

令和7年6月1日

各事業所の長 様

京都市保健福祉局
障害保健福祉推進室
在宅福祉第一担当
施設福祉担当
TEL: 222-4161

京都市障害福祉サービス事業者に対する喀痰吸引等研修受講支援事業について

日頃は、本市の障害保健福祉行政の推進に、御理解、御協力をいただきありがとうございます。

本市では、喀痰吸引等の医療的ケアを必要とする障害者や障害児の支援体制の確保を図ることを目的に、平成29年6月から、介護職員等（介護の業務に従事する者）が医療的ケアを行うために受講が必要な喀痰吸引等研修のうち、第3号研修にかかる経費の一部を補助する事業を実施しております（下記参照）。

このたび、各事業所における喀痰吸引等研修の受講を促進し、喀痰吸引等を必要とする障害者及び障害児の支援体制を確保するため、下記のとおり補助対象研修及び事務手続の見直しを行いましたので、障害福祉サービス事業所の皆様におかれましては、御確認いただくとともに、医療的ケアの必要な障害者及び障害児へのサービス提供が適切に行われるよう、この制度を御活用ください。

なお、見直し後の取扱いは、令和7年6月1日以降に御申請される分から適用となります。

記

【これまでから見直した点】

- これまで対象外であった、**基本研修のみ修了した場合も補助対象**とします。
- 研修受講前の事前書類として御提出いただいていた「**喀痰吸引等研修受講実施計画書**」を**提出不要**とします。
- その他、申請時に御提出いただく書類を省略化します。

1 補助対象研修及び補助金額

(1) 補助対象研修

	現行	見直し後
補助対象者	京都市が指定する障害福祉サービスを行う事業者（施設入所支援および療養介護を除く）	変更なし
補助対象研修	次のいずれにも該当する研修 ア 特定の者を対象とする第3号研修の基本研修又は実地研修 イ 補助対象者が京都市内の事業所に所属する職員に受講させ、修了させるもの ウ 京都市が援護の実施者となる障害者（児）（ただし、施設入所支援を支給決定されている者を除く。）に対し喀痰吸引等を行わせることを目的とするものであること。	次のいずれにも該当する研修 ア・イ 変更なし ウ 京都市が支給決定を行う障害者（児）（施設入所支援を支給決定されている者を除く。）に対し、喀痰吸引等を行わせること、もしくは、 喀痰吸引等の実施に備えて事前に知識・技術の習得を行うこと を目的とするもの

(2) 補助対象経費及び補助金額

補助対象者が費用を負担したもののうち、次に掲げるものとします。

研修種別	補助対象経費	補助金額	
基本研修のみ	研修受講料、事務手数料、 テキスト代 その他これらに類する費用	以下のいずれか低い額 ・合計額の2分の1に相当する額 ・5,000円	新設
基本研修と実 地研修 もしくは 実地研修のみ	研修受講料、事務手数料、 テキスト代 その他これらに類する費用	以下のいずれか低い額 ・合計額の2分の1に相当する額 ・12,000円以下のいずれか 低い額	変更なし
	研修指示書の作成料	以下のいずれか低い額 ・研修指示書作成に係る料金 ・3,000円	

※ 1円未満の端数があるときは、その端数は切り捨てる。

2 補助金申請の手続き

(1) 補助金交付申請

これまで、3号研修申込前に喀痰吸引等研修受講実施計画書の提出をお願いしておりましたが、提出不要となりました。

御申請される場合は、基本研修又は実地研修の研修修了後速やかに、次に掲げる書類を提出してください。

	提出書類
1	京都市喀痰吸引等研修受講支援事業補助金交付申請書（第1号様式）
2	研修受講を修了したことを証明する書類
3	認定特定行為業務従事者認定証の写し
4	登録特定行為事業者として京都府知事の登録を受けたことが分かるもの (ただし、実地研修を修了した場合で、かつ、新規で登録を受けた事業所に限る。)
5	補助対象経費について登録研修機関又は医療機関が発行する領収書の写し
6	京都市内の事業所に研修を受講した職員が所属していることが分かるもの

⇒ 基本研修のみ修了した後に申請する場合は、1、2及び5の書類を提出してください。

- ※ 研修受講後に対象となる障害者（児）が死亡し、本市で死亡の事実が確認できる場合は、2、3の書類を省略することが可能です（京都市以外に住民基本台帳がある場合は、2、3の書類に代えて、当該障害者（児）の死亡が確認できる書類をご提出ください。）。
- ※ 上記の書類のほか、必要に応じて書類の提出をお願いする場合があります。
- ※ 申請をした者は、補助金交付決定を受けるまでの間に当該申請の内容が変更となった場合は、その旨を御連絡ください。
- ※ 補助金の申請をしてから60日以内に補助金交付の可否を通知します。
- ※ 6については、別添の参考様式「事業所所属証明書」をご活用ください。複数いる場合は、行を追加して作成してください。

(2) 補助金の請求

交付額決定通知書を受領後、受領日から起算して30日以内に、補助金の請求書を提出してください。

	提出書類
1	請求書
2	債権者登録（口座振替払）申請書（本市に登録がない場合のみ）

(3) 提出方法

可能な限り郵送で提出してください（持参も可）。

(4) 書類の提出先及び問い合わせ先

京都市保健福祉局障害保健福祉推進室

郵便番号：604-8571

住 所：京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地

電話番号：075-222-4161 fax：075-251-2940

e-mail：syogai@city.kyoto.lg.jp

※ 障害福祉サービスによって、担当が異なります。

以下の表を御参照ください。

障害福祉サービス	担当
・ 居宅介護 ・ 重度訪問介護 ・ 同行援護 ・ 行動援護 ・ 重度障害者等包括支援	在宅福祉第一担当
・ 生活介護 ・ 短期入所 ・ 自立訓練 ・ 就労移行支援 ・ 就労継続支援 ・ 共同生活援助	施設福祉担当

3 その他

- ・ すでに喀痰吸引等研修受講実施計画書を提出済みのものも、上記申請書類一式を御提出ください（喀痰吸引等研修受講実施計画書の副本等は不要です）。
- ・ 上記取扱いについては、令和7年6月1日以降の申請分から適用となります。