

令和3年4月 横浜市からのお知らせ

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月ご利用分から改正されます。（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」が新設されます。

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て請求できる報酬単価が見直されます。
医療的ケア区分が必要になるとき （※別紙「～医療的ケア区分判定スコアについて～」も併せてご確認ください。）
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、その事業所が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」を算定しようとする場合 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：児童発達支援又は放課後等デイサービスの別に、お子さんが必要とする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区分ずつあります（604単位～2,885単位）。
この医療的ケア区分を受けるためには、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、「医療的ケアスコア表」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、保護者負担となるためご了承ください）。また、すでに事業所を利用中であってすぐに医療的ケアスコア表を準備いただくことが難しそうな場合、読み替えを行う場合があります。 該当する方には、別途ご利用中の事業所などからご連絡させていただきます。

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 障害児福祉保健課	(電話) 671-4274 (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。

# ～医療的ケア区分判定スコアについて～

R3.3 厚労省作成資料  
医療的ケア区分ご説明・別紙

## 障害福祉サービス等の利用を希望される保護者様へ

- 医療的ケアを必要とする障害のある18歳未満のお子さんが、児童発達支援・放課後等デイサービスといったサービスの利用を希望する場合、必要な医療的ケアや、見守りの必要性等を主治医に判定してもらい、その「判定スコア」を市町村等に提出する必要があります。
- ただし、利用するサービスや、事業所が算定する報酬によっては、主治医による判定が不要な場合があるため、以下の項目を確認し、主治医に「判定スコア」を作成してもらう必要があるかどうかを確認してください。

### Q1 利用するお子さんはNICU等から退院する予定又は退院して間もないですか？

1 : いいえ

2 : はい

「1:いいえ」の  
場合

「2:はい」の場合

「判定スコア」が必要となる可能性があるため、市町村の担当窓口に連絡して確認してください。

### Q2 障害児通所支援のうち、利用を希望するサービスは以下のどれになりますか？

1 : 児童発達支援  
(※ 医療型児童発達支援は含みません。)

2 : 放課後等デイサービス

3 : その他

「1」「2」のい  
ずれかに該当  
する場合

「3:その他」だけに該当する場合

「判定スコア」の作成は不要です。

**Q3 サービスを利用するときに、下の1～14のいずれかの医療的ケアを受ける必要がありますか？**

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	
2 気管切開の管理	
3 鼻咽頭エアウェイの管理	
4 酸素療法	
5 吸引（口鼻腔・気管内吸引）	
6 ネブライザーの管理	
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
	(2) 持続経管注入ポンプ使用
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）	
9 皮下注射	(1) 皮下注射（インスリン、麻薬など）
	(2) 持続皮下注射ポンプ使用
10 血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む）	
11 継続的な透析（血液透析、腹膜透析を含む）	
12 導尿	(1) 利用時間中の間欠的導尿
	(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）
13 排便管理	(1) 消化管ストーマ
	(2) 摘便、洗腸
	(3) 浣腸
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	



1～14のいずれかに該当する場合、以降のサービス別に確認をしてください。



1～14のいずれにも該当しない場合

「判定スコア」の作成は不要です。

## 1. 児童発達支援 ・ 放課後等デイサービス

**Q4 利用する（予定を含む）事業所では、あなたの子どもに医療的ケアを提供することに伴う報酬の請求は、以下のどの報酬を請求することになると聞いていますか？**

**※ 不明な場合、事業所に問い合わせをお願いします。**

- |                     |
|---------------------|
| 1 : 医療連携体制加算        |
| 2 : 医療的ケア区分に応じた基本報酬 |
| 3 : 看護職員加配加算        |

### **⇒ 1だけの場合**

事業所において、医療的ケアの必要性を把握することが可能な場合もあるため、「判定スコア」の用意が必要かどうかについて、事業所にお問い合わせください。

### **⇒ 2がある場合**

「判定スコア」を主治医に作成してもらってください。その後、「判定スコア」を市町村に提出して、医療的ケア区分を受給者証に記載してもらってください。そのとき、「判定スコア」のコピーを用意（※1）し、事業所に提供してください。また、自宅でもコピーを保管してください。（※2）

### **⇒ 3がある場合**

「判定スコア」を主治医に作成してもらってください。その後、「判定スコア」を事業所に提出してください。（※1）また、自宅でもコピーを保管してください。（※2）

- (※1) 複数の事業所で医療的ケアを受ける場合、それぞれの事業所に新判定スコアを提供できるようコピーの用意をお願いします。
- (※2) 判定スコアは、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、同じものを使用して市町村に提出することが可能であるため、自宅での保管をお願いします。