

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（家庭外看護師派遣支援事業）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）の別表の第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、家庭外看護師派遣支援事業（以下「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 経管栄養等の医療行為を必要とする障がい児者（以下、「要医療障がい児者」という。）の家庭外の活動場所に、看護師等を派遣することにより、保護者の付添い介護の負担の軽減を図るとともに、要医療障がい児者に係る家庭外活動環境を整備することを目的とする。

（実施主体）

第3条 事業の実施主体は、市町村とする。

（対象者の範囲）

第4条 常時又は適時に、保護者の付添い介護による第2条の医療行為がなければ、家庭外活動が困難である要医療障がい児者が、一の家庭外活動の場所に4人以上集まった場合とする。

（看護師等の派遣場所）

第5条 本事業の対象となる看護師等の派遣場所は、公民館、子育てサークル等の家庭以外での活動場所とし、原則として、保護者が主催・運営する活動とする。

（医療行為の範囲）

第6条 本事業の対象となる医療行為は、経管栄養、たんの吸引、導尿等の医療行為とする。

（看護師等の派遣人数等）

第7条 本事業の対象となる看護師等の派遣人数は、看護師等1人に対して要医療障がい児者4人を基本とする。ただし、医療行為の実施に当たっては、要医療障がい児者の状態・状況等に応じ、適切かつ安全に医療行為を行うことが必要であるため、必要な場合は、柔軟に対応することとし、必要な人数の看護師等を派遣することができるものとする。

（利用料等）

第8条 利用料は、看護師等1人・1回の派遣につき、30分当たり4,150円を上限とする。なお、看護師等の目的地までの交通費及び食事代については、本事業の対象とはならないものとする。

（利用申請）

第9条 本事業の利用申請は、家庭外活動を行う4人以上のグループ全員分について、各要医療障がい児者（児童の場合は、その保護者。以下同じ。）が、利用申請書（様式第1号）を居住地の市町村に提出して行うものとする。

（利用決定）

第10条 市町村は、要医療障がい児者から利用申請があった場合には、場合によっては他の市町村とも調整の上、利用の可否を決定し、申請者にその旨を通知（様式第2号）するものとする。

(利用者管理台帳の作成・整備)

第 11 条 市町村は、様式第 3 号を参考にして、利用者管理台帳を作成し、利用決定の内容等を記載し、整備するものとする。

(訪問看護ステーション等への利用申込)

第 12 条 看護師等の派遣を受けるための申込みは、家庭外活動を行う要医療障がい児者のグループの代表者が訪問看護ステーション等に対して行うものとする。

(指示書の交付依頼)

第 13 条 要医療障がい児者は、家庭外活動の場へ看護師等の派遣を受けるため、主治医に対して指示書の交付を依頼（原則として 6 か月ごと）するものとし、当該指示書の交付に係る経費については、利用者が負担するものとする。

(サービス提供)

第 14 条 要医療障がい児者は、看護師等の派遣を受ける日に、医療行為実施連絡票（様式第 4 号）に必要事項を記載の上、派遣看護師等に提出するものとする。

2 派遣看護師等は、提出を受けた医療行為実施連絡票を基に、当日の利用者の健康状態等を把握し、適切なサービスの提供を行うとともに、サービス提供後は、当該医療行為実施連絡票に必要事項を記載の上、要医療障がい児者に提出するものとする。

(利用料の請求及び支払)

第 15 条 看護師等の派遣経費について訪問看護ステーション等から請求があった場合には、要医療障がい児者は、いったん費用の全額を支払い、領収書の発行を受けるものとする。

2 要医療障がい児者は、看護師等の派遣に要した経費のうち本事業の対象となる経費の 3 分の 2 相当額を、領収書の写し及び医療行為実施連絡票等を添付し、居住地の市町村に請求（様式第 5 号）するものとする。

3 市町村は、要医療障がい児者から利用料の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、請求があったその都度、利用者に対して支払いを行うものとする。

(その他)

第 16 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 15 年 11 月 28 日から施行する。

附 則

この改正は、平成 18 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この改正は、平成 23 年 10 月 13 日から施行し、平成 23 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この改正は、平成 28 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この改正は、平成 29 年 4 月 1 日から適用する。

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（家庭外看護師派遣支援事業）利用申請書

（あて先）〇〇市（町村）長 様

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（家庭外看護師派遣支援事業）実施要綱（平成15年11月28日付障第1145号鳥取県知事通知）第9条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居 住 地	(電話)		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	利用申請に係る児童氏名			
	常時又は適時に行う医療行為の内容			

<年間の実施計画>

行 事 名	実施時期	場 所 (住所)	主 な 事 業 内 容

(付表)

1 各行事別実施予定状況

区 分	各 行 事 別 実 施 予 定 状 況				
	(※行事名)	(※行事名)	(※行事名)	(※行事名)	(※行事名)
看護師等の派遣予定人数	人	人	人	人	人
派遣予定時間数 (30分単位)	時間 分	時間 分	時間 分	時間 分	時間 分
本事業の対象となる要医療障がい児者の人数	人	人	人	人	人

