|
| 助成額 | <p>9割(生活保護・市民税非課税世帯は、10割)*</p> <p>※助成対象となる費用は、30分当たり3,750円が上限</p> |
|------------|---|

* 本事業の助成金は春日市からサービスを提供した訪問看護ステーションに支払います。

| | |
|-------------|-------------------------------|
| 利用登録 | 利用登録の手続きは、訪問看護ステーションを通して行います。 |
|-------------|-------------------------------|

2. 春日市医療的ケア児等レスパイト事業 利用の流れ

① 申請

申請者(家族)が訪問看護ステーションを通して春日市に申請書類を提出

- 申請書「利用(変更)申請書(様式第1号)」
- 医療的なケアを受けていることが分かる書類(訪問看護指示書等)
【医療的ケア児者が18歳以上】
- 人工呼吸器又は気管カニューレを装着していることが分かる書類

② 決定

申請後、春日市から訪問看護ステーションを通して決定通知を送付

- ※ 決定内容(サービス内容、助成割合等)を確認してください。

③ 事業の実施

決定内容に基づき、利用日時、利用場所を訪問看護ステーションと調整

- ※ 交通費や外出先で発生する訪問看護以外の費用(施設の入場料等)については、訪問看護ステーションと費用負担について確認してください。
- ※ サービス内容②を実施する際は、事前に保育所、学校等に事業実施で訪問看護ステーションが入ることを伝え、打合せを行ってください。

④ 利用料金の支払い

サービス利用後、訪問看護ステーションに利用料金(1割)を支払う

- ※ 生活保護・市民税非課税世帯は利用料金はかかりません。
- ※ 助成金は、訪問看護ステーションより春日市に申請し、春日市から訪問看護ステーションに直接支払います。

⑤ 実績報告 費用請求

サービス提供後、助成金の申請を行う。【サービス提供月翌月10日まで】

- 助成金交付申請書兼請求書(様式第3号)
- サービス提供記録(別添様式1-1)(別添様式1-2)
- 利用者台帳(別添様式2-1)(別添様式2-2)
- ※ サービス内容①また②それぞれについて、請求がある場合は、別添様式1-1、1-2および2-1、2-2それぞれ提出が必要です。
申請書兼請求書は1枚にまとめて請求してください。

春日市医療的ケア児等レスパイト事業に関するQ&A

令和3年4月作成

令和6年4月改正

Q1 この事業の目的は何ですか。

A1 人工呼吸器管理、たん吸引や経管栄養等、日常生活を営むために医療を要する状態にある人（以下、医療的ケア児及び医療的ケア者）は、常時介護や医療的ケアが必要な人が多いため、介護を担う家族への負担が非常に大きくなります。そのご家族への負担を少しでも和らげるためには休息（レスパイト）が必要です。

本事業は、医療的ケア児や医療的ケア者の看護のために、指定訪問看護ステーションを利用する家族に対し、レスパイト利用に係る経費を助成することにより、在宅の医療的ケア児等の看護及び介護を行う家族の負担軽減を図ることであります。

Q2 この事業の助成を受けることができる対象は、どういった人ですか。

A2 春日市内に居住し、春日市に住民票のある医療的ケア児等の家族です。

Q3 この事業の対象となる医療的ケア児等とは、どういった人ですか。

A3 在宅で、同居家族による看護や介護を受けて生活しており、(1)または(2)の要件を満たす人です。

(1) 医療的ケア児（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある人）

※訪問看護により、医療的ケア（人工呼吸器管理、痰吸引や経管栄養等の支援）を受けている。

(2) 医療的ケア者（18歳以上の人）で①～③全てに該当

①訪問看護により、医療的ケアを受けている。

②人工呼吸器又は、気管カニューレを装着している。

③障害福祉サービスの短期入所（医療型）の支給決定を受けている。

Q4 助成対象経費は、どういったものですか。

A4 訪問看護ステーションが、在宅の医療的ケア児等を対象に家族に代わって行う看護のうち、健康保険法の適用の対象となる訪問看護の時間を除いた部分です。つまり、医療保険が適用とならず、全額利用者負担となる経費です。

