

福井県長時間訪問看護加算利用促進モデル事業実施要綱

令和3年12月20日

(最終改定 令和5年4月1日)

福井県健康福祉部障がい福祉課

(目的)

第1条 この事業は、人工呼吸器装着または気管切開を行い在宅療養を行っている医療的ケア児者の家族等介護を行う者（以下、「介護者」という。）が、疾病、冠婚葬祭や休養等の理由により、当該医療的ケア児者を在宅において介護することができない場合に、指定訪問看護事業者が行う長時間訪問看護を支援することにより、医療的ケア児者の安定した在宅療養生活の確保と医療的ケア児者およびその家族の生活の質の向上を図ることを目的とする。

(実施主体)

第2条 この事業の実施主体は、福井県とする。

(事業の内容等)

第3条 この事業の内容は次に規定するものとする。

指定訪問看護事業者（健康保険法（大正11年法律第70号）第89条第1項の規定に基づく者ならびに介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項の規定に基づく者をいう。以下、同じ。）が行う1回の所要時間が3時間以上の訪問看護（健康保険法第88条第1項ならびに介護保険法第8条第4項の規定に基づく訪問看護（以下、「長時間訪問看護」という。）

(対象医療的ケア児者)

第4条 この事業の対象医療的ケア児者は、次に掲げる要件をすべて満たしている者であって、知事が必要あると認めた者とする。

- (1) 福井県内に住所を有する、日常生活および社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可決である者（難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病の患者および特定疾患治療研究事業対象疾患患者は除く）
- (2) 介護者が次に掲げるいずれかの事由に該当することにより、一時的に介護を受けられなくなる者
 - ア 介護者の疾病
 - イ 冠婚葬祭
 - ウ 医療的ケア児者の在宅療養を維持するために必要と認められる介護者の休養
 - エ その他知事が必要と認める事由
- (3) 当該事業の利用日に他の事業に基づく入所を行っていない者

- (4) 病状悪化による入院またはその他の疾患による入院中でない者
- (5) 福井県重症難病患者在宅療養支援事業を利用していない者

(利用登録)

第5条 第4条の規定に該当し、年度内に事業の利用を希望する医療的ケア児者またはその介護者は、原則として利用申請を行う前に長時間訪問看護加算利用促進モデル事業利用登録申込書（様式第1号）を当該医療的ケア児者が利用する指定訪問看護事業者（以下、指定訪問看護事業者）を経由して、知事に提出するものとする。

2 知事は、第1項の規定に基づく利用登録申込について、事業の利用が必要と認める場合は、利用登録申込を行った者に対し、指定訪問看護事業者を経由して、長時間訪問看護加算利用促進モデル事業利用通知書（様式第2号）に長時間訪問看護加算利用促進モデル事業利用者台帳（様式第3号）を添えて通知するものとする。

なお、不承認の場合には、長時間訪問看護加算利用促進モデル事業利用登録不承認通知書（様式第4号）を通知するものとする。

(事業の利用)

第6条 前条の規定により、この事業の利用登録を行った者で長時間訪問看護の利用を希望する医療的ケア児者またはその介護者は、当該医療的ケア児者が利用する指定訪問看護事業者と連絡調整を行い、事業の利用を開始する。

2 指定訪問看護事業者は、長時間訪問看護を実施した場合は、医療的ケア児者の長時間訪問看護加算利用促進モデル事業利用者台帳（様式第3号）に利用の記録を記載する。

(補助金の交付)

第7条 知事は、前条に規定する利用登録を行った医療的ケア児者に長時間訪問看護を行った指定訪問看護事業者に対して補助するものとする。

2 補助金の交付に関し、必要な事項は別に定める。

(連絡調整)

第8条 知事は、この事業を適正かつ円滑に実施するため長時間訪問看護を指定訪問看護事業者等と十分連携を図るものとする。

(個人情報の保護)

第9条 この事業の実施に当たって入手した医療的ケア児者および介護者の個人情報の保護については、福井県個人情報保護条例（平成14年福井県条例第6号）の規定に基づき、適正な取扱いに努めなければならない。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、当該事業に関する必要な事項は知事が別に定める。

附則

- 1 この要綱は、令和3年12月20日から施行する。
- 1 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

福井県知事

様

（申請者）

住 所

氏 名

連絡先 電話番号

（元号） 年度長時間訪問看護加算利用促進モデル事業利用登録申込書

長時間訪問看護加算利用促進モデル事業を利用したいので、下記のとおり関係書類を添えて申し込みます。

記

医療的ケア児者 氏名 (申請者との続柄)	()	生年月日 (年齢)	年 月 日生 (歳)
住 所			
在宅療養 開始時期	年 月		
医療的ケアの 状況	※どちらかに○をつけてください。 ・人工呼吸器 ・気管切開部（気管カニューレ）		
人工呼吸器 装着時期	年 月		
気管切開時期	年 月		
利用指定訪問 看護事業所名 (法人名)	(法人名)		

※添付資料 医療的なケアを受けていることの証明となる書類（医師の指示書の写し等）

長時間訪問看護加算利用促進モデル事業利用通知書

医療的 ケア 児者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
利用限度額		円
有効期間		(元号) 年 月 日 から (元号) 年 月 日 まで
福井県知事		
交付年月日		(元号) 年 月 日
利用指定訪問 看護事業所名		

長時間訪問看護加算利用促進モデル事業利用者台帳

医療的ケア児者氏名	
-----------	--

No.	助成対象 利用月日	訪問看護事業所名	助成対象 利用時間		今回の利用額 (円)	利用額累積額 (円)
			～	時間		
1	年 月 日		～	時間		
2	年 月 日		～	時間		
3	年 月 日		～	時間		
4	年 月 日		～	時間		
5	年 月 日		～	時間		
6	年 月 日		～	時間		
7	年 月 日		～	時間		
8	年 月 日		～	時間		
合 計				時間		

- (注) 1 助成対象利用時間は1日1回の利用とし、1回あたりの利用時間は3時間以上8時間以内とする。
 ただし、3時間を超える場合30分以上は切り上げ、30分未満は切り捨てることとする。
- 2 助成金額は、利用者に係る経費の助成額を記入すること。

申請者 様

福井県知事

長時間訪問看護加算利用促進モデル事業利用登録不承認通知書

(元号) 年 月 日付けで申込のありました長時間訪問看護加算利用促進モデル事業の登録については、下記の理由により不承認となりましたので通知します。

記

医療的ケア児者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生
不承認の理由 1 利用者が人工呼吸器を装着していないため 2 利用者が気管切開を行っていないため 3 利用者が入院中のため 4 利用者が福井県重症難病患者在宅療養支援事業を利用しているため 5 その他 ()		