

障害児通所支援事業（児童発達支援・放課後等デイサービス）を
ご利用の皆様へ

< 医療的ケア区分のご案内 >

障害児通所支援事業に関する制度の仕組みが、令和3年4月から改正されています。
(この制度は、3年に一度、国によって見直しを行うこととされています。)

この制度改正に伴い新設された医療的ケア区分について、以下のように取り扱います。
ご理解、ご協力くださいますようお願いいたします。

「医療的ケア区分」について

目的
事業所で看護師等から医療的ケアを受ける場合、適正な人員を配置したり体制を継続したりできるよう、事業所の種別や人員体制に応じた報酬単価を適用することを目的として令和3年4月に創設されました。
医療的ケア区分が必要になるとき（概要）
以下のいずれかに該当する場合、医療的ケア区分の判定が必要になります。 ① 利用児童の主な対象が重症心身障害児の事業所であって、より手厚い看護師等の配置を行うために「看護職員加配加算」を算定する事業所を利用する場合 ② 上記①ではない事業所で、事業所独自に看護師等を配置するなどして医療的ケアを提供できるようにしている事業所を利用する場合
①の場合：一回の利用あたりの基本報酬に、事業所ごとの状況に応じて所定の単位が加算されます（400単位～800単位）。 ②の場合：医療的ケアや見守りの内容に応じて、一回の利用あたりの基本報酬が3区分あります（604単位～2,885単位）。 この医療的ケア区分の決定を受けるためには、保護者の方から主治医（日頃からお子さんを診察している医師）宛てに、「医療的ケア判定スコア」の作成をお願いしていただく必要があります（※この作成に係る各医療機関が定める文書料は、保護者負担となりますのでご了承ください。）。
受給者証更新の際のお手続きについて
・「医療的ケア判定スコア」は、12か月に1度の確認が必要となります。 ・そのため原則、受給者証の更新の際に、引き続き、医療的ケア区分の決定が必要となる場合は、「医療的ケア判定スコア」の提出が必要となります。 ・ただし、新しい受給者証の更新日の初日が、前回提出のあった、「医療的ケア判定スコア」の判定年月日から12か月以内の場合は、その判定スコアを、その期間の終了まで使用することも可とします。 ・「医療的ケア判定スコア」が必要かどうかについては、利用する事業所に確認をお願いします。 ・「医療的ケア判定スコア」について、判定結果が変わらない場合は、お手元に保管している「医療的ケア判定スコア」の写しを医療機関に渡し、「更新時用の更新判定欄」に医師に記入してもらうことも可能です。（裏面参照）

裏面あり

<ご案内>

- ① このお知らせは、令和3年4月の制度改正のうち、**医療的ケア区分**のご説明になります。
- ② このお知らせの内容は、横浜市で受給者証を交付している児童が対象です。それ以外の地域にお住まいの方は、受給者証の交付を受けている自治体宛てにお問合せください。
- ③ 受給者証に記載されている、一月あたりの利用者負担の上限額（0円／4,600円／37,200円）に変更はありません。そのため、利用者負担額に影響がない場合もあります。
- ④ 事業所ごとに定めて徴収されている実費（おやつ代等）に影響するものではありません。

<お問合せ先>

■ 受給者証の決定内容に関すること：各区こども家庭支援課（福祉保健センター）

鶴見	510-1839	港南	847-8457	港北	540-2320	栄	894-8959
神奈川	411-7113	保土ヶ谷	334-6353	緑	930-2432	泉	800-2448
西	320-8402	旭	954-6117	青葉	978-2457	瀬谷	367-5703
中	224-8199	磯子	750-2439	都筑	948-2321		
南	341-1152	金沢	788-7772	戸塚	866-8468		

■ 制度改正に関すること

横浜市こども青少年局	(電話) 671-4274
障害児福祉保健課	(FAX) 663-2304

ご利用中又は利用を検討される事業所の人員体制や、その事業所が算定している報酬の種類などにつきましては、ご利用のご相談時に、当該事業所宛て直接お問い合わせください。

<参考> 医療的ケア判定スコア

資料 1

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 所在地	
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			
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
※ NICU等から退院して前もなし（も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療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認められる場合に「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 使用欄	①更新判定 (2回目記入欄)	判定年月日	年 月 日
	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
		医師氏名 (ふりがな)	連絡先電話番号

※ 障害福祉サービスは1年に1回判定（サービスによっては3年に1回判定）更新が必要ですが、更新時に前回の医療的ケア判定スコアの内容に変更がない場合、上記の「更新判定（または再更新判定）」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、申請書に添付してください。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「助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始め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。

※ 様式は横浜市こども青少年局障害児福祉保健課ホームページに掲載しています。

