

こ発第 1369 号

令和 3 年 3 月 26 日

各児童発達支援事業所

放課後等デイサービス事業所 管理者 様

福岡市こども未来局こども部こども発達支援課長

令和3年度報酬改定における「医療的ケア児」の基本報酬区分の
創設に伴う対応等について(依頼)

日頃から、本市障がい児福祉行政にご協力いただきありがとうございます。

令和3年2月4日、国から令和3年度障害福祉サービス等報酬改定の概要が示されたところであり
ますが、今般の改定では、児童発達支援及び放課後等デイサービスを中心に、医療的ケアを含め、
障がい児の状態等を判定し、その判定結果に応じ基本報酬や加算を算定するよう改定が行われま
す。

当該改定のうち、現に看護職員加配加算を算定している児童発達支援事業所(非重心)及び放
課後等デイサービス(非重心)に令和3年4月までに行っていただく事務や今後、児童発達支援事業
所及び放課後等デイサービスが新たに医療的ケア児を受け入れする場合の対応について、別添の
とおりお示します。

【問い合わせ先】

〒810-8620 福岡市中央区天神1丁目8番1号

福岡市こども未来局 こども部 こども発達支援課 事業所指定・指導係

担当 坂田、長谷川、立花

(TEL) 092-711-4178 (FAX) 092-733-5534

事業者指定専用アドレス: syougaiji-jigyousyashitei@city.fukuoka.lg.jp

1 改定の内容

別添の「令和3年度報酬改定における医療的ケア児にかかる報酬(児童発達支援及び放課後等デイサービス)の取扱い等について」(令和3年3月23日厚生労働省事務連絡)をご確認ください。

2 現に看護職員加配加算を算定している事業所(非重心)が行う作業

今般の改定に伴い、医療的ケアを行うために必要な看護職員の配置の費用を含んだ医療的ケア児の基本報酬区分を創設することから、看護職員加配加算が廃止されるため、現に看護職員加配加算を算定している児童発達支援(非重心)及び放課後等デイサービス(非重心)については、速やかに医療的ケア区分による基本報酬を算定できるように、以下の作業を行う必要があります。

※非重心:主として重症心身障がい児が利用する場合以外

① 保護者への医療的ケア判定スコアの提供依頼

医療的ケア区分の基本報酬算定のためには、各支給決定担当課(区役所福祉・介護保険課等)の発行する障がい児通所受給者証において、医療的ケア区分による支給決定を受ける必要があります。

【対象児】

○現に看護職員加配加算を算定している児童発達支援事業所(非重心)又は放課後等デイサービス事業所(非重心)において、引き続き医療的ケアを必要とする障がい児

- (1) 事業所は、上記対象児の保護者に対して、『医療的ケア区分による支給決定後の報酬の取扱いについて』また、『これまで看護職員加配加算の算定のために活用していた医療的ケア判定スコアを市に提供すること』について説明を行い、保護者の同意を得たうえで、「(様式第13号)障がい児通所・入所給付決定変更用届出書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書」(別紙3参照)の記入を依頼する。
- (2) 保護者から申請書の提供を受けた事業所は、適宜、「医療的ケア児リスト」(別紙4参照)の作成を行う。

※医療的ケア児リストの記載内容については、記載漏れや記載誤りが無いよう、提出前に十分な確認を行うこと。

※医療的ケアに係る判定スコアの見直しについては、令和3年4月から施行されるが、保護者が新判定スコアを準備することが難しいことが想定されるため、上記の取扱いとしています。

但し、旧判定スコアには、「見守りスコア」がない分、新判定スコアによる点数より、低い点数になるため、新判定スコアを用意できる場合は、(1)の段階で、保護者に新判定スコア(別紙1参照)を提供し、申請書と併せて新判定スコア(別紙1参照)の提出を依頼してください。

＜医療的ケア児が複数の看護職員加配加算算定事業所を利用している場合＞

保護者に対して複数の看護職員加配加算算定事業所がそれぞれ申請書の記入依頼を行うことを避けるため、この場合は、原則として利用者負担上限額管理事業所が2の①～③(2)の事務を行うこととする。(但し、事業所間の調整のうえ、利用者負担上限額管理事業所以外の事業所が当該事務を行うことも可能とする。)

事務担当事業所は、保護者に対し、医療的ケア区分に関する内容について、併用先の看護職員加配加算算定事業所にも情報提供する旨の同意を得ておくようお願いします。

※事務担当事業所は、併用先の看護職員加配加算算定事業所の当該児童に関する基本報酬に大きく影響するため、本通知を十分にご確認いただき、遺漏のないようお願いいたします。

② 市への医療的ケア児リスト等の提出

事務担当事業所は、以下の書類を令和3年4月15日まで(※必着)に下記の提出先に提出を行う。

＜郵送にて提出を行うもの＞

- ① 医療的ケア児リスト(別紙4参照)【事業所作成】
 - ② 障がい児通所・入所給付決定変更用届出書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書(様式第13号)(別紙3参照)【保護者作成】
 - ③ 看護職員加配加算算定のために作成していた旧判定スコア
 - ④ 旧判定スコアから新判定スコアの読み替え表(別紙2参照)【事業所作成】
- 〔新判定スコアの提供を受けた児童分については、③、④に代えて⑤を提出〕
- ⑤ 新判定スコア(原本)(別紙1参照)【医師作成】

＜電子メールにおいて提出を行うもの＞

- ① 医療的ケア児リスト(別紙4参照)【事業所作成】

本リストについては、郵送においてもご提出いただきますが、電子メールにおいて、ご提出いただく医療的ケア児リストについては、個人情報に記載されている内容については、削除したものを下記の提出先に送信してください。

(個人情報削除の手順)

- ・事業所において作成した医療的ケア児リスト(Excel)をコピーする。
- ・コピーした医療的ケア児リスト(Excel)の「支給決定保護者氏名」「保護者フリガナ」「保護者生年月日」「支給決定児童氏名」「児童フリガナ」「児童生年月日」「郵便番号」「住所」の欄に記載されている内容を削除する。(該当セルを空白にする)

※期日までに提出が無い場合、また、書類の不備等がある場合は、医療的ケア区分による基本報酬の算定ができない場合がありますので、予めご了承ください。

(別添)

＜今回、旧判定スコアにおいて医療的ケア区分の支給決定を受けた児童の旧判定スコアにかかる経過的取扱いについて＞

対象児の受給者証有効期間終期	受給者証更新時に必要となるスコア
令和3年6月末まで	新判定スコアもしくは旧判定スコア
令和3年7月以降	新判定スコアのみ

※新判定スコアの作成は、医療的ケア児の保護者が、主治医に作成を求めることになるが、医療機関から文書料を求められた場合、保護者の負担となります。

(郵送の提出先)

提出先：〒810-8620 福岡市中央区天神1丁目8番1号

福岡市役所こども未来局こども発達支援課 事業所指定・指導係

※封筒の表面に「医療的ケア判定スコア同封」と朱書きで記載をお願いします。

(電子メールの提出先)

