

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（重度障がい児者地域移行推進事業）実施要綱

（趣旨）

第1条 この要綱は、鳥取県障がい児者在宅生活支援事業補助金交付要綱（平成15年11月28日付障第1145号鳥取県知事通知）の別表第1欄に掲げる鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業のうち、重度障がい児者地域移行推進事業（以下「本事業」という。）について、必要な事項を定めるものとする。

（目的）

第2条 本事業は、医療的ケアが必要な重度障がい児者（以下「重度障がい児者」という。）が利用するグループホーム等を活用した日帰り体験事業又は宿泊体験事業（以下「体験事業」という。）を実施する団体の活動経費を助成することにより、当事者や保護者の不安を解消し、重度障がい児者の地域移行の推進と支援に携わる人材の育成と確保を目的とする。

（実施主体）

第3条 本事業の実施主体は、市町村とする。

（事業主体）

第4条 本事業の事業主体は、入院、入所又は在宅生活をしている重度障がい児者が、地域移行又は自立した生活に向けて体験事業を行うグループホーム等を運営するNPO法人等とする。ただし、次の各号のいずれかに該当する団体は事業主体になることができない。

- （1）国、県又は市町村が設置又は運営する団体
- （2）医療機関が設置又は運営する団体
- （3）宗教活動や政治活動を主たる目的とする団体が設置又は運営する団体
- （4）暴力団若しくは暴力団員又はこれらの者と密接な関係を有する団体が設置又は運営する団体

（補助対象経費等）

第5条 本事業の対象となる補助対象経費は、前条に定める事業主体が体験事業の実施に必要な以下の経費とする。また、体験事業を体験する重度障がい児者（以下「体験者」という。）が、病気等で入院し、予定していた体験事業が実施出来なくなった場合は、他の体験者に変更することも可能とする。

- （1）体験事業を支援する看護師及び生活支援員に係る人件費

（ア）配置人数

体験者1名につき、看護師（保健師助産師看護師法（昭和32年法律第203号）第5条に規定する看護師及び同法6条に規定する准看護師をいう。以下同じ。）1名及び生活支援員1名を配置すること。ただし、体験者2名又は3名が同一日に体験事業を行う場合は、看護師1名及び体験者と同数の生活支援員を配置すること。

（イ）支援内容

- （a）体験者に対して、たん吸引、吸入、注入、呼吸器管理、検温、就寝見守り、気管内流水処置、入浴介助、排泄介助、送迎、ベッド移乗等グループホーム等での体験事業

を実施するために必要な支援を行うこと。

(b) 体験者の支援に関する勉強会や研修を実施すること（体験者の入院等により、体験事業ができなくなった場合に限る）。

(c) 入院中の体験者の支援を行うこと（ただし、体験者が入院した場合において、病院の了解が得られた場合で、体位変換や医療ケアなど一人ひとりの状態を把握し、将来の支援に活かすために有効と認められる場合に限る）。

(d) 前述の (b) 及び (c) については、それぞれ月 2 回を上限とする。

(ウ) 人件費（いずれも支援者 1 人分の単価）の上限額

(a) 日帰り体験（概ね 6 時間）

看護師：11,700 円/回

生活支援員：8,310 円/回

(b) 宿泊体験（1 泊 2 日で概ね 24 時間（3 時間の休憩を含む））

看護師：43,385 円/回

生活支援員：30,815 円/回

なお、必要に応じて日帰り体験と宿泊体験を連続して実施することができるものとする。

(2) 医療用備品購入費

体験事業の実施に必要な介護用ベッド、簡易浴槽、発電機、吸引器等の医療用備品及び器具等（支援に必要な消耗品を含む）の購入経費。ただし、市町村長が必要と認めた場合を除いて、同一の備品については、1 事業主体に対して 1 回限りの補助とする。

(3) 事務費

事業の運営に必要な、旅費、需用費、役務費、使用料及び賃貸借料等

(利用申請)

第 6 条 本事業の利用申請は、事業主体が利用申請書（様式第 1 号）を事業主体の所在する市町村に提出して行うものとする。

(利用決定)

第 7 条 市町村は、前条の利用申請があった場合には、利用の適否を決定し、利用決定通知書（様式第 2 号）により申請者に通知するものとする。

2 市町村は、前項の利用決定を行うに当たり、利用申請の内容が第 5 条各号の要件を満たしているか否かを判断するために必要があると認めるときは、県に意見を聞くことができる。

(利用料の請求と支払)

第 8 条 前条で利用決定を受けた申請者（以下「利用決定団体」という。）は、本事業の補助対象となる経費を全額支払うものとする。

2 利用決定団体は、本事業の要した費用のうち第 5 条に定める補助対象経費について、看護師及び生活支援員の勤務表の写し及び給与の支払いが判る書類の写し並びに医療用備品購入費及び事務費に関する支払いが分かる書類等を添付し、請求書（様式第 3 号）により、団体の所在する市町村に請求するものとする。

3 市町村は、利用決定団体から請求があった場合には、提出された請求内容を審査の上、原則として、請求があった都度、利用決定団体に対して支払いを行うものとする。

4 市町村は、利用決定団体が提供する本事業の体験者が複数の市町村に居住する場合には、利用決定団体に対する支払いに関して、該当する他の市町村と調整を行うものとする。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は福祉保健部長が別に定める。

