

陳 情	受 理 番 号	112	受 理 年 月 日	令和元年 11 月 12 日	付 託 委員会	厚生経済
件 名	若年がん患者の在宅療養支援を求める要請					

## 若年がん患者の在宅療養支援を求める 要請書

### <趣旨>

時下、那覇市議会の議長はじめ議員の皆様におかれましては、益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。市民のために日夜奮闘されていますことに感謝申し上げます。

現代は2人に1人ががんになる時代といわれています。

がん治療は日進月歩で、早期発見すれば、治る確率がどんどん高くなっています。

しかし、残念ながら治癒できずに終末期を迎える方もいます。

療養支援体制の充実は、患者さんが安心して療養し、自分らしく過ごすために欠かすことのできないものです。

40才以上の方ががんになり介護が必要な状況になると、介護保険の特定疾患に該当し、介護保険の利用が可能となりますが、39歳以下の方は制度上、介護保険に該当しないので、利用できません。

このような介護保険から漏れてしまう若年者の方を支援する体制の必要性を患者会・患者支援会は感じていました。他県に支援がないかを調べてみたら、鹿児島県や鹿児島市、名古屋市などがすでに支援を始めていることが分かりました。

是非、好事例の県や市にならい那覇市でも支援して頂きたいと要請致します。

### 記

1. 若年のがん患者が介護が必要な状態になったとき、安心して介護事業を利用できるように好事例の県にならって支援を行っていただく事。

## 若年がん患者に対する療養支援事業

### 目的

若年者のがん患者が住み慣れた自宅で、自分らしく安心して生活が送れるよう、在宅生活を支援し、患者およびその家族の負担軽減を図るため、居宅サービス利用などの経費の一部を助成するものです。

### 対象者

対象者は以下のすべてに該当する方です。

- 鹿児島市に住所がある方
- 40歳未満の方
- 在宅生活のため支援及び介護が必要な方
- 治癒を目的とした治療を行わないがん患者（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限ります。）

### 申請者

患者本人またはその家族

### 利用の流れ

#### 1.利用申請

- 申請書と医師の意見書を添えて、保健所保健予防課に申請（郵送可）してください。
- 認定にかかる経費として、医師の意見書の作成料も助成対象となります。

#### 2.利用認定の通知

- 申請内容を審査し、支援事業利用認定通知書を送付します。

#### 3.居宅サービス等の利用

- サービス提供事業者等と契約を行い、サービス利用を開始してください。
- 利用開始は、利用申請日です。

#### 4.居宅サービス等の利用料の支払い

- 申請者は、サービスを利用し、助成金の請求及び受領を委任するときは利用料の1割を、委任しないときは利用料の10割を、申請者負担分として事業者等に支払ってください。
- 領収書は、助成金の請求に必要ですので、紛失しないようにしてください。

#### 5.居宅サービス等の利用料の請求

サービス等利用料の助成金の「請求者」は、「申請者」又は「助成金の請求及び受領に関する委任を受けた事業者等」とします。

- 「申請者」が、利用料の全額を支払った場合は、支援事業助成金交付請求書と支援事業実施報告書及び領収書を添付し、請求してください。ただし、サービスを利用している期間中であっても、月単位で請求することも可能です。鹿児島市に住所がある方
- 「助成金の請求及び受領に関する委任を受けた事業者等」は、利用料から申請者が事業者等に支払った額を除いた利用料に相当する額を、支援事業助成金交付請求書及び支援事業実施報告書により請求してください。ただし、サービスを提供している期間中であっても、月単位で請求することも可能です。

## 対象となるサービス

1. 訪問介護（身体介護、生活援助及び通院等乗降介助）
2. 訪問入浴介護
3. 福祉用具貸付
4. 福祉用具購入
5. 住宅改修費
6. 申請に係る経費（申請の際に提出してもらう医師の意見書等作成料）
7. 交通費（通院等に係るタクシー運賃等）