提出先：syougaiji-jigyousyashitei@city.fukuoka.lg.jp

※メールの件名に「(貴事業所名を入力してください)医療的ケア児リストの提出について」と記入してください。

③ 市より医療的ケア児のリストの送付～医療的ケア区分にかかる請求

- (1) 市(こども発達支援課)は2の②において、事業所より提出を受けた書類の内容を精査し、令和3年4月23日までに医療的ケア区分を確定した医療的ケア児リストを事務担当事業所に返送する。
- (2) 【2の①の事務担当事業所のみ】事務担当事業所は、併用先の事業所に、市から返送された医療的ケア児リストに記載される対象児の医療的ケア区分に関する情報を提供する。
- (3) 事業所(2の①の併用先の事業所含む)は、市から返送された医療的ケア児リストに記載される各児童の医療的ケア区分(又は事務担当事業所から情報提供された各児童の医療的ケア区分)を基に、以下の書類を作成し、令和3年5月7日まで(※期日厳守)に前述の提出先に郵送において提出を行う。

① 医療的ケア区分の基本報酬算定に関する届出(別紙5参照)【事業所作成】

- (4) 事業所(2の①の併用先の事業所含む)は、「医療的ケア区分の基本報酬算定に関する届出」(別紙5参照)どおりの配置があった場合、4月サービス提供分に係る請求から、市から返送された医療的ケア児リストに記載される各児童の医療的ケア区分に応じた報酬を請求する。

※「医療的ケア区分の基本報酬算定に関する届出」(別紙5参照)を作成する際に、配置看護職員合計数が、必要看護職員合計数未満となった場合は、当該月の医療的ケア児に係る利用日のうち、医療的ケア区分の基本報酬の算定ができない日が生じますので、請求の際にはご注意ください。

(注意)

各支給決定担当課(区役所福祉・介護保険課等)は、令和3年4月1日を有効期間の始期とする支給決定を行ったうえで、医療的ケア区分が印字された障がい児通所受給者証を令和3年4月30日までに対象児の保護者宛に発送します。

事業所(2の①の併用先の事業所含む)は、請求の前までに、必ず対象児の保護者から障がい児通所受給者証の写しの提供を依頼し、その内容を確認してください。

3 現に医療的ケアが必要な児童の受け入れを行っている事業所(2の事業所を除く)又は今後、新たに医療的ケアが必要な児童の受け入れを行う場合の対応について

新判定スコアの作成を主治医に求める必要がある場合は、医療的ケア児又は重心医療的ケア児の保護者が、主治医に作成を求めることになるが、医療機関から文書料を求められた場合、当該保護者の負担となる。ただし、事業所が算定する報酬によっては、必ずしも主治医に新判定スコアを求める必要はなくなる。

事業所が医療的ケア児を受け入れする際の報酬は以下のとおりですが、「市の医療的ケア区分による支給決定が必要であるか」また「新判定スコアについて主治医が作成する(文書料が発生する)かどうか」をご確認いただき、適切に対応していただくようお願いします。

(新判定スコアに関する早見表)

報酬	要件	判定する者	提出先
①医療的ケア区分に応じた基本報酬	市の医療的ケア区分1～3のいずれかの支給決定が必要	主治医 (見守りスコアが必要)	市町村
②看護職員加配加算 (重心型事業所のみ)	利用する重心医ケア児の医療的ケアスコアの合計が40点以上 等	主治医 (見守りスコアが必要)	事業所
③医療連携体制加算	医療的ケア児であること 等	主治医以外でも可 (事業所に配置された看護職員 等)	事業所

① 医療的ケア区分に応じた基本報酬を算定する場合

(重心型事業所が重心児でない医療的ケア児を受け入れする場合及び非重心型事業所が重心児かつ医療的ケア児を受け入れする場合も含む)

＜当該児童が医療的ケア区分による支給決定を受けていない場合＞

2の①～③までについては、現に看護職員加配加算を算定している事業所(非重心)に対する特例的取扱いになるので、該当しない場合は、保護者から各支給決定担当課(区役所福祉・介護保険課等)に障がい児通所受給者証の変更申請を行い、医療的ケア区分による支給決定を受ける必要があります。具体的には以下の手続きとなります。

- (1) 医療的ケアを必要とする障がい児の保護者に対して、医療的ケア区分による支給決定後の報酬の取扱いについて説明を行い、保護者の同意を得たうえで、医療的ケア区分による基本報酬の算定のため必要となる新判定スコア「障害福祉サービス等利用における医療的ケア判定スコア(医師用)」(別紙1参照)及び「(様式第13号)障がい児通所・入所給付決定変更用届出書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書」(別紙3参照)を保護者に提供し、各支給決定担当課(区役所福祉・介護保険課等)に障がい児通所受給者証の変更申請をするよう案内してください。

(別添)

(新判定スコアの原本及び写しに関する保管について)

新判定スコア(原本)	各区支給決定担当課(区役所福祉・介護保険課等)に提出。
新判定スコア(写し)①	事業所が当該児童について必要な医療的ケアを把握するため、保護者から提供を受け、 <u>事業所において保管。</u>
新判定スコア(写し)②	今後、医療的ケア児の保護者が、新たに事業所と契約する場合には、保護者から事業所への情報提供のため、 <u>保護者が保管。</u>

(2) 事業所は、対象児の保護者から障がい児通所受給者証の写しの提供を依頼し、医療的ケア区分の確認後、以下の書類を、初めて医療的ケア区分の報酬を算定する月の前月の15日までに前述の提出先に郵送において提出を行う。

❶ 医療的ケア区分の基本報酬算定に関する届出(別紙5参照)【事業所作成】

＜当該児童が既に医療的ケア区分による支給決定を受けている場合＞

既に医療的ケア区分による支給決定を受けている場合は、障がい児通所受給者証の変更申請の必要はないが、事業所は当該児童に対して必要となる医療的ケアを把握する必要があるため、保護者の同意を得たうえで、保護者から新判定スコア(写し)の提供を依頼すること。

また、医療的ケア区分の報酬算定のため、以下の書類を、初めて医療的ケア区分の報酬を算定する月の前月の15日までに前述の提出先に郵送において提出を行う。

❶ 医療的ケア区分の基本報酬算定に関する届出(別紙5参照)【事業所作成】

② 看護職員加配加算を算定する場合(重心型事業所)

＜既に看護職員加配加算を算定している事業所の場合＞

令和3年4月から医療的ケアに係る判定スコアの見直しがされるため、速やかに新判定スコアの取得が必要になりますが、保護者がすぐに新判定スコアを準備することが難しいことが想定されるため、下記の取扱いとします。

＜現に看護職員加配加算を算定している事業所の旧判定スコアにかかる経過的取扱いについて＞

期間	看護職員加配加算を算定のための根拠となるスコア	判定する者
令和3年6月末まで	旧判定スコアから新判定スコアの読み替え表(別紙2参照)	事業所従業員
	新判定スコア(別紙1参照)	主治医
令和3年7月以降	新判定スコア(別紙1参照)	主治医

※旧判定スコアには、「見守りスコア」がない分、新判定スコアによる点数より、低い点数になるため、予めご了承ください。

＜今後、看護職員加配加算を算定する場合＞

(1) 医療的ケアを必要とする障がい児の保護者に対して、看護職員加配加算の報酬の取扱いについて説明を行い、保護者の同意を得たうえで、保護者に対し、新判定スコア(別紙1参照)の提出を依頼する。

