

令和6年度山梨県富士・東部圏域医療型短期入所利用時送迎支援事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、富士・東部障害保健福祉圏域（以下「富士・東部圏域」という。）に居住する医療的ケア児者が安全・安心に医療型短期入所を利用できるよう、医療型短期入所事業所を利用する際に、送迎を行う車輛に同乗し、当該医療的ケア児者に対して医療的ケアを行う者を派遣する山梨県富士・東部圏域医療型短期入所利用時送迎支援事業（以下「本事業」という。）の実施について必要な事項を定める。

(定義)

第2条 この要綱において、医療的ケアとは、医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年法律第81号。）第2条第1項に規定する医療的ケアをいう。

2 この要綱において、医療的ケア児者とは、医療的ケアを必要とする障害児者をいう。

3 この要綱において、家族とは、医療的ケア児者の保護者等で、現に当該医療的ケア児者の看護及び介護を行っている山梨県知事（以下「知事」という。）が認めた者をいう。

4 この要綱において、利用児者とは、知事が事業の利用を決定した医療的ケア児者をいう。

5 この要綱において、医療型短期入所とは、医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5第1項に規定する病院若しくは同条第2項に規定する診療所、又は、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第28項に規定する介護老人保健施設若しくは同条第29項に規定する介護医療院において提供される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（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）第5条第8項に規定する短期入所をいう。

(実施主体)

第3条 本事業の実施主体は山梨県（以下「県」という。）とする。

2 事業の実施にあたっては、障害者総合支援法第36条第1項の規定に基づき同法第5条第2項に規定する居宅介護、若しくは、同法第5条第3項に規定する重度訪問介護の指定を受けた指定障害福祉サービス事業者、又は、健康保険法（大正11年法律第70号。）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者（以下「指定居宅介護事業者等」という。）に委託して行うこととする。

(利用対象者)

第4条 本事業の利用対象者は、次の各号に定める要件の全てに該当する医療的ケア児者の家族とする。

- (1) 富士・東部圏域内に住所を有すること。
- (2) 在宅で同居の家族による介護を受けて生活していること。
- (3) 市町村が障害者総合支援法第19条第1項に基づき行う支給決定手続きにより、医療型短期入所の支給決定を受けていること。
- (4) 居宅介護、重度訪問介護又は訪問看護により介護や必要な支援を受けていること。

(サービス提供内容)

第5条 本事業は、県から委託を受けた指定居宅介護事業者等が、利用児者が富士・東部圏域外の医療型短期入所を利用するため、利用対象者自らが運転する車輛により送迎を行う際に、送迎に

同行し、車輦内及び利用しようとする医療型短期入所事業所において、当該利用児者に対し医療的ケアを含めた介護及び看護を行うものとする。ただし、指定居宅介護事業者等がサービスを提供できないと判断した場合は、この限りでない。

(利用時間)

第6条 利用時間は、1回の利用につき4時間を上限とし、1回あたりの利用時間は1時間単位（30分未満切り捨て、30分以上切り上げ）で算定する。

2 1ヶ月あたりの利用回数は、利用児者1人につき2回を上限とする。

(事業に要する費用)

第7条 本事業に基づくサービスの提供費用は、1時間あたり3,850円とする。

2 利用対象者が指定居宅介護事業者等から第5条に規定するサービスの提供を受けたとき（利用児者の病状の急変により急遽サービスの提供を受けることができなくなったときを含む。）は、県が、当該指定居宅介護事業者等に、第1項に規定する提供費用から次条第1項に規定する利用者負担額を控除した金額に利用時間数を乗じて算定した金額を支払うものとする。

(費用の負担)

第8条 利用対象者は、第5条に規定するサービスの提供を受けたときは、利用者負担額として、1時間につき300円を負担しなければならない。ただし、利用児者の受給者証に記載された負担上限月額が0円の場合は、利用者負担額を免除する。

2 第6条第1項に規定する利用時間の上限を超えてサービスの提供を受けた場合、及び同条第2項に規定する利用回数の上限を超えてサービスの提供を受けた場合に発生するサービス提供時間又は提供回数超過分の費用については、利用対象者と指定居宅介護事業者等との定めによるものとし、この要綱の定めによらない。

(利用登録申請)

第9条 本事業の利用を希望する利用対象者は、原則としてサービスを利用しようとする前月の10日までに、利用しようとする指定居宅介護事業者等を経由して、医療型短期入所利用時送迎支援事業利用登録（変更）申請書（様式第1号）（以下「利用登録申請書」という。）に、次に掲げる資料を添付して知事に申請するものとする。