- (注) 1 「各事業別実施予定状況」欄の(※行事名)欄については、利用申請書の「年間の実施計画」で記載した事業名をすべて記載してください。
 2 看護師等の派遣予定人数が複数であり、かつ、派遣予定時間数が異なる場合には、「派遣予定時間数(30分単位)」欄には、例えば2人派遣の場合「①×時間、②△時間30分」と2段書きで記載してください。

2 本事業の対象となる要医療障がい児者一覧

番 号	氏 名	市町村名	各 行 事 の 個 人 別 参 加 状 況 (○印又は×印)				
			(※行事名)	(※行事名)	(※行事名)	(※行事名)	(※行事名)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
計 (○印の数)							

- (注) 1 「氏名」欄には、同一のグループ内で本事業の対象となる要医療障がい児者すべての氏名を記載してください。
 2 「市町村」欄には、要医療障がい児者の居住地の市町村名を記載してください。
 3 「各行事の個人別参加状況」欄の(※行事名)欄については、1の各行事別実施予定状況と同様な行事名をすべて記載してください。また、各行事について、参加する場合は○印を、参加しない場合には×印を、各個人ごとに記載してください。
 4 「計(○印の数)」欄の数は、各行事について、1の各行事別実施予定状況の「本事業の対象となる要医療障がい児者の人数」と一致します。

利 用 決 定 通 知 書

○ ○ ○ ○ 様

職 氏名 印

平成 年 月 日付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（家庭外看護師派遣支援事業）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実施要綱（家庭外看護師派遣支援事業）（平成15年11月28日付障第1145号鳥取県知事通知）第10条の規定により通知します。

記

支給決定障がい者（保護者）氏名		支給決定に係る児童氏名	
利用決定日			
利用期間			
医療行為の内容			

<問い合わせ先>

〇〇市（町村）〇〇〇課
住 所
電話番号

様式第4号（第14条関係）

医療行為実施連絡票

利用者名		記入者名（続柄）	
<p>平成 年 月 日（ ）</p> <p>1 朝の健康状態</p> <p>(1) 体温 度 分</p> <p>(2) 食欲 普通 ・ 多い ・ 少ない</p> <p>(3) 睡眠 時間</p> <p>(4) 排便 なし ・ あり（ 時頃）</p> <p>(5) 呼吸 異常なし ・ 異常あり（状況： ）</p> <p>(6) 痰 なし ・ あり（（量）多い・少ない、（色） ）</p> <p>(7) 緊張 なし ・ あり（普通・多い・少ない）</p> <p>2 その他特記事項</p> <p>3 緊急時の連絡先</p> <p>（自宅） TEL</p> <p>（その他携帯） TEL</p> <p>4 緊急時の搬送病院</p> <p>（病 院 名） (主治医名)</p>			
記録者名			
<p>1 派遣看護師等の氏名（すべての派遣看護師等について記載してください。）</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>2 派遣時間</p> <p>時間 分（ 時 分から 時 分まで）</p> <p>3 家庭外活動の場所での医療行為の状況</p>			

様式第5号（第15条関係）

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（家庭外看護師派遣支援事業）請求書

（あて先）〇〇市（町村）長 様

（請求者）氏名 印

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（家庭外看護師派遣支援事業）実施要綱（平成15年11月28日付障第1145号鳥取県知事通知）第15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 事業概要

(1) 日 時	年 月 日 時 分 ~ 時 分
(2) 場 所	
(3) 主な活動内容	
(4) 看護師等の派遣時間 及び派遣人数	(派遣時間) 時 分 ~ 時 分 (派遣人数) 人
(5) 主な医療行為の内容	

2 請求額

円（※⑤欄の金額の2/3相当額を記入のこと。）

<算定内訳>

区 分	30分当たり 単価 (上限4,150円) ①	看護師等の派遣 時 間 数 (30分単位) ②	利 用 料 ③=①×(②/30分)	本事業の対象 となる要医療 障がい児者の 数④	請 求 額 ③/④(小数点以下切り捨て)
看護師等 1人目	円	分	円	人	円
看護師等 2人目	円	分	円	人	円
計		分	円	人	⑤ 円

(注) 1 「看護師等の派遣時間数(30分単位)」欄については、15分以上30分未満の場合は「30分」とし、15分未満の場合は「0分」として算定することとする。
2 同一の事業について複数の看護師等の派遣を受けた場合にあつては、それぞれの看護師等について請求額を算定することとし、看護師等を3人以上派遣した場合にあつては、適宜、欄を設けることとする。

(添付書類)

- 1 領収書の写し
- 2 医療行為実施連絡票（本人分のみ）
- 3 その他、家庭外活動の内容のわかるもの（実施要綱等）