(2) 事業所は、保護者から取得した新判定スコア(別紙1参照)を基に、報酬告示において看護職員加配算定要件を満たすことを確認したうえで、以下の書類を初めて看護職員加配加算の報酬を算定する月(もしくは看護職員加配加算の報酬算定を再開する月)の前月の15日までに前述の提出先に郵送において提出を行う。

❶ 給付費算定に係る体制等に関する届出書(付表9)

❷ 別紙「障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表」

❸ (別紙16)看護職員加配加算に関する届出書

なお、算定開始月から、3月を経過した時点で、看護職員加配加算算定のための医療的ケアスコアの合計計算方法が変わるため、再度上記の届出をしていただく必要があります。

※上記、❶～❸の様式については、令和3年度報酬改定前の様式名を記載しておりますので、厚生労働省より、新様式が示されたあと、様式名や様式番号に変更が生じる可能性があります。

＜共通＞

(新判定スコアの原本及び写しに関する保管について)

新判定スコア(原本)	事業所が当該児童について必要な医療的ケアを把握するため、保護者から提供を受け、 <u>事業所において保管。</u>
新判定スコア(写し)	今後、医療的ケア児の保護者が、新たに事業所と契約する場合には、保護者から事業所への情報提供のため、 <u>保護者が保管。</u>

③ 医療連携体制加算を算定する場合

医療連携体制加算については、これまで看護の度合いに関わらず一律の報酬単価であったが、改定後は、対象となる児童が「医療的ケア児」か「非医療的ケア児」かによって、算定する報酬単価が変わります。医療連携体制加算において、必要となる新判定スコアは、あくまで医療的ケア児であるかどうかの指標であるため、事業所に配置された看護職員等において作成が可能とされているところですが、看護の提供については、これまでどおり、医師（改定後からは原則、主治医）の指示が必要な点については変わりませんので、ご注意ください。

<既に医療連携体制加算を算定している事業所の場合>

これまで、医療的連携体制加算算定のために作成していた旧判定スコアを基に、事業所に配置された看護職員等が新判定スコア【基本スコアのみ】（別紙1参照）の作成を行う。

※なお、本加算に関する留意事項について、大きく変更がなされる予定のため、現に医療連携体制加算を算定している事業所については、留意事項発出後、算定要件について、再度確認をお願いします。

<今後、医療連携体制加算を算定する場合>

医療的ケアが必要な児童について、事業所に配置された看護職員等が新判定スコア【基本スコアのみ】（別紙1参照）の作成を行う。

<共通>

医療的ケア児が3人以上の利用が見込まれる場合は、医療連携体制加算は算定できず、医療的ケア区分による基本報酬を算定する必要がある。（3の①参照）

（新判定スコアの原本及び写しに関する保管について）

新判定スコア（原本）	事業所が当該児童について必要な医療的ケアを把握するため、保護者から提供を受け、 <u>事業所において保管。</u>
新判定スコア（写し）	今後、医療的ケア児の保護者が、新たに事業所と契約する場合には、保護者から事業所への情報提供のため、 <u>保護者が保管。</u>

障害福祉サービス等利用における医療的ケア判定スコア（医師用）

医療的ケア判定スコアは、医療的ケアを必要とする者が障害福祉サービス等（通所サービスや（短期）入所施設等）を利用するにあたり、どの程度の看護職員の配置を必要とするか等を判断するためのスコアです。患者が必要とする医療的ケア等について、下部の記載要領に沿って記載をお願いします。

医療機関名		医療機関 住所地	〒 —
		連絡先 電話番号	

患者氏名		患者生年月日	年 月 日	
初回判定年月日 （初回記入欄）	年 月 日	医師氏名	（ふりがな）	連絡先電話番号
				— —

NICU等から退院した児童の保護者の負担軽減の必要性	有 ・ 無
----------------------------	-----------------

- ※ NICU等から退院して間もない（若しくは退院する予定の）児童の場合に限りチェックを付けてください。
- ※ 在宅における児童の養育に係る負担が著しく、ホームヘルパーやショートステイ等の必要性があると思われる場合に「有」に○を付けてください。そうでない場合は「無」に○を付けてください。

更新 時 用	①更新判定 （2回目記入欄）	判定年月日 年 月 日	医師氏名	（ふりがな）	連絡先電話番号
					— —
	②再更新判定 （3回目記入欄）	判定年月日 年 月 日	医師氏名	（ふりがな）	連絡先電話番号
					— —

- ※ 障害福祉サービス等は1年に1回程度（サービスによっては3年に1回程度）更新が必要です。更新時に裏面の医療的ケアスコアの内容に変更がない場合、上記の①更新判定（または②再更新判定）の欄に、判定年月日、医師氏名、連絡先電話番号のみ記載して、申請者に提供してください。医療的ケアの内容に変更があった場合は、新たに判定スコアを作成してください。

裏面の医療的ケア判定スコア 記載要領

【基本スコア】

- 申請者が日中及び夜間※においてそれぞれ必要とする医療的ケア（診療の補助行為）について、該当する行為に☑を付けてください。
- ※ 「日中」とは障害児者が通所サービス事業所を利用する時間帯（朝～夕方）、「夜間」とは障害児者が（短期）入所施設を利用する深夜帯を含めた全時間帯を指します。

【見守りスコア】

- いわゆる「動ける医療的ケア児者」が、自発運動等により装着されている医療機器の作動等を妨げる可能性があるかどうかを評価します。該当する医療的ケアがある場合に、見守りスコアの基準（目安）を参考に該当する見守りの程度のうちいずれか一つに☑を付けてください。

障害福祉サービス等利用における医療的ケアの判定スコア(医師用)