- (1) 障害者総合支援法第22条第8項に規定する市町村が交付する障害福祉サービス受給者証の写し
- (2) 指定居宅介護事業者等との契約書の写し又は利用していることが分かる書類
- (3) 医療的ケアを受けていることが分かる書類

(利用登録決定)

第10条 知事は、前条の申請があったときは、利用登録申請書を受領した日から2週間以内に、本事業の利用登録の要否の決定を行わなければならない。

2 知事は、前項の規定による決定を行ったときは、医療型短期入所利用時送迎支援事業利用登録決定（却下）通知書（様式第2号）（以下「決定通知書」という。）により、指定居宅介護事業者等を経由して利用対象者に通知するものとする。

- 3 第1項の利用登録期間は、同項の規定により本事業の利用登録の決定（以下「利用決定」という。）を行った日から当該年度の末日までとする。

（変更等の届出）

第11条 利用決定を受けた利用対象者（以下「利用者」という。）は、次の各号のいずれかに該当する場合は、指定居宅介護事業者等を経由して、「利用登録申請書」を知事に提出しなければならない。

- （1） 利用者が県内で居住地を変更するとき。
- （2） 利用決定内容の変更を希望するとき。

- 2 前項の申請を受けた場合の手続きについては、前条の規定を準用する。

（利用登録決定の取消し）

第12条 知事は、次の各号のいずれかに該当するときは、利用決定を取り消すことができる。

- （1） 利用児者が死亡したとき。
- （2） 利用者が利用を辞退したとき。
- （3） 利用者が第4条に規定する要件に該当しなくなったとき。
- （4） 偽りその他不正の申請により利用決定を受けたとき。
- （5） その他知事が不相当と認めたとき。

- 2 知事は、前項の規定により利用登録決定を取り消したときは、医療型短期入所利用時送迎支援事業利用登録取消通知書（様式第3号）により、指定居宅介護事業者等を経由して利用者に通知するものとする。

（事業の従事者）

第13条 本事業は、事業の適正な実施のため、指定居宅介護事業者、指定重度訪問介護事業者、又は指定訪問看護事業者であつて、本事業を実施する事業者として県に登録したもの又は知事が必要であると認めた事業者に委託して実施する。

- 2 本事業を実施する事業者として登録を受ける場合は、医療型短期入所利用時送迎支援事業事業者登録申請書（様式第4号）を、指定された障害福祉サービス事業所ごとに知事に提出しなければならない。
- 3 知事は、前項の登録の申請があつたときは、本事業の事業者の登録可否の決定を行わなければならない。
- 4 知事は、前項の規定による決定を行ったときは、医療型短期入所利用時送迎支援事業事業者登録通知書（様式第5号）により、事業者に通知するものとする。
- 5 前項の規定による登録を受けた事業者（以下「登録事業者」という。）は、申請の内容に変更が生じた場合は、その内容について医療型短期入所利用時送迎支援事業者登録変更届出書（様式第6号）を知事に提出しなければならない。
- 6 知事は、次の各号のいずれかに該当するときは、当該登録事業者に係る登録の抹消を行うことができる。
 - （1） 登録事業者が不正に委託料の請求を行ったとき。

- (2) 登録事業者が障害者総合支援法第50条による指定障害福祉サービス事業者の指定の取消し、又は、健康保険法第95条若しくは介護保険法第77条の規定による訪問看護事業者の指定の取消しを受けたとき。
- (3) 登録事業者が障害者総合支援法その他関係法令等、本要綱及び知事が業務に関し行う指示に従って適正な事業の運営をすることができないと認められるとき。
- (4) 登録事業者が障害者総合支援法その他関係法令等、本要綱及び知事が業務に関し行う指示に違反したとき。

(サービスの利用)

第14条 利用者が本事業を利用するときは、決定通知書を登録事業者に提示し、登録事業者と第5条に規定するサービスの利用に係る契約を締結しなければならない。

(請求及び支払い)

第15条 登録事業者は、サービス提供終了後、当月1日から末日までの1か月分について医療型短期入所利用時送迎支援事業サービス提供実績報告書（様式第7号）により、翌月15日までに知事に報告し、その検査を受けなければならない。

- 2 知事は、登録事業者から前項による報告の提出を受けたときは、提出を受けた日から10日以内に検査を完了しなければならない。
- 3 登録事業者は、前項の規定による検査を完了したのち、第7条に規定する費用を医療型短期入所利用時送迎支援事業委託料請求書（様式第8号）により知事に請求しなければならない。
- 4 知事は、請求を受けた日から30日以内に委託料を支払わなければならない。

(委託料の返還)

第16条 知事は、登録事業者が虚偽その他の不正な手段により第15条に規定する委託料の支払いを受けた場合は、当該事業者が事業の委託料の全額又は一部を返還させることとする。

(事業者の遵守事項)

