

## 医療的ケア児者等と家族のための在宅生活サポート事業補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 医療的ケア児者等と家族のための在宅生活サポート事業補助金（以下「補助金」という。）の交付については、福井県補助金等交付規則（昭和46年福井県規則第20号。以下「交付規則」という。）および健康福祉部障がい福祉課所管補助金等交付要綱によるほか、この要綱の定めるところによる。

(目的)

第2条 この事業は、障害児通所支援事業所、短期入所事業所および生活介護事業所に対して、医療的ケアが必要な在宅の重症心身障がい児者を受け入れ、送迎または入浴介助サービスを提供する場合、または在宅の医療的ケアのない重症心身障がい児者に対し入浴介助サービスを提供する場合に、予算の範囲内において補助金を交付し、もって、サービスの拡充を行うことにより、介護を行う家族の精神的・身体的負担の軽減等を図り、医療的ケア児者等とその家族が安心して生活できる環境を整備することを目的とする。

(定義)

第3条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- 一 重症心身障がい児者 別表1の区分1～4に相当する者をいう。
- 二 医療的ケア 次に掲げるものをいう。
  - ア 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
  - イ 気管切開の管理
  - ウ 鼻咽頭エアウェイの管理
  - エ 酸素療法
  - オ 吸引（口鼻腔・気管内吸引）
  - カ ネブライザーの管理
  - キ 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
  - ク 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）
  - ケ 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
  - コ 血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む）
  - サ 継続的な透析（血液透析、腹膜透析を含む）

## シ 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）

## ス 排便管理

- (1) 消化管ストーマ
- (2) 摘便、洗腸
- (3) 浣腸

## セ 痙攣時の座薬挿入、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

## ソ その他医療的ケアと県が認めたもの

### (事業主体)

第 4 条 この事業の事業主体は、県内の児童福祉法（以下「児福法」という。）に基づく児童発達支援もしくは放課後等デイサービスを行う事業所、または障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」という。）に基づく短期入所（県が実施する長時間訪問看護加算利用促進モデル事業で派遣された看護師を配置し対象児者の受け入れ等を行う場合を除く）および生活介護を行う事業所（以下「対象事業所」という。）とする。ただし、次に該当する事業所は、事業主体になることができない。

#### 一 県が運営または設置する事業所

### (対象利用者)

第 5 条 この事業の対象利用者は医療的ケアが必要な在宅の重症心身障がい児者または在宅の医療的ケアの必要ない重症心身障がい児者であって、福井県内で児福法に基づく通所給付決定または障害者総合支援法に基づく支給決定を受けている者とする。

### (実施期間)

第 6 条 事業の実施期間は、4 月 1 日から翌年の 3 月 31 日までとする。

### (補助金額)

第 7 条 補助金の額の算定については、別表 2 に定めるところによる。なお、補助金の額および要件については必要に応じて見直すこととする。

### (交付申請)

第 8 条 対象事業所は、補助金の交付を希望するときは、交付規則第 4 条の規定

に基づき、交付申請書（様式第1号）1通に関係書類を添えて、別に定める期日までに知事に申請しなければならない。

（交付決定）

第9条 知事は、前条の規定による申請書の提出があったときは、その内容を審査のうえ、補助金の交付を適当と認めたときは、交付規則第5条および交付規則第6条の規定に基づき補助金の交付を決定し、交付規則第7条の規定に基づき対象事業所に通知する。

2 知事は、前項の場合において、補助金の適正な交付を行うため必要があるときは、補助金の交付の申請にかかる事項につき、修正を加え、または条件を付すことができる。

（内容変更等の承認）

第10条 補助金の交付の決定を受けた対象事業所は、補助事業の内容を変更する必要があるときは、あらかじめ変更交付申請書（様式第2号）1通を知事に提出し、承認を受けなければならない。

2 前項の場合においては、前条第2項の規定を準用する。

（実績報告）

第11条 対象事業所は、補助事業が完了したとき、または補助金の交付決定にかかる県の会計年度が終了したときは、その日から1か月を経過する日、または翌年度の4月10日のいずれか早い日までに実績報告書（様式第3号）1通および誓約書（様式第7号）1通を知事に提出しなければならない。

（額の確定）

第12条 知事は、前条の実績報告書の提出を受けたときは、その内容を審査し、適正であると認めたときは交付すべき補助金の額を確定し、対象事業所に通知するものとする。

（補助金の請求）

第13条 前条の規定により補助金の額の確定通知を受けた対象事業所は、補助金の交付を受けようとするときは、交付規則第15条の規定に基づき、補助金交付請求書（様式第4号）1通を知事に提出しなければならない。