医療的ケア(診療の補助行為)		基本スコア		基本スコア	見守りスコア			見守りスコアの基準(目安)		
		日中	夜間		高	中	低	見守り高の場合	見守り中の場合	見守り低の場合(0点)
1 人工呼吸器(鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む)の管理 注)人工呼吸器及び括弧内の装置等のうち、いずれか一つに該当する場合にカウントする。		<input type="checkbox"/>		10点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発呼吸がない等のために人工呼吸器抜去等の人工呼吸器トラブルに対して直ちに対応する必要がある場合(2点)	直ちにではないがおおむね15分以内に対応する必要がある場合(1点)	それ以外の場合
2 気管切開の管理 注)人工呼吸器と気管切開の両方を持つ場合は、気管切開の見守りスコアを加点しない。(人工呼吸器10点+人工呼吸器見守り0~2点+気管切開8点)		<input type="checkbox"/>		8点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	自発呼吸がほとんどない等ために気管切開カニューレ抜去に対して直ちに対応する必要がある場合(1点)		それ以外の場合
3 鼻咽頭エアウェイの管理		<input type="checkbox"/>		5点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	上気道狭窄が著明なためにエアウェイ抜去に対して直ちに対応する必要がある場合(1点)		それ以外の場合
4 酸素療法		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	酸素投与中止にて短時間のうちに健康及び患者の生命に対して悪影響がもたらされる場合(1点)		それ以外の場合
5 吸引(口鼻腔・気管内吸引)		<input type="checkbox"/>		8点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	自発運動等により吸引の実施が困難な場合(1点)		それ以外の場合
6 ネブライザーの管理		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点						
7 経管栄養	(1) 経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、食道瘻	<input type="checkbox"/>		8点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	自発運動等により栄養管を抜去する/損傷させる可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
	(2) 持続経管注入ポンプ使用	<input type="checkbox"/>		3点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	自発運動等により注入ポンプを倒す可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
8 中心静脈カテーテルの管理(中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など)		<input type="checkbox"/>		8点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	自発運動等により中心静脈カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
9 皮下注射 注)いずれか一つを選択	(1) 皮下注射(インスリン、麻薬など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	自発運動等により皮下注射を安全に実施できない場合(1点)		それ以外の場合
	(2) 持続皮下注射ポンプ使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	自発運動等により持続皮下注射ポンプを抜去する可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
10 血糖測定(持続血糖測定器による血糖測定を含む) 注)インスリン持続皮下注射ポンプと持続血糖測定器とが連動している場合は、血糖測定の項目を加点しない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	血糖測定とその後の対応が頻回に必要な可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
11 継続的な透析(血液透析、腹膜透析を含む)		<input type="checkbox"/>		8点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	自発運動等により透析カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
12 導尿 注)いずれか一つを選択	(1) 利用時間中の間欠的導尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点						
	(2) 持続的導尿(尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻、尿路ストーマ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	自発運動等により持続的導尿カテーテルを抜去する可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
13 排便管理 注)いずれか一つを選択	(1) 消化管ストーマ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	自発運動等により消化管ストーマを抜去する可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
	(2) 摘便、洗腸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点						
	(3) 浣腸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点						
14 痙攣時の 坐剤挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置 注)医師から発作時の対応として上記処置の指示があり、過去概ね1年以内に発作の既往がある場合		<input type="checkbox"/>		3点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	痙攣が10分以上重複する可能性や短時間のうちに何度も繰り返す可能性が高い場合(2点)		それ以外の場合

(a)基本スコア合計

<日中>	<夜間>
------	------

(b)見守りスコア合計

(a)+(b)判定スコア

<日中>

(a)+(b)判定スコア

<夜間>

障害福祉サービス等利用における医療的ケア判定スコア（医師用）

確認ポイント

医療的ケア判定スコアは、医療的ケアを必要とする者が障害福祉サービス等（通所サービスや（短期）入所施設等）を利用するにあたり、どの程度の看護職員の配置を必要とするか等を判断するためのスコアです。患者が必要とする医療的ケア等について、下部の記載要領に沿って記載をお願いします。

医療機関名	医療機関 住所地	〒 ー
	連絡先 電話番号	

患者氏名			年
初回判定年月日 （初回記入欄）			

NICU等から退院した障害児の居宅介護や短期入所等の支給決定の要否等を勧案する際の資料としてご活用ください。

支給決定の更新時に、医療的ケアの状況や主治医の医療機関が変わらない場合、同じ用紙を使用して市町村に提出することが可能としたため、この欄を設けています。
用紙について、保護者にコピーを保管するよう御案内をお願いします。

NICU等から退院した児童の保護者の負担軽減の必要性	有	無
----------------------------	---	---

※ NICU等から退院して間もない（若しくは退院する予定の）児童の場合に限りチェックを付けてください。

※ 在宅における児童の養育に係る負担が著しく、ホームヘルパーやショートステイ等の必要性があると思われる場合に「有」に○を付けてください。

更新時 用	①更新判定 （2回目記入欄）	判定年月日	年	月	日	医師氏名	(ふりがな)	連絡先電話番号
								ー
	②再更新判定 （3回目記入欄）	判定年月日	年	月	日	医師氏名	(ふりがな)	連絡先電話番号
								ー

※ 障害福祉サービス等は1年に1回程度（サービスによっては3年に1回程度）更新が必要です。更新時に裏面の医療的ケアスコアの内容に変更がない場合、上記の①更新判定（または②再更新判定）の欄に、判定年月日、医師氏名、連絡先電話番号のみ記載して、申請者に提供してください。医療的ケアの内容に変更があった場合は、新たに判定スコアを作成してください。

裏面の医療的ケア判定スコア 記載要領

【基本スコア】

申請者が日中及び夜間※においてそれぞれ必要とする医療的ケア（診療の補助行為）について、該当する行為に☑を付けてください。

※ 「日中」とは障害児者が通所サービス事業所を利用する時間帯（朝～夕方）、「夜間」とは障害児者が（短期）入所施設を利用する深夜帯を含めた全時間帯を指します。

【見守りスコア】

いわゆる「動ける医療的ケア児者」が、自発運動等により装着されている医療機器の作動等を妨げる可能性があるかどうかを評価します。該当する医療的ケアがある場合に、見守りスコアの基準（目安）を参考に該当する見守りの程度のうちいずれか一つに☑を付けてください。

障害福祉サービス等利用における医療的ケアの判定スコア(医師用)

医療的ケア(診療の補助行為)	基本スコア		基本スコア	見守りスコア			見守りスコアの基準(目安)		
	日中	夜間		高	中	低	見守り高の場合	見守り中の場合	見守り低の場合(0点)
1 人工呼吸器(鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む)の管理 注)人工呼吸器及び括弧内の装置等のうち、いずれか一つに該当する場合にカウントする。	<input type="checkbox"/>		10点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発呼吸がない等のために人工呼吸器抜去等の人工呼吸器トラブルに対して直ちに対応する必要がある場合(2点)	直ちにではないがおおむね15分以内に対応する必要がある場合(1点)	それ以外の場合
2 気管切開の管理 注)人工呼吸器と気管切開の両方を持つ場合は、気管切開の見守りスコアを加点しない。(人工呼吸器10点+人工呼吸器見守り0~2点+気管切開8点)	<input type="checkbox"/>		8点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発呼吸がほとんどない等ために気管切開カニューレ抜去に対して直ちに对应する必要がある場合(2点)		それ以外の場合
3 鼻咽頭エアウェイの管理	<input type="checkbox"/>		5点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	上気道狭窄が著明なためにエアウェイ抜去に対して直ちに对应する必要がある場合(1点)		それ以外の場合
4 酸素療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素投与中止にて短時間のうちに健康及び患者の生命に対して悪影響がもたらされる場合(1点)		それ以外の場合
5 吸引(口鼻腔・気管内吸引)	<input type="checkbox"/>		8点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により吸引の実施が困難な場合(1点)		それ以外の場合
6 ネブライザーの管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点						
7 経管栄養	(1) 経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、食道瘻	<input type="checkbox"/>	8点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により栄養管を抜去する/損傷させる可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
	(2) 持続経管注入ポンプ使用	<input type="checkbox"/>	3点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により注入ポンプを倒す可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
8 中心静脈カテーテルの管理(中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など)	<input type="checkbox"/>		8点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により中心静脈カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
9 皮下注射 注)いずれか一つを選択	(1) 皮下注射(インスリン、麻薬など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により皮下注射を安全に実施できない場合(1点)	それ以外の場合
	(2) 持続皮下注射ポンプ使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により持続皮下注射ポンプを抜去する可能性がある場合(1点)	それ以外の場合
10 血糖測定(持続血糖測定器による血糖測定を含む) 注)インスリン持続皮下注射ポンプと持続血糖測定器とが連動している場合は、血糖測定の項目を加点しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血糖測定とその後の対応が頻回に必要な可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
11 継続的な透析(血液透析、腹膜透析を含む)	<input type="checkbox"/>		8点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により透析カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
12 導尿 注)いずれか一つを選択	<input type="checkbox"/>		3点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により導尿管を抜去する可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
13 排便管理 注)いずれか一つを選択	<input type="checkbox"/>		3点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により排便管理器具を抜去する可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
14 痙攣時の坐位 注)医師から発作時の対応が指示されている場合	<input type="checkbox"/>		3点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により坐位を維持する可能性がある場合(1点)		それ以外の場合