第17条 登録事業者は、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。

- (1) 第5条に規定するサービスの提供を適切に行うこと。
- (2) 登録事業者は、利用者に対して本事業のサービスを提供したときは、サービスの提供内容について記録を作成し、これを5年間保存しなければならない。
- (3) 本事業によるサービスの提供の際、事故等が発生した場合は、利用者の家族及び知事に遅滞なく報告及び連絡するとともに、必要な措置を講じなければならない。
- (4) 業務上知り得た利用者、その他の家族等の個人情報保護に十分留意しなければならない。

(報告等)

第18条 知事は、事業の実施に関して必要と認められるときは、登録事業者に対して事業に係る報告及び書類の提示を命じ、当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは登録事業者の関係のある場所に立ち入り、又は必要な調査をさせることができる。

(その他)

第19条 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に関し必要な事項は知事が定める。

附 則

この要綱は、令和6年10月1日から施行する。

医療型短期入所利用時送迎支援事業利用登録(変更)申請書

(あて先) 山梨県知事

申請日： 令和 年 月 日

下記のとおり、山梨県富士・東部圏域医療型短期入所利用時送迎支援事業の利用(変更)を申請します。

なお、山梨県が居宅介護事業者等から事業に必要な利用者の情報を得ること及び居宅介護事業者等へ事業に必要な利用者の情報を提供することについて同意します。

		代筆者			申請者との関係		
1. 申請者 (保護者等)	フリガナ		生年月日				
	氏名						
	住所	〒 電話 ()					
2. 利用児 者	フリガナ		生年月日				
	氏名		性別	男・女	申請者との続柄		
3. 医療的ケアの状況		医療的ケア判定スコア (点) ※医師作成のスコア表より					
		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 痙攣時の医療処置 <input type="checkbox"/> 皮下注射 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> その他 ()					
4. 送迎支援を実施する居宅介護事業者等	1	所在地					
		名称					
		連絡先		担当者名			
	2	所在地					
		名称					
		連絡先		担当者名			
	3	所在地					
		名称					
		連絡先		担当者名			
5. 利用予定の医療型短期入所事業所	1	所在地					
		名称					
		連絡先		担当者名			
	2	所在地					
		名称					
		連絡先		担当者名			
6. 変更の場合は変更内容及び変更事由							

※添付資料

- 1 市町村が発行した受給者証の写し
- 2 4. で記載した居宅介護事業者等を利用していることの証明となる書類(契約書の写し等)
- 3 医師の訪問看護指示書の写しなど医療的なケアを受けていることの証明となる書類

医療型短期入所利用時送迎支援事業利用登録(変更)申請書

記入例

(あて先) 山梨県知事

申請日: 令和 6 年 〇 月 〇 日

下記のとおり、山梨県富士・東部圏域医療型短期入所利用時送迎支援事業の利用(変更)を申請します。

なお、山梨県が居宅介護事業者等から事業に必要な利用者の情報を得ること及び居宅介護事業者等へ事業に必要な利用者の情報を提供することについて同意します。

		代筆者			申請者との関係		
1. 申請者 (保護者等)	フリガナ	やまなし いちろう		生年月日	平成1年10月1日		
	氏名	山梨 一郎					
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 電話 (〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇) 山梨県富士吉田市〇〇〇1-1					
2. 利用児 者	フリガナ	やまなし たろう		生年月日	平成30年5月1日		
	氏名	山梨 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	申請者との続柄	長男
3. 医療的ケアの状況		医療的ケア判定スコア (38 点) ※医師作成のスコア表より <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input checked="" type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 痙攣時の医療処置 <input type="checkbox"/> 皮下注射 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> その他 ()					
4. 送迎支援を実施する居宅介護事業者等	1	所在地	山梨県△△市△△町1-1				
		名称	株式会社△△ △△△△事業所				
		連絡先	△△△-△△△-△△△△	担当者名	△△		
	2	所在地					
		名称					
		連絡先		担当者名			
	3	所在地					
		名称					
		連絡先		担当者名			
5. 利用予定の医療型短期入所事業所	所在地	山梨県□□市□□町1-1					
	名称	□□市立病院					
	連絡先	□□□-□□□-□□□□	担当者名	□□			
	所在地						
	名称						
	連絡先		担当者名				
6. 変更の場合は変更内容及び変更事由							

※添付資料

- 1 市町村が発行した受給者証の写し
- 2 4. で記載した居宅介護事業者等を利用していることの証明となる書類(契約書の写し等)
- 3 医師の訪問看護指示書の写しなど医療的なケアを受けていることの証明となる書類