Q5 事業実施の場所は決まっていますか？

A5 事業実施の場所は、下記の①または②の決定内容により決められています。

①自宅または自宅以外の場所での訪問看護の決定を受けた人

自宅で利用する場合は、家族の外出や休養時間に併せて、健康保険法の適用となる訪問看護の時間に引き続いての事業利用等を想定しております。

また、訪問看護ステーションが訪問看護を提供することができるかと判断した場所であれば、原則、利用場所の制限はありません。例えば、親戚宅等で行う訪問看護、病院受診時の付き添い等を想定しております。

ただし、障がい福祉サービス事業所（障害児通所支援事業所、就労継続支援事業所等）の他、保育所、認定こども園、幼稚園、学校については、対象となりません。

なお、病院受診時等のための移動時の支援については、障がい福祉サービスの「通院等（乗降）介助」や「移動支援」での対応ができない場合に限りです。

②保育所・学校等（登下校・校内・郊外活動等）での訪問看護の決定を受けた人

保育所・学校等に在籍する医療的ケア児が保育所・学校等の登下校時や校内、校外活動等において必要となる看護を受ける場合を想定しており、訪問看護ステーションが訪問看護を提供することができるかと判断した場所であれば、原則、利用場所の制限はありません。

ただし、学校看護師による医療的ケアの対象となる場合は利用できません。

Q6 助成額は、どのように計算されますか？

A6 助成額は、費用の9割です。ただし、生活保護を受けている場合や市民税非課税世帯の場合は、10割です。また、0.5時間につき3,750円が上限です。

なお、利用は0.5時間単位で、1回の利用において0.5時間未満の端数を生じた場合は、端数を切り捨てます。

<例>

10時から12時までの利用で、健康保険法の適用での訪問看護（1.5時間）に追加して本事業を利用し、訪問看護ステーションの単価設定が0.5時間につき3,750円であった場合。

◇10時から11時30分まで…健康保険法適用による訪問看護（医療保険での請求、医療保険での自己負担）

◇11時30分から12時まで…当該事業（0.5時間分）の適用
3,750円のうち…

1割（375円）が利用者負担、9割（3,375円）が助成対象

Q7 利用時間に上限がありますか？

A7 医療的ケア児等1人につき、1年度あたり(4月1日から翌年3月31日まで)利用時間は下記のとおりになります。

①自宅または自宅以外の場所での訪問看護の決定を受けた人は48時間まで

②保育所・学校等(登下校・校内・郊外活動等)での訪問看護の決定を受けた人は144時間まで

ただし、①、②の両人の利用決定を受けている人はサービスの内容ごとに、①、②それぞれの時間の利用が可能となります。

Q8 申請・決定・報告の際、なぜ訪問看護ステーションを経由するのですか？

A8 この事業の実施は、医療的ケア児・医療的ケア者が利用されている訪問看護ステーションの協力が不可欠な事業であり、円滑な事業運営のために、このような手続きの手法にさせていただきました。また、訪問看護ステーションより報告いただくことで、助成金を市から直接訪問看護ステーションに支払うことができ、利用者の一時的な自己負担金の支払いや払い戻しの手続きが不要になります。

Q9 複数の訪問看護ステーションを利用できますか？

A9 利用(変更)申請書の「利用する訪問看護ステーション」の欄に利用する訪問看護ステーションを全て記載してください。事業利用があった場合は、市に提出した報告書の写しを各訪問看護ステーションで共有する等して、年間の上限時間数を超えないように調整してください。

Q10 年度途中で、決定が取り消されることはありますか？

A10 転出、医療行為の変化等で対象者の要件を満たさなくなった場合は、決定を取り消します。決定通知の内容に変更が生じた場合は、訪問看護ステーションを通して市に利用(変更)申請書を提出してください。