●上記の各項目にチェックが入っていれば、合計欄が空欄の場合であっても有効な書類として取り扱ってください。

●その際は、提出先(市町村又は事業所)において計算して、医療的ケアスコアの確認をお願いします。

●療養介護・短期入所・福祉型障害児入所施設については、合計スコアの「日中」と「夜間」のうち、高い方の点数を医療的ケアスコアとしてください。

●児童発達支援・放課後等デイサービスについては、合計スコアの「日中」の点数を医療的ケアスコアとしてください。

(a)基本スコア合計

<日中><夜間>

(b)見守りスコア合計

(a)+(b)判定スコア

<日中><夜間>

(a)+(b)判定スコア

旧判定スコアから新判定スコアの置き換え方法

○ 旧判定スコアの点数を、相当する新判定スコアの点数を置き換えるとともに、新判定スコアで今回新たに追加された医療的ケア(灰色塗り)に該当する場合は当該点数を追加し、合計点数を算出する。

旧判定スコア

医療的ケア(診療の補助行為)	該当に☑	スコア
レスピレーター管理	<input type="checkbox"/>	8点
気管内挿管, 気管切開	<input type="checkbox"/>	8点
鼻咽頭エアウェイ	<input type="checkbox"/>	5点
O2 吸入又は SpO2 90%以下の状態が10%以上	<input type="checkbox"/>	5点
1回呼吸器用経管栄養	<input type="checkbox"/>	5点
経管栄養	<input type="checkbox"/>	5点
中心静脈カテーテルの管理(中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など)	<input type="checkbox"/>	5点
皮下注射	<input type="checkbox"/>	5点
血糖測定(持続血糖測定器による注)	<input type="checkbox"/>	5点
継続する透析(腹膜灌流を含む)	<input type="checkbox"/>	8点
定期導尿3回/日以上	<input type="checkbox"/>	5点
人工肛門	<input type="checkbox"/>	5点
旧判定スコア点数		点

- 医療行為の該当の有無は、医師でないと判断できないものではありません。
- 医師の確認がないことから「該当なし」とは取り扱わず、保護者や事業所への聞き取りにより該当の有無を判定してください。

新判定スコア

医療的ケア(診療の補助行為)	該当に☑	基本スコア
1 人工呼吸器(鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む)の管理 注)人口呼吸器及び括弧内の装置等のうち、いずれか一つに該当する場合にカウントする。	<input type="checkbox"/>	10点
2 気管切開の管理	<input type="checkbox"/>	8点
3 鼻咽頭エアウェイの管理	<input type="checkbox"/>	5点
4 酸素療法	<input type="checkbox"/>	8点
5 吸引(口鼻腔・気管内吸引)	<input type="checkbox"/>	8点
6 ネブライザーの管理	<input type="checkbox"/>	3点
7 経管栄養	<input type="checkbox"/>	8点
(1) 経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、食道瘻	<input type="checkbox"/>	
(2) 持続経管注入ポンプ使用	<input type="checkbox"/>	3点
8 中心静脈カテーテルの管理(中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など)	<input type="checkbox"/>	8点
9 皮下注射	<input type="checkbox"/>	5点
注)いずれか一つを選択	<input type="checkbox"/>	3点
10 血糖測定(持続血糖測定器による注)	<input type="checkbox"/>	5点
注)インスリン持続皮下注射ポンプ使用を加点しない。	<input type="checkbox"/>	3点
11 継続的な透析(血液透析、腹膜透析)	<input type="checkbox"/>	8点
12 導尿	<input type="checkbox"/>	5点
注)いずれか一つを選択	<input type="checkbox"/>	3点
13 排便管理	<input type="checkbox"/>	5点
注)いずれか一つを選択	<input type="checkbox"/>	3点
(3) 利用時間中の浣腸	<input type="checkbox"/>	3点
14 痙攣時の 坐剤挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置	<input type="checkbox"/>	3点
経過措置としての新判定スコア点数		点

- 新判定スコアでは、＜日中＞、＜夜間＞に分けて点数を把握しますが、経過措置の取扱いでは、この点数が＜日中＞、＜夜間＞の共通の点数になります。

様式第13号

(表)

障がい児通所・入所給付決定変更用届出書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書
(宛先) 福岡市児童相談所長
(又は福岡市 区長)

届出年月日 令和3年 月 日

次のとおり届け出ます。

(代筆者 申請者との関係)

給付決定者 保護者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		個人番号	
			受給者証番号	
	居 住 地	〒 — (電話)		
申請に係る児童	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		個人番号	
			続 柄	
身体障害者手帳		療育手帳	精神障害者保健福祉手帳	疾病名
障がい種別・等級		障がい程度	障がい等級	
保険者名及び 保険者番号※			被保険者証の 記号及び番号※	

※「保険者名及び保険者番号」欄及び「被保険者証の記号及び番号」欄は、医療型児童発達支援・医療型障がい児入所施設・指定医療機関を希望する場合記入すること。

サービスの利用状況	障がい福祉サービス	利用中のサービスの種類と内容等
	障がい児通所支援	利用中のサービスの種類と内容等 <u>児童発達支援</u>
変更の内容及び理由	<u>医療的ケア児に係る基本報酬区分の設定のため</u>	

承 諾 書

~~○ 障がい児支援利用計画書に添付する件として提出する場合は、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び~~

※承諾書以下記入不要

~~児童相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障がい児入所施設の関係者に従うことに同意します。~~

~~○ 審査のため必要があるときは、福岡市が私(申請者)及び私と同一世帯に属する者の収入状況について、税務資料その他の公簿等により確認されることを承諾します。~~

本人氏名	※ 承諾書に署名又は記名捺印がないと減免 できない場合があります。
世帯同一者氏名	世帯同一者氏名
世帯同一者氏名	世帯同一者氏名

(裏面も記入してください。)

(裏)

変 更 申 請 す る 減 免 の 種 類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○を付ける。いずれにもあてはまらない場合は、空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 ※ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留法人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給者の属する世帯を含む。 2 市町村民税非課税世帯に属する者で、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者で、上記2に該当しないもの 4 市町村民税課税世帯(所得割額28万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定(放課後等デイサービス及び入所施設を除く。) 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○を付ける。いずれにもあてはまらない場合は、空欄とすること。) 1 申請に係る児童が第2子軽減対象児童に該当する。 2 申請に係る児童が第3子以降軽減対象児童に該当する。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置に関する認定 生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置 □特例補足給付)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。
	<input type="checkbox"/> IV 特定入所障害児食費等給付に関する認定(医療型施設を除く。) 障がい児入所施設入所者であるため、特定入所障がい児食費等給付費を申請します。
	<input type="checkbox"/> V 医療型個別減免に関する認定 医療型障がい児入所施設入所者であるため、医療型個別減免を申請します。