附則

この要綱は平成29年4月1日から施行する。

附則

この要綱は平成30年4月1日から施行する。

（あて先）〇〇市（町村）長 様

住 所
 申請者 団体名
 代表者 職 氏 名 ⑩

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（重度障がい児者地域移行推進事業）利用申請書

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（重度障がい児者地域移行推進事業）実施要綱（平成29年3月31日付 201700003421号鳥取県福祉保健部長通知）第6条の規定により、次のとおり申請します。

1 体験事業を行う団体名、住所、期間等

団体名	
住 所	
期 間	年 月 日 ~ 年 月 日（うち 日）

2 体験者について

	氏 名	住 所	利用している施設名
1			
2			
3			
4			

3 看護師および生活支援員について

	氏 名	住 所	職 種（いずれかに○）
1			看護師・生活支援員
2			看護師・生活支援員
3			看護師・生活支援員
4			看護師・生活支援員

4 体験事業計画

	体験者氏名	日帰り体験	宿泊体験	計
1		回	回	回
2		回	回	回
3		回	回	回
4		回	回	回
	計	回	回	回

5 利用申請額

(1) 看護師及び生活支援員に係る人件費

体験の種類	体験者人数	配置職員	1回あたりの人件費 (A)	回数 (B)	人件費 (A×B)
日帰り体験	1名	看護師1名 生活支援員1名	20,010円	回	円
	2名	看護師1名 生活支援員2名	28,320円	回	円
	3名	看護師1名 生活支援員3名	36,630円	回	円
日帰り及び宿泊体験	日帰り1名 宿泊1名	看護師1名 生活支援員2名 (うち1名は日中のみ)	82,510円	回	円
	日帰り1名 宿泊2名	看護師1名 生活支援員3名 (うち1名は日中のみ)	113,325円	回	円
	日帰り2名 宿泊1名	看護師1名 生活支援員3名 (うち2名は日中のみ)	90,820円	回	円
宿泊体験	1名	看護師1名 生活支援員1名	74,200円	回	円
	2名	看護師1名 生活支援員2名	105,015円	回	円
	3名	看護師1名 生活支援員3名	135,830円	回	円
計				回	円

(2) 医療用備品購入費

品名	単価 (A)	個数 (B)	金額 (A×B)	用途 (購入目的)
	円		円	
	円		円	
	円		円	
計			円	

※備品購入等が多数ある場合は、別紙として作成することも可。

(3) 事務費

事務費名※	金額	備考
	円	
	円	
	円	
計	円	

※事務費名：旅費、需用費、役務費、使用料及び賃貸借料等

※事務費が多数ある場合は、別紙として作成することも可。

備考

- 1 申請は団体ごとに行うこと
- 2 本事業の補助対象となる看護師の看護師免許証等の写しを添付すること

利用決定通知書

〇〇〇〇 様

職 氏 名 ⑩

平成〇〇年〇月〇日付けで申請のあった鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（重度障がい児者地域移行推進事業）については、下記のとおり決定しましたので、鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（重度障がい児者地域移行推進事業）実施要綱平成29年3月31日付201700003421号鳥取県福祉保健部長通知）第7条の規定により通知します。

記

1 体験事業を行う団体名、住所、期間等

団体名	
住 所	
期 間	年 月 日 ~ 年 月 日

2 補助対象経費に対する公費負担割合及び交付決定額

補助対象経費区分	補助対象経費 A	公費負担割合 B	交付決定額 A×B
(1) 看護師及び生活支援員に係る人件費	円	/	円
(2) 医療用備品購入費	円	/	円
(3) 事務費	円	/	円
合計金額	円		円

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（重度障がい児者地域移行推進事業）請求書

（あて先）〇〇市（町村）長 様

住 所
 請求者 団体名
 代表者 職 氏 名 ⑩

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（重度障がい児者地域移行推進事業）実施要綱（平成29年3月31日付201700003421号鳥取県福祉保健部長通知）第8条第2項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて請求します。

記

1 請求額

補助対象経費区分	実際に支出した額 A	Aと利用決定された補助対象経費を比較して少ない方の額 B	利用決定時の公費負担割合 C	請求額 B×C
(1) 看護師及び生活支援員に係る人件費	円	円	/	円
(2) 医療用備品購入費	円	円	/	円
(3) 事務費	円	円	/	円
計	円			円

2 体験事業の実績

(1) 団体名、住所、期間等

団体名	
住 所	
期 間	年 月 日 ~ 年 月 日

(2) 支援を行った看護師及び生活支援員

	氏 名	職 種 (いずれかに○)
1		看護師・生活支援員
2		看護師・生活支援員
3		看護師・生活支援員
4		看護師・生活支援員

(3) 体験事業を体験した重度障がい児者

	体験者氏名	日帰り体験	宿泊体験	計
1		回	回	回
2		回	回	回
3		回	回	回
4		回	回	回
	計	回	回	回

備考

- 1 請求は団体ごとに行うこと。
- 2 支援を行った看護師が申請時と相違する場合には、相違した看護師の看護師免許証等の写しを添付すること。
- 3 看護師及び生活支援員の勤務表の写し及び給与の支払いが判る書類の写し並びに医療用備品購入費及び事務費に関する支払いが分かる書類を添付すること。