2 知事は、特に必要があると認めるときは、概算払により交付するものとする。

3 前項の規定により、概算払を受けようとするときは、補助金交付請求書（様式第4号）1通に実施状況報告書（様式第5号）1通を添えて知事に提出しなければならない。

(帳簿等の整備)

第14条 対象事業所は、当該補助事業に係る収入および支出を明らかにした帳簿および書類等を備え、かつ、これらの書類を補助の終了の年度の翌年度から起算して5年間整備保存しなければならない。

(補助金の返還)

第15条 知事は、対象事業所が次の各号のいずれかに該当するときは、補助金を交付せず、または交付した補助金の全部または一部の返還を命ずることができる。

- 一 補助金の交付に関し不正の行為があったとき。
- 二 交付決定に付した条件に違反したとき。
- 2 対象事業所は、前項の規定により補助金の返還を命じられたときは、交付規則の定めるところにより返還しなければならない。

(補則)

第16条 この交付要綱に定めるもののほか、この事業の実施に関し必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成27年7月23日から施行する。
- 2 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。
- 3 この要綱は、令和2年4月1日から施行する。
- 4 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。
- 5 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。
- 6 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。
- 7 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。
- 8 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。
- 9 この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

別表 1

《大島分類表》

2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	8 0
2 0	1 3	1 4	1 5	1 6	7 5
1 9	1 2	7	8	9	5 0
1 8	1 1	6	3	4	3 5
1 7	1 0	5	2	1	2 0
走れる	歩ける	歩行障害	すわれる	寝たきり	0

※ 元東京都立府中療育センター院長大島一良博士により考案された判定方法  
 区分 1～4 の範囲に入るものが重症心身障がい児者

別表 2

1 事業主体の区分	2 補助の要件	3 補助金額（一人あたり）
児童発達支援事業所 放課後等デイサービス事業所 ※全て医ケア重心児のみ対象	看護職員が対象利用者にサービスを提供した場合	利用時間が4時間以上 7,000円/日 利用時間が4時間未満 5,000円/日
	運転手以外に職員1名が付き添い、対象利用者を送迎した場合	1,000円/片道
	対象利用者に入浴介助サービスを提供した場合	2,000円/回
短期入所事業所（福祉型） ※受入は医ケア重心児者および重心児者が対象 ※送迎は医ケア重心児者のみ対象 ※入浴介助は重心児は対象外	看護職員が対象利用者にサービスを提供した場合（1泊を1回とする）	医ケア重心 14,000円/回 重心 11,000円/回
	運転手以外に職員1名が付き添い、対象利用者を送迎した場合	1,000円/片道
	対象利用者に入浴介助サービスを提供した場合	医ケア重心 2,000円/回 重心者 1,500円/回
短期入所事業所（医療型） ※医ケア重心児者のみ対象	運転手以外に職員1名が付き添い、対象利用者を送迎した場合	施設所在の市町および隣接する市町へ送迎 1,000円/片道 上記以外の市町へ送迎 2,500円/片道
生活介護事業所 ※受入および送迎は医ケア重心者のみ対象 ※入浴介助は医ケア重心者および重心者が対象	看護職員が対象利用者にサービスを提供した場合（人員配置体制加算（I）を算定しているかつ看護職員を常勤換算で2名以上配置している事業所のみ）	利用時間が6時間以上 7,000円/日 利用時間が6時間未満 5,000円/日
	運転手以外に職員1名が付き添い、対象利用者を送迎した場合	1,000円/片道
	対象利用者に入浴介助サービスを提供した場合	医ケア重心 2,000円/回 重心 1,500円/回

年 月 日

福井県知事 様

申請者  
住所  
法人等名称  
代表者職氏名

年度医療的ケア児者等と家族のための在宅生活サポート  
事業補助金交付申請書

年度のみだしの事業について、補助金の交付を受けたいので、福井県補助金等交付規則第 4 条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

記

- 1 補助事業の目的および内容
- 2 補助事業の完了の予定期日および実施計画
- 3 交付申請額
- 4 交付申請額の算出方法
- 5 補助事業の経費の配分および経費の使用方法
- 6 添付書類
- 7 (生活介護事業所において受入の申請をする場合のみ) 加算算定状況  
※事業実施期間において算定する加算にチェックをつけてください。  
 人員配置体制加算 (I)