○ ~~福岡市外に住民票がある方は、住民票の写しを提出してください。~~○ ~~その他いずれの減免も、事実関係を確認できる書類を添付してください。~~

提出者欄(申請者自身が提出する場合は、この欄の記入は不要です。)

提出者	フリガナ		申請者との関係	
	氏 名			
	住 所	〒 ー (電話 ー)		

様式第13号

(記載例)

(表)

障がい児通所・入所給付決定変更用届出書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書
(宛先) 福岡市児童相談所長
(又は福岡市 区長)

届出年月日 令和3年4月1日

次のとおり届け出ます。

(代筆者 申請者との関係)

給付決定者 保 護 者	フリガナ	フカハ タロウ		生年月日	昭和55年 3月 1日	
	氏 名	福岡 太郎		個人番号		
				受給者証番号	2 2 0 0 0 0 0 0 0 0	
	居 住 地	〒810—8620 (電話 092-711-4178) 福岡市中央区天神1丁目8番 1号				
申 請 に 係 る 児 童	フリガナ	フカハ ハコ		生年月日	平成25年 4月 1日	
	氏 名	福岡 花子		個人番号		
				続 柄	子	
身体障害者手帳		療育手帳		精神障害者保健福祉手帳		疾病名
障がい種別・等級 肢体不自由 上肢2級 下肢2級		障がい程度		障がい等級		
保険者名及び 保険者番号※				被保険者証の 記号及び番号※		

※「保険者名及び保険者番号」欄及び「被保険者証の記号及び番号」欄は、医療型児童発達支援・医療型障がい児入所施設・指定医療機関を希望する場合記入すること。

サービスの利用状況	障がい福祉サービス	利用中のサービスの種類と内容等
	障がい児通所支援	利用中のサービスの種類と内容等 児童発達支援
変更の内容及び理由	医療的ケア児に係る基本報酬区分の設定のため	

承 諾 書

- ~~障がい児支援利用計画を作成する場合は、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び、児童相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障がい児入所施設の利用者に従うことに同意します。~~
- ~~審査のため必要があるときは、福岡市が私(申請者)及び私と同一世帯に属する者の収入状況について、税務資料その他の公簿等により確認されることを承諾します。~~

※承諾書以下記入不要

本人氏名	※承諾書に署名又は記名捺印がないと減免 できない場合があります。
世帯同一者氏名	世帯同一者氏名
世帯同一者氏名	世帯同一者氏名

(裏面も記入してください。)

(記載例)

(裏)

変 更 申 請 す る 減 免 の 種 類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○を付ける。いずれにもあてはまらない場合は、空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 ※ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留法人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給者の属する世帯を含む。 2 市町村民税非課税世帯に属する者で、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者で、上記2に該当しないもの 4 市町村民税課税世帯(所得割額28万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定(放課後等デイサービス及び入所施設を除く。) 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○を付ける。いずれにもあてはまらない場合は、空欄とすること。) 1 申請に係る児童が第2子軽減対象児童に該当する。 2 申請に係る児童が第3子以降軽減対象児童に該当する。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置に関する認定 生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置 □特例補足給付)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。
	<input type="checkbox"/> IV 特定入所障害児食費等給付に関する認定(医療型施設を除く。) 障がい児入所施設入所者であるため、特定入所障がい児食費等給付費を申請します。
	<input type="checkbox"/> V 医療型個別減免に関する認定 医療型障がい児入所施設入所者であるため、医療型個別減免を申請します。

- ~~○ 福岡市外に住民票がある方は、住民票の写しを提出してください。~~
~~○ その他いずれの減免も、事実関係を確認できる書類を添付してください。~~

提出者欄(申請者自身が提出する場合は、この欄の記入は不要です。)

提 出 者	フリガナ		申請者との関係	
	氏 名			
	住 所	〒 ————— (電話 —————)		

※令和3年度報酬改定に伴う対応については、保護者が記入した申請書を事業所がとりまとめて、市に提出することになるため、上記提出者には事業所名等をご記入ください。

様式第13号

(表)

障がい児通所・入所給付決定変更用届出書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書
(宛先) 福岡市児童相談所長
(又は福岡市 区長)

届出年月日 令和 年 月 日

次のとおり届け出ます。

(代筆者 申請者との関係)

給付決定者 保護者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏 名		個人番号			
			受給者証番号			
	居 住 地	〒 — (電話)				
申請に係る児童	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏 名		個人番号			
			続 柄			
身体障害者手帳		療育手帳	精神障害者保健福祉手帳		疾病名	
障がい種別・等級		障がい程度	障がい等級			
保険者名及び 保険者番号※			被保険者証の 記号及び番号※			

※「保険者名及び保険者番号」欄及び「被保険者証の記号及び番号」欄は、医療型児童発達支援・医療型障がい児入所施設・指定医療機関を希望する場合記入すること。

サービスの利用状況	障がい福祉サービス	利用中のサービスの種類と内容等
	障がい児通所支援	利用中のサービスの種類と内容等 <u>放課後等デイサービス</u>
変更の内容及び理由	<u>医療的ケア児に係る基本報酬区分の設定のため</u>	

承 諾 書

~~○ 障がい児支援利用計画書に添付していただく必要はありません。は、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び~~

※承諾書以下記入不要

~~児童相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障がい児入所施設の関係者に従うことに同意します。~~

~~○ 審査のため必要があるときは、福岡市が私(申請者)及び私と同一世帯に属する者の収入状況について、税務資料その他の公簿等により確認されることを承諾します。~~

本人氏名	※ 承諾書に署名又は記名捺印がないと減免 できない場合があります。
世帯同一者氏名	世帯同一者氏名
世帯同一者氏名	世帯同一者氏名

(裏面も記入してください。)

(裏)

変 更 申 請 す る 減 免 の 種 類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○を付ける。いずれにもあてはまらない場合は、空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 ※ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留法人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給者の属する世帯を含む。 2 市町村民税非課税世帯に属する者で、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者で、上記2に該当しないもの 4 市町村民税課税世帯(所得割額28万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定(放課後等デイサービス及び入所施設を除く。) 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○を付ける。いずれにもあてはまらない場合は、空欄とすること。) 1 申請に係る児童が第2子軽減対象児童に該当する。 2 申請に係る児童が第3子以降軽減対象児童に該当する。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置に関する認定 生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置 □特例補足給付)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。
	<input type="checkbox"/> IV 特定入所障害児食費等給付に関する認定(医療型施設を除く。) 障がい児入所施設入所者であるため、特定入所障がい児食費等給付費を申請します。
	<input type="checkbox"/> V 医療型個別減免に関する認定 医療型障がい児入所施設入所者であるため、医療型個別減免を申請します。

○ ~~福岡市外に住民票がある方は、住民票の写しを提出してください。~~○ ~~その他いずれの減免も、事実関係を確認できる書類を添付してください。~~

提出者欄(申請者自身が提出する場合は、この欄の記入は不要です。)

