



老振発0701第1号

平成23年7月1日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局振興課長



重度のALS患者の入院におけるコミュニケーションに係る支援に関する
地域支援事業の取扱いについて

「『明日の安心と成長のための緊急経済対策』における構造改革特区に係る臨時提案等に対する政府の対応方針」（平成22年6月2日構造改革特別区域推進本部）において、「重度のALS患者の入院に関し、一定の要件を付した上で利用者負担によるヘルパーの派遣を認めるとともに、介護保険法に基づく地域支援事業等によりコミュニケーション支援を実施できるよう措置を講ずる。」との対応方針が示されたところである。

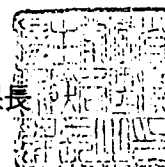
今般、この対応方針を受けて、別添の「重度のALS患者の入院におけるコミュニケーションに係る支援について」（平成23年7月1日保医発0701第1号。以下「重度ALS通知」という。）が発出されたところであるが、市町村の判断により、重度ALS通知に基づいて行われる重度のALS患者の入院におけるコミュニケーションに係る支援について、「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号）の別紙「地域支援事業実施要綱」の別記に規定する「3 任意事業」のうちの「ウ その他の事業」として支援を行うことが可能であるので、御了知の上、管内市町村にその周知徹底を図られたい。

0335037894 # 3/ 6
(別添)

保医発0701第1号
平成23年7月1日

地方厚生(支)局医療課長
都道府県民生主管部(局)
国民健康保険主管課(部)長
都道府県後期高齢者医療主管部(局)
後期高齢者医療主管課(部)長 } 殿

厚生労働省保険局医療課長



重度のALS患者の入院におけるコミュニケーションに係る支援について

「『明日の安心と成長のための緊急経済対策』における構造改革特区に係る臨時提案等に対する政府の対応方針」(平成22年6月2日構造改革特別区域推進本部)において、「重度のALS患者の入院に関し、一定の要件を付した上で利用者負担によるヘルパーの派遣を認める」よう措置を講ずるとの対応方針が示されたところである。

保険医療機関における看護は、当該保険医療機関の看護要員のみによって行われるものであり、患者の負担による付添看護が行われてはならないものであるが(「基本診療料等の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成22年3月5日保医発0305第2号))、意思疎通を円滑に行うために、特別なコミュニケーション技術が必要な重度のALS患者の入院におけるコミュニケーションの支援については下記のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対し周知徹底を図られたい。

記

1. 看護に当たり特別なコミュニケーション技術が必要な、重度のALS患者(声以外の伝達手段と発話を併用している者又は実用的発話を喪失している者をいう(※)。以下同じ。)の入院において、入院前から支援を行っている等、当該重度のALS患者とのコミュニケーションについて熟知している支援者(以下「支援者」という。)が、当該重度のALS患者の負担により、その入院中に付き添うことは

差し支えない。

※ 特定疾患治療研究事業に係る臨床調査個人票における「言語」の項目の4及び5と同等の状態

2. 1による支援は、保険医療機関の職員が、当該入院中の患者とのコミュニケーション技術を習得するまでの間において行われるものであること。
3. 1により支援が行われる場合においては、支援者は当該重度の ALS 患者のコミュニケーションに係る支援のみを行うものであり、当該保険医療機関の看護要員による看護を代替し、又は看護要員の看護力を補充するようなことがあってはならない。
4. 保険医療機関は、1により支援が行われる場合であっても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第11条の2に基づき適切に、当該保険医療機関の看護要員により看護を行うものであり、支援者の付添いを入院の要件としたり、支援を行う支援者に当該保険医療機関の看護の代替となるような行為を求めてはならない。
5. 保険医療機関は、1により支援者が支援を行う場合には、別添の確認書により、重度の ALS 患者又はその家族及び支援者に対し、当該支援者が行う支援について確認を行い、当該確認書を保存しておくこと。

以上

重度の ALS 患者の入院に係る支援に関する確認書（患者用）

平成 年 月 日

入院患者名：

推定される入院期間： 日（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

コミュニケーションに係る支援を行う支援者：

氏名 (事業所名)

氏名 (事業所名)

氏名 (事業所名)

※ 入院前から当該患者を支援していたことが明らかとなる書類又は
当該患者のコミュニケーション支援を行うことが可能なことが明ら
かになる書類を添付すること。

上記の支援者の支援は、保険医療機関から強要されたものではありません。

(患者氏名)

印

(家族等氏名)

印

※患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

※ コミュニケーションに係る支援以外は、医療機関の看護要員が行う
こととされており、上記の支援者がこれを行うことはできません。

重度の ALS 患者の入院に係る支援に関する確認書（支援者用）

平成 年 月 日

入院患者名：

推定される入院期間： 日（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

コミュニケーション支援を行う支援者：

氏名 (事業所名)

氏名 (事業所名)

氏名 (事業所名)

※ 入院前から当該患者を支援していたことが明らかとなる書類又は
当該患者のコミュニケーション支援を行うことが可能なことが明らかになる書類を添付すること。

上記の支援に当たっては、コミュニケーション支援以外の支援を行いません。

(支援者代表者氏名)
(事業者名)

印