(県担当者確認欄)  
 加算算定確認済

福井県知事 様

申請者  
住所  
法人等名称  
代表者職氏名

年度医療的ケア児者等と家族のための在宅生活サポート  
事業補助金変更交付申請書

年 月 日付け福井県指令障第 号で補助金の交付決定を受けた  
みだしの事業について、次のとおり交付決定額を変更して交付されるよう、関係  
書類を添え、下記のとおり申請します。

記

- 1 補助事業の目的および内容
- 2 補助事業の完了の予定期日および実施計画
- 3 交付申請額 変更交付申請額 円  
既交付決定額 円  
差引増減額 円
- 4 添付書類
- 5 (生活介護事業所において受入の申請をする場合のみ) 加算算定状況  
※事業実施期間において算定する加算にチェックをつけてください。  
※事業実施期間内で、加算未算定期間がある場合には、その期間を記載してください。  
 人員配置体制加算 (I)  
(加算未算定期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日)

(県担当者確認欄)  
 加算算定確認済

福井県知事 様

申請者  
住所  
法人等名称  
代表者職氏名

年度医療的ケア児者等と家族のための在宅生活サポート  
事業補助金完了実績報告書

年 月 日付け福井県指令障第 号で補助金の交付決定を受けたみだしの事業が完了したので、福井県補助金等交付規則第12条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり報告します。

記

- 1 補助金の交付決定額およびその精算額
- 2 補助事業の実施期間
- 3 補助事業の成果
- 4 添付書類
- 5 (生活介護事業所において受入の申請をする場合のみ) 加算算定状況  
※事業実施期間において算定した加算にチェックをつけてください。  
※事業実施期間内で、加算未算定期間がある場合には、その期間を記載してください。  
 人員配置体制加算 (I)  
(加算未算定期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日)

(県担当者確認欄)  
 加算算定確認済

様式第4号

番 号  
年 月 日

福井県知事 様

申請者  
住所  
法人等名称  
代表者職氏名

年度医療的ケア児者等と家族のための在宅生活サポート  
事業補助金交付請求書

年 月 日付け福井県指令障第 号で額の確定の通知があった  
みだしの補助金 円を交付されるよう、福井県補助金等交付規  
則第15条の規定により請求します。

福井県知事 様

申請者  
住所  
法人等名称  
代表者職氏名

年度医療的ケア児者等と家族のための在宅生活サポート  
事業補助金実施状況報告書

年 月 日付け福井県指令障第 号で補助金の交付決定を受けたみだしの事業に係る事業実施状況について、下記のとおり報告します。

記

- 1 補助金の交付決定額
- 2 報告期間
- 3 添付書類
- 4 (生活介護事業所において受入の申請をする場合のみ) 加算算定状況  
※事業実施期間において算定する加算にチェックをつけてください。  
※事業実施期間内で、加算未算定期間がある場合には、その期間を記載してください。  
 人員配置体制加算 (I)  
(加算未算定期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日)

(県担当者確認欄)

加算算定確認済

様式第6号

年 月 日

福井県知事 様

申請者 住 所  
法人等名称  
代表者職氏名

年度医療的ケア児者等と家族のための在宅生活サポート  
事業の交付決定前着手について

標記のことについて、下記のとおり実施したく、関係書類を添えて申請しますので、了承願います。

記

- 1 補助事業等の名称
- 2 対象期間  
年 月 日 ～ 年 月 日

(添付書類)

- 3 (生活介護事業所において受入の申請する場合のみ) 加算算定状況  
※事業実施期間において算定する加算にチェックをつけてください。  
 人員配置体制加算 (I)

(県担当者確認欄)  
 加算算定確認済

様式第7号

年 月 日

福井県知事 様

申請者 住 所  
法人等名称  
代表者職氏名

### 誓 約 書

医療的ケア児者等と家族のための在宅生活サポート事業補助金の交付にあたり、下記実績があることを誓約します。

#### 記

- (1) 受入について実績報告した日については、必ず看護職員がサービス提供をしている。
- (2) (送迎について実績報告する場合のみ) 送迎の際には、必ず運転手以外に職員1名が付き添い送迎を実施している。
- (3) (生活介護の受入について実績報告する場合のみ) 事業実施期間中は、看護職員を常勤換算で2名以上配置している。  
※事業実施期間中に看護職員が常勤換算で2名以上配置していない期間がある場合下記に、その期間を記載してください。  
(未配置期間：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日)