提出者	フリガナ		申請者との関係	
	氏 名			
	住 所	〒 ー (電話 ー)		

様式第13号

(記載例)

(表)

障がい児通所・入所給付決定変更用届出書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書
(宛先) 福岡市児童相談所長
(又は福岡市 区長)

届出年月日 令和 3 年 4 月 1 日

次のとおり届け出ます。

(代筆者 申請者との関係)

給付決定者 保護者	フリガナ	フカハ タロウ		生年月日	昭和55年 3月 1日	
	氏名	福岡 太郎		個人番号		
				受給者証番号	2 2 0 0 0 0 0 0 0 0	
	居住地	〒810—8620 (電話 092-711-4178) 福岡市中央区天神1丁目8番 1 号				
申請に係る児童	フリガナ	フカハ ハコ		生年月日	平成25年 4月 1日	
	氏名	福岡 花子		個人番号		
				続柄	子	
身体障害者手帳		療育手帳		精神障害者保健福祉手帳		疾病名
障がい種別・等級 肢体不自由 上肢2級 下肢2級		障がい程度		障がい等級		
保険者名及び 保険者番号※				被保険者証の 記号及び番号※		

※「保険者名及び保険者番号」欄及び「被保険者証の記号及び番号」欄は、医療型児童発達支援・医療型障がい児入所施設・指定医療機関を希望する場合記入すること。

サービスの利用状況	障がい福祉サービス	利用中のサービスの種類と内容等
	障がい児通所支援	利用中のサービスの種類と内容等 放課後等デイサービス
変更の内容及び理由	医療的ケア児に係る基本報酬区分の設定のため	

承 諾 書

○ ~~障がい児支援利用計画を作成する事業者又は通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び~~ **※承諾書以下記入不要** ~~は、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び~~ ~~児童相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障がい児入所施設の利用者に従うことに同意します。~~

○ ~~審査のため必要があるときは、福岡市が私(申請者)及び私と同一世帯に属する者の収入状況について、税務資料その他の公簿等により確認されることを承諾します。~~

本人氏名	※ 承諾書に署名又は記名捺印がないと減免 できない場合があります。
世帯同一者氏名	世帯同一者氏名
世帯同一者氏名	世帯同一者氏名

(裏面も記入してください。)

(記載例)

(裏)

変更申請する減免の種類

<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 —— 下記の区分の適用を申請します。—— (あてはまるものに○を付ける。いずれにもあてはまらない場合は、空欄とすること。) —— 1 生活保護受給世帯 —— ※ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留法人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給者の属する世帯を含む。—— —— 2 市町村民税非課税世帯に属する者で、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの —— 3 市町村民税非課税世帯に属する者で、上記2に該当しないもの —— 4 市町村民税課税世帯(所得割額28万円未満)に属する者
<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定(放課後等デイサービス及び入所施設を除く。) —— 下記の区分の適用を申請します。—— (あてはまるものに○を付ける。いずれにもあてはまらない場合は、空欄とすること。) —— 1 申請に係る児童が第2子軽減対象児童に該当する。—— —— 2 申請に係る児童が第3子以降軽減対象児童に該当する。——
<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置に関する認定 —— 生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置 □特例補足給付)を申請します。—— —— ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。——
<input type="checkbox"/> IV 特定入所障害児食費等給付に関する認定(医療型施設を除く。) —— 障がい児入所施設入所者であるため、特定入所障がい児食費等給付費を申請します。——
<input type="checkbox"/> V 医療型個別減免に関する認定 —— 医療型障がい児入所施設入所者であるため、医療型個別減免を申請します。——

- ~~福岡市外に住民票がある方は、住民票の写しを提出してください。~~
- ~~その他いずれの減免も、事実関係を確認できる書類を添付してください。~~

提出者欄(申請者自身が提出する場合は、この欄の記入は不要です。)

提出者	フリガナ		申請者との関係	
	氏 名			
	住 所	〒 ————— (電話 —————)		

※令和3年度報酬改定に伴う対応については、保護者が記入した申請書を事業所がとりまとめて、市に提出することになるため、上記提出者には事業所名等をご記入ください。

(医療的ケア児リスト)

本リストは郵送及び電子メールの両方で提出を行う必要があります。

なお、電子メールでご提出いただく分については、**個人情報**が記載されている内容について削除したものを下記の提出先に**令和3年4月15日まで**に下記の提出先に送信してください。

※メールの件名に「(貴事業所名を入力してください)医療的ケア児リストの提出について」と記入してください。

(個人情報削除の手順)

1. 作成した「医療的ケア児リスト」(Excel)をコピーする。
2. コピーした医療的ケア児リスト(Excel)の「支給決定保護者氏名」「保護者フリガナ」「保護者生年月日」「支給決定児童氏名」「児童フリガナ」「児童生年月日」「郵便番号」「住所」の欄に記載されている内容を削除する。(該当セルを空白にする)

送信先: syougaiji-jigyousyashitei@city.fukuoka.lg.jp (福岡市役所こども未来局こども発達支援課 事業所指定・指導係 専用アドレス)

[illegible]

別紙 4

01 医療的ケア区分の基本報酬算定に関する届出

本届出は、「非重心型事業所が医療的ケア区分に応じた基本報酬を算定する場合」及び「重心型事業所が(非重心の)医療的ケア児について医療的ケア区分に応じた基本報酬を算定する場合」に

初めて医療的ケア区分の報酬を算定する月の前月の15日までに本市に届出が必要になります。

事業所名		担当者名	
事業所番号		担当者連絡先	

		令和()年()月																															合計
		1日	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	火	
医療的ケア児 利用予定児童数	区分3(32点以上)																																
	区分2(16点以上)																																
	区分1(3点以上)																																
	合計																																
必要看護職員数	区分3(32点以上)																																
	区分2(16点以上)																																
	区分1(3点以上)																																
	合計																																
配置予定看護職員数																																	

必要看護職員合計数≦配置看護職員合計数となっている場合、当該月における医療的ケア児の基本報酬算定が可能。

なお、配置看護職員合計数が、必要看護職員合計未満となった場合は、

厚生労働省事務連絡別添「医療的ケアを必要とする障害児への支援に係る報酬の取扱いについて(児童発達支援・放課後等デイサービス)」の15Pをご参照ください。

- ※1 着色セルのみ入力してください。(自動入力されます。)
- ※2 看護職員を医療的ケア児のサービス提供時間帯を通じて配置した場合に配置看護職員数として計上できます。
以下のような場合は計上できません。
・医療的ケア児へのサービス提供時間帯に兼務で、同一敷地内の他の建物や他のフロアで提供しているサービスと行き来し、医療的ケア児へのサービス提供時間帯に不在の場合がある。
・医療的ケア児へのサービス提供時間帯の半分だけ配置している。
・看護職員を基準の児童指導員等の員数に含めている。
- ※3 重心型事業所で(非重心の)医療的ケア児を受け入れ、医療的ケア区分に応じた基本報酬を算定するときは、基準人員である看護職員(基準看護職員)とは別に看護職員を配置する必要があります。
- ※4 配置予定看護職員数が0人の日は、医療的ケア児の基本報酬は算定できません。
- ※5 本届出をすれば必ず医療的ケア区分に応じた基本報酬を請求できるというのではなく、あくまで、利用予定の段階で要件を満たしているかの確認を行うための届出になります。