## 助成額（対象年齢と上限額）

対象サービスの費用（下記の上限額まで）の9割相当額を助成します。

なお、生活保護を受給している方は、下記の上限額までの全額を助成します。

対象経費	対象年齢	上限額
訪問介護および訪問入浴介護にかかるサービス費	0歳から19歳まで	月額50,000円
訪問介護および訪問入浴介護にかかるサービス費 および福祉用具貸与の利用料	20歳から39歳まで（注1）	月額80,000円
福祉用具購入費	20歳から39歳まで	50,000円
住宅改修費	0歳から39歳まで	200,000円
認定にかかる経費	0歳から39歳まで	5,000円
交通費	0歳から39歳まで	7,000円

（注1）18歳または19歳の方で、鹿児島市の児童福祉施行細則にもとづく、小児慢性特定疾病医療費助成を受けていない場合は対象となります。

## 申請に必要な書類

1. [事業利用申請書 \(PDF: 124KB\)](#)
2. [医師の意見書 \(PDF: 105KB\)](#)

ただし、氏名や住所などに変更があったとき、または、利用する必要がなくなったときは、変更（廃止）申請書を提出してください。

1. [変更（廃止）申請書 \(PDF: 127KB\)](#)

## 申請場所

鹿児島市保健所保健予防課保健予防係（別館3階）

## 助成金請求に必要な書類

1. [助成金交付申請書 \(PDF: 111KB\)](#)
2. [実施報告書 \(PDF: 123KB\)](#)

## 請求期限

サービスを利用した日から2年以内

### よくある質問

現在よくある質問は作成されていません。

### お問い合わせ

健康福祉局保健所保健予防課 保健予防係  
〒892-8677 鹿児島市山下町11-1  
電話番号：099-803-6927  
ファクス：099-803-7026

様式第1（第4条関係）

支援事業利用申請書

年 月 日

鹿児島市長 殿

申請者 住 所  
氏 名

印

下記のとおり、支援事業を利用したいので、支援事業意見書を添えて申請します。

記

ふりがな 利用者氏名			生年月日	年 月 日
			年 齢	歳
住 所	鹿児島市		電話番号	
家族構成	氏 名	続柄	生年月日	備 考（連絡先等）
主 治 医	病院名 医師名		電話番号	
利用開始予定日	年 月 日			
サービス内容 (該当するサービス内容に ○印をつけて ください。)	<input type="checkbox"/> 身体介護に関すること ①身体の清潔の保持等の援助 ②その他必要な身体の介護 <input type="checkbox"/> 生活援助に関すること ①調理 ②生活必需品の買い物 ③衣類の洗濯、補修 ④住居等の清掃、整理整頓 ⑤その他必要な家事 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助に関すること ①通院、交通や公共機関の利用等の援助 ②その他 ( ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( ) <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 ( ) <input type="checkbox"/> 住宅改修費 ( ) <input type="checkbox"/> 申請に係る経費 <input type="checkbox"/> 交通費 ( )			
事業所名				
そ の 他	生活保護の受給（有・無）、障害者手帳（有・無）、 小児慢性特定疾病医療費助成（有・無）			

□支援事業の利用の決定に当たって、必要がある場合は添付の意見書を作成した医師に意見を求めることに同意します。

様式第2（第4条関係）

支援事業意見書

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住 所	鹿児島市		
病 名			
注意事項等			
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、鹿児島市若年がん患者に対する療養支援事業実施要綱第2条第3号に掲げる要件に該当するものと判断できる。</p> <p>鹿児島市長 殿</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関名称 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>医師名 _____ 印</p>			

様式第7号（第13条関係）

支援事業助成金交付請求書

年 月 日

鹿児島市長 殿

請求者 住 所  
氏 名 印  
(電話番号 )

年 月 日付けで利用決定のありました支援事業の助成金（ 月分）を交付されるよう請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込口座

振込先金融機関名	本・支店名	種別	口座番号					
		普通 当座						
ふりがな								
口座名義								

3 委任状（請求者が利用対象者又はその家族と異なる場合は記入、押印してください。）

代理人	住所					
	氏名		生年月日		年 月 日	
委任者	上記の者を代理人として、支援事業助成金の受領に関する権限を委任します。 年 月 日					
	住所					
	氏名		印	生年月日	年 月 日	

添付書類

(1) 領収書