様

医療型短期入所利用時送迎支援事業利用登録決定（却下）通知書

山梨県知事

山梨県富士・東部圏域医療型短期入所利用時送迎支援事業業の利用登録（変更）申請について、次のとおり決定（却下）したので、通知します。

決定内容	利用登録決定 ・ 利用登録却下
	(却下の場合の理由)

利用登録内容

利用者氏名 (保護者)	
利用登録にかかる 医療的ケア児者氏名	
登録期間	年 月 日 から 令和7年 3月31日 まで
利用者負担額	300円 ・ 免除

利用登録事業者（居宅介護事業者等）

登録事業者	
登録事業者	

利用予定施設（医療型短期入所施設）

利用予定施設	
利用予定施設	

様

医療型短期入所利用時送迎支援事業利用登録取消通知書

山梨県知事

山梨県富士・東部圏域医療型短期入所利用時送迎支援事業の利用登録について取り消したので、通知します。

利用登録内容

利用者氏名 (保護者)	
利用登録にかかる 医療的ケア児者氏名	
利用登録取消日	年 月 日
取消理由	

医療型短期入所利用時送迎支援事業事業者登録申請書

山梨県知事 殿

年 月 日

申請者 所在地
 (設置者) 名称
 代表者

山梨県富士・東部圏域医療型短期入所利用時送迎支援事業を行う事業者として、登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者 (設置者)	フリガナ				
	事業者の名称				
	主たる事業所の所在地	〒			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
E-Mail					
登録を受けようとする事業所	フリガナ				
	事業所の名称				
	事業所（施設）の所在地	〒			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		E-Mail			
	指定事業所番号				
指定年月日 (居宅介護/重度訪問介護)					

記入担当者	
-------	--

(備考)

複数の登録を受けようとする事業所がある場合は、その事業所数分の申請書を提出してください。
 指定を受けたことを証明する書類を添付してください。

様

医療型短期入所利用時送迎支援事業事業者登録決定（却下）通知書

山梨県知事

山梨県富士・東部圏域医療型短期入所利用時送迎支援事業の事業者登録申請について、次のとおり決定（却下）したので、通知します。

決定内容	事業者登録決定 ・ 事業者登録却下
	(却下の場合の理由)

登録事業者内容

登録番号			
登録事業所の名称			
事業所（施設）の所在地	〒		
連絡先	電話番号		FAX 番号
	E-Mail		
登録年月日	年 月 日		

医療型短期入所利用時送迎支援事業事業者登録変更届出書

山梨県知事 殿

年 月 日

申請者 所在地
 (設置者) 名称
 代表者

下記のとおり、登録を受けた内容を変更しますので届け出ます。

登録内容を変更する事業所	登録番号		登録事業所の名称	
	事業所（施設）の所在地	〒		
変更があった事項		変更の内容		
1 事業所（施設）の名称		(変更前)		
2 事業所（施設）の所在地（設置場所）				
3 申請書（設置者）の名称				
4 主たる事務所の所在地				
5 代表者の氏名及び住所				
6 定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。）		(変更後)		
7 運営規定				
8 その他				
変更年月日		年 月 日		

記入担当者	
-------	--

(備考)

- 1 該当項目番号に○を付してください。
- 2 登録内容がわかる書類を添付してください。
- 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

医療型短期入所利用時送迎支援事業サービス提供実績報告書

山梨県知事 殿

年 月 日

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者

下記のとおり、山梨県富士・東部圏域医療型短期入所利用時送迎支援事業におけるサービスを提供したので報告します。

サービス提供月	年 月分
利用者（保護者氏名）	
医療的ケア児者氏名	

利用した日	利用した医療型短期入所施設	サービス提供時間		サービス算定時間 ※1	利用者確認欄 ※2
		開始時刻	終了時刻		
日		時 分	時 分	時間	
日		時 分	時 分	時間	
サービス算定時間合計				時間	

※1 日ごとのサービス提供時間はサービス提供時間数を記載し、サービス算定時間合計は、1時間単位（30分未満切り捨て、30分以上切り上げ）で記載してください。

1日あたりのサービス算定時間の上限は4時間です。

※2 利用者に当該サービス提供月の実績内容について報告し、利用者確認欄に署名又は印をもらってください。

様式第8号（第15条関係）

医療型短期入所利用時送迎支援事業委託料請求書

（ 年 月分）

請求金額 _____ 円

請求内容 山梨県富士・東部圏域医療型短期入所利用時送迎支援事業委託料として

（内訳）

別添「医療型短期入所利用時送迎支援事業実績報告書（ 年 月分）」のとおり

上記のとおり請求します。

年 月 日

（あて先） 山梨県知事

請求者 住 所
名 称

代表者名 印

振 込 先 金 融 機 関	金融機関名	
	支 店 名	
	・ 普 通 ・ 当 座	
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	