上記、注意事項は厚生労働省事務連絡別添「医療的ケアを必要とする障害児への支援に係る報酬の取扱いについて(児童発達支援・放課後等デイサービス)」の抜粋になりますので、必ず本資料の確認をお願いします。

02 医療的ケア区分の基本報酬算定に関する利用予定表

本様式は、01医療的ケア児の基本報酬算定に関する届出を市に届出した月の翌月以降、毎月作成し、事業所において保管してください。

本様式については、市に届出の必要はありません。

事業所名		担当者名	
事業所番号		担当者連絡先	

		令和()年()月																															合計
		1日	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	火	
医療的ケア児 利用予定児童数	区分3(32点以上)																																
	区分2(16点以上)																																
	区分1(3点以上)																																
	合計																																
必要看護職員数	区分3(32点以上)																																
	区分2(16点以上)																																
	区分1(3点以上)																																
	合計																																
配置予定看護職員数																																	

必要看護職員合計数≦配置看護職員合計数となっている場合、当該月における医療的ケア児の基本報酬算定が可能。

なお、配置看護職員合計数が、必要看護職員合計未満となった場合は、

厚生労働省事務連絡別添「医療的ケアを必要とする障害児への支援に係る報酬の取扱いについて(児童発達支援・放課後等デイサービス)」の15Pをご参照ください。

- ※1 着色セルのみ入力してください。(自動入力されます。)
- ※2 看護職員を医療的ケア児のサービス提供時間帯を通じて配置した場合に配置看護職員数として計上できます。
以下のような場合は計上できません。
・医療的ケア児へのサービス提供時間帯に兼務で、同一敷地内の他の建物や他のフロアで提供しているサービスと行き来し、医療的ケア児へのサービス提供時間帯に不在の場合がある。
・医療的ケア児へのサービス提供時間帯の半分だけ配置している。
・看護職員を基準の児童指導員等の員数に含めている。
- ※3 重心型事業所で(非重心の)医療的ケア児を受け入れ、医療的ケア区分に応じた基本報酬を算定するときは、基準人員である看護職員(基準看護職員)とは別に看護職員を配置する必要があります。
- ※4 配置予定看護職員数が0人の日は、医療的ケア児の基本報酬は算定できません。
- ※5 本届出をすれば必ず医療的ケア区分に応じた基本報酬を請求できるというものではなく、あくまで、利用予定の段階で要件を満たしているかの確認を行うための届出になります。

上記、注意事項は厚生労働省事務連絡別添「医療的ケアを必要とする障害児への支援に係る報酬の取扱いについて(児童発達支援・放課後等デイサービス)」の抜粋になりますので、必ず本資料の確認をお願いします。

03 医療的ケア区分の基本報酬算定に関する利用実績表

本様式は、01医療的ケア児の基本報酬算定に関する届出を市に届出した月の翌月以降、実際の利用実績及び勤務実績を基に、毎月作成し、事業所において保管してください。

本様式については、市に届出の必要はありません。

事業所名		担当者名	
事業所番号		担当者連絡先	

		令和()年()月																															合計
		1日	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	火	
医療的ケア児 利用実績児童数	区分3(32点以上)																																
	区分2(16点以上)																																
	区分1(3点以上)																																
	合計																																
必要看護職員数	区分3(32点以上)																																
	区分2(16点以上)																																
	区分1(3点以上)																																
	合計																																
配置実績看護職員数																																	

必要看護職員合計数≦配置看護職員合計数となっている場合、当該月における医療的ケア児の基本報酬算定が可能。

なお、配置看護職員合計数が、必要看護職員合計未満となった場合は、

厚生労働省事務連絡別添「医療的ケアを必要とする障害児への支援に係る報酬の取扱いについて(児童発達支援・放課後等デイサービス)」の15Pをご参照ください。

※1 着色セルのみ入力してください。(自動入力されます。)

※2 看護職員を医療的ケア児のサービス提供時間帯を通じて配置した場合に配置看護職員数として計上できます。

以下のような場合は計上できません。

- ・医療的ケア児へのサービス提供時間帯に兼務で、同一敷地内の他の建物や他のフロアで提供しているサービスと行き来し、医療的ケア児へのサービス提供時間帯に不在の場合がある。
- ・医療的ケア児へのサービス提供時間帯の半分だけ配置している。
- ・看護職員を基準の児童指導員等の員数に含めている。

※3 重心型事業所で(非重心の)医療的ケア児を受け入れ、医療的ケア区分に応じた基本報酬を算定するときは、基準人員である看護職員(基準看護職員)とは別に看護職員を配置する必要があります。

※4 配置予定看護職員数が0人の日は、医療的ケア児の基本報酬は算定できません。

※5 本届出をすれば必ず医療的ケア区分に応じた基本報酬を請求できるというのではなく、あくまで、利用予定の段階で要件を満たしているかの確認を行うための届出になります。

上記、注意事項は厚生労働省事務連絡別添「医療的ケアを必要とする障害児への支援に係る報酬の取扱いについて(児童発達支援・放課後等デイサービス)」の抜粋になりますので、必ず本資料の確認をお願いします。

配置看護職員合計数が、必要看護職員合計数未満となった場合は、厚生労働省事務連絡別添

「医療的ケアを必要とする障害児への支援に係る報酬の取扱いについて(児童発達支援・放課後等デイサービス)」のP15～P17をご参照ください。

医療的ケア区分の基本報酬算定に関する届出

(福岡市)

別紙 5

		()月																															合計
		1日	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	火	
医療的ケア児 利用児童数	区分3(32点以上)	1						1							1								1						1				
	区分2(16点以上)	1				1		1				1			1				1				1				1						
	区分1(3点以上)	2			2	2		2	2		2	2			2		1	2	2			2	2		2	2			2				
	合計	4			2	3		4	2		2	3			4		1	2	3			4	2		2	3			3			44	
必要看護職員数	区分3(32点以上)	1						1							1								1						1				
	区分2(16点以上)	0.5				0.5		0.5				0.5			0.5				0.5			0.5				0.5							
	区分1(3点以上)	0.66			0.66	0.66		0.66	0.66		0.66	0.66			0.66		0.33	0.66	0.66			0.66	0.66		0.66	0.66			0.66				
	合計	2.16			0.66	1.16		2.16	0.66		0.66	1.16			2.16		0.33	0.66	1.16			2.16	0.66		0.66	1.16			1.66			19.23	
配置看護職員数		2			1	1		2	1		1	1			2			1	1			2	1		1	1			2			20	

区分 3 の医療的ケア児が 1 人・・・必要看護職員数は 1 人
区分 2 の医療的ケア児が 1 人・・・必要看護職員数は 0.5 人
区分 1 の医療的ケア児が 1 人・・・必要看護職員数は 0.66 人
⇒必要看護職員数は合計2.16人

実際に配置した看護職員数（配置看護職員数）が、
日ごとに必要看護職員数以上となる必要はない。

注）医療的ケア児が利用し、看護職員が配置されない場合は
基本的に想定していないが、ここでは考え方を示すために記

一月の合計で
必要看護職員合計数 ≤ 配置看護職員合計数
となれば良い。