Q11 利用した場合の報告書の提出は？

A11 事業を実施した訪問看護ステーションは、実施月の翌月10日までに春日市福祉支援課障がい福祉担当まで報告書を提出してください。

Q12 年度更新に手続きは必要ですか？

A12 毎年度、利用申請が必要です。利用が決定している人については、年度末に春日市より更新の御案内をいたしますので、その際にお手続きください。

年 月 日

（宛先）春日市長

（利用訪問看護ステーション）

所在地：

名称：

代表者：

連絡先：

春日市医療的ケア児等レスパイト事業助成金交付申請書兼請求書

春日市医療的ケア児等レスパイト事業を下記のとおり実施したので、春日市医療的ケア児等レスパイト事業要綱第9条第2項の規定により、関係書類を添えて助成金の交付を申請し、実績を報告します。

記

1 事業実施状況

| | | | | |
|---------|----------------|--------|----|--|
| 実施月 | 年 | | 月分 | |
| 請求金額 | 円 | | | |
| 延べ利用者数 | 人 | 延べ利用日数 | 日 | |
| 延べ利用時間数 | 時間 | | | |
| 関係書類 | サービス提供記録、利用者台帳 | | | |

2 助成金振込先

| | | | | | |
|---------|-------------|--|-------|-----------------|-------------|
| 金融機関コード | | | 支店コード | | |
| 金融機関名 | 銀行 農協 | | 支店名 | 支店 本店 出張所 | |
| 預金種別 | 1. 普通 2. 当座 | | | | |
| 口座番号 | | | | | ※口座番号は右詰で記入 |
| フリガナ | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | |

(別添様式1-1)

春日市医療的ケア児等レスパイト事業サービス提供記録

【①自宅又は自宅以外の場所での訪問看護用】

【 令和 年 月分】

(宛先) 春日市長

所在地
名称
代表者

下記のとおり、春日市医療的ケア児等レスパイト事業におけるサービスを提供したので報告します。

| | | | |
|----------|--|------|--|
| 利用登録者氏名 | | 連絡先 | |
| 医療的ケア児者名 | | 生年月日 | |

| 実施日 | サービス提供時間 | | サービス 利用時間 | 備考 | サービス実施場所 |
|-----|----------|------|--------------|----|--|
| | 開始時刻 | 終了時刻 | | | |
| | : | : | | | <input type="checkbox"/> 自宅(保険適用外の時間) <input type="checkbox"/> 自宅外でのケア <input type="checkbox"/> その他() |
| | : | : | | | <input type="checkbox"/> 自宅(保険適用外の時間) <input type="checkbox"/> 自宅外でのケア <input type="checkbox"/> その他() |
| | : | : | | | <input type="checkbox"/> 自宅(保険適用外の時間) <input type="checkbox"/> 自宅外でのケア <input type="checkbox"/> その他() |
| | : | : | | | <input type="checkbox"/> 自宅(保険適用外の時間) <input type="checkbox"/> 自宅外でのケア <input type="checkbox"/> その他() |
| | : | : | | | <input type="checkbox"/> 自宅(保険適用外の時間) <input type="checkbox"/> 自宅外でのケア <input type="checkbox"/> その他() |
| | : | : | | | <input type="checkbox"/> 自宅(保険適用外の時間) <input type="checkbox"/> 自宅外でのケア <input type="checkbox"/> その他() |
| | : | : | | | <input type="checkbox"/> 自宅(保険適用外の時間) <input type="checkbox"/> 自宅外でのケア <input type="checkbox"/> その他() |
| | : | : | | | <input type="checkbox"/> 自宅(保険適用外の時間) <input type="checkbox"/> 自宅外でのケア <input type="checkbox"/> その他() |
| | : | : | | | <input type="checkbox"/> 自宅(保険適用外の時間) <input type="checkbox"/> 自宅外でのケア <input type="checkbox"/> その他() |
| | : | : | | | <input type="checkbox"/> 自宅(保険適用外の時間) <input type="checkbox"/> 自宅外でのケア <input type="checkbox"/> その他() |

| | |
|------------|--|
| サービス利用時間合計 | |
|------------|--|

(備考)

- 1 サービス提供時間は健康保険法の適用対象となる訪問看護の時間を除くこと。
- 2 備考の欄には、同日に複数事業所がサービス提供した場合、他の事業所の事業名、サービス提供時間を記載すること。
- 3 1日のサービス利用時間は30分を0.5時間とし、30分未満は切捨てて記載すること。

