

## 下関市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業実施要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、意思疎通が困難でかつ介護者がいない者が医療機関に入院する場合に、日頃から本人を介護し、本人の意思を医療従事者に伝えることができる者をコミュニケーション支援員として医療機関に派遣することにより、医療従事者との意思疎通の円滑化を図ることを目的として行う下関市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業(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。

### (事業の位置付け)

第2条 本事業は、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(平成17年法律第123号。以下「法」という。)第77条に規定する地域生活支援事業として実施するものとする。

### (定義)

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

- (1) 障害者 法第4条第1項に規定する障害者
- (2) 障害児 法第4条第2項に規定する障害児のうち小学校就学の始期から満18歳に達するまでの者
- (3) コミュニケーション支援事業者 法第29条第1項に規定する指定障害福祉サービス事業者の指定を受けている者のうち、法第5条第2項に規定する居宅介護(以下「居宅介護」という。)、同条第3項に規定する重度訪問介護(以下「重度訪問介護」という。)又は同条第5項に規定する行動援護(以下「行動援護」という。)のいずれかのサービスを現に対象者に提供している事業者をいう。
- (4) コミュニケーション支援員 コミュニケーション支援事業者に所属する居宅介護従業者、重度訪問介護従業者また又は行動援護従事者で、対象者の入院前に支援実績があり、対象者との意思疎通に熟達したものをいう。

### (対象者)

第4条 本事業の対象者は、次の各号のいずれにも該当する者であって、障害

の特性等から意思疎通を図ることが困難で、医療従事者との間でコミュニケーション支援が必要であると判断されるものとする。

- ( 1 ) 居住地が本市の区域内にある者（入所施設に入所している者、法第 5 条第 1 5 項に規定する共同生活援助を行う住居に入居している者を除く。）
- ( 2 ) 本市の支給決定を受け、重度訪問介護の対象者（障害児においてこれに相当する心身の状態）であり、重度訪問介護、居宅介護又は行動援護のサービスを現に利用しているもの
- ( 3 ) 発語困難等により医療従事者とのコミュニケーションに対する支援が必要と判断される者
- ( 4 ) 単身世帯の者又はこれに準ずる者  
（事業の内容）

第 5 条 本事業のサービス内容は、入院時における、医療従事者と対象者の意思疎通の円滑化を図るための支援とし、これ以外のものは対象外とする。

2 本事業は、コミュニケーション支援事業者が、対象者が入院している医療機関にコミュニケーション支援員を派遣することにより行うものとする。

3 コミュニケーション支援員の派遣期間は、1 回の入院につき、利用開始日から起算して 3 0 日以内とし、派遣時間は、2 0 0 時間かつ 1 日当たり 1 2 時間を上限とする。

4 前項の規定にかかわらず、市長がやむを得ないと認める場合には、派遣期間及び派遣時間を延長できるものとし、その内容は前項に準じる。

（利用申請）

第 6 条 本事業の利用を希望する者（以下「申請者」という。）は、事前に「重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用（変更）申請書（様式第 1 号）」により、市長に申請するものとする。

（利用決定）

第 7 条 市長は、前条の申請があったときは、この事業の対象者に該当するかどうかの審査を行い、該当するときは、利用決定の旨を「重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用決定通知書（様式第 2 号）（以下「利用決定通知書」という。）」により、申請者に通知するものとする。

2 市長は、対象者に該当しないときは、「重度障害者入院時コミュニケーショ

ン支援事業利用申請却下通知書（様式第3号）」により、申請者に通知するものとする。

3 利用決定の有効期間は、第1項の利用決定を行った日から第3条第3号に掲げるサービスの支給決定期間を限度とする。

（利用決定の変更）

第8条 前条において利用の決定を受けた者（以下「利用決定者」という。）の決定の内容に変更があるときには、第6条の手続きを準用するものとする。

（利用決定の取り消し）

第9条 市長は、利用決定者が次の各号のいずれかに該当すると認められるときは、利用決定を取り消すことができる。

（1）第4条に規定する対象者の要件に該当しなくなったとき。

（2）本事業の利用を辞退したとき。

（3）偽りその他不正の申請により利用決定を受けたとき。

（4）その他市長が不相当と認めたとき。

2 市長は、前項の規定に基づき利用決定の取り消しを行ったときは、「重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用決定取消通知書（様式第4号）」により利用決定者に通知するものとする。

（利用契約）

第10条 利用決定者は、本事業を利用しようとするときは、利用決定通知書をコミュニケーション支援事業者に提示し、当該事業者と利用契約を締結するものとする。

（利用開始の届出）

第11条 利用決定者は、本事業の利用を開始するときは、コミュニケーション支援員の受け入れについて医療機関から承諾を得た後に、「重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用開始届（様式第5号）」及び「重度障害者入院時コミュニケーション支援事業委任状兼承諾書（様式第6号。以下「委任状」という。）」を市長に提出するものとする。

2 利用決定者は、前項で届け出した内容を継続しようとするときは、「重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用継続届（第7号様式）」を市長に提出するものとする。

(利用終了の届出)

第12条 利用決定者は、医療機関を退院したときは、速やかに「重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用終了届(様式第8号)」を市長に提出するものとする。

(事業に要する費用)

第13条 市長は、利用決定者が本事業を利用したときは、当該利用決定者に対し、本事業に要する費用(以下「事業費」という。)から利用決定者が負担する額(以下「利用者負担額」という。)を控除して得た額を支給する。

2 事業費の額は、厚生労働大臣が定める重度訪問介護の額に準じる。

3 利用者負担額は、前項の額により算定した費用の一角(一円未満の端数は切り捨てる。)とする。ただし、生活保護法(昭和24年法律第144号)に基づく生活扶助を受けている世帯にあっては、利用者負担額を免除する。

(請求及び支払い)

第14条 市長は、前条第1項に規定する事業費から利用者負担額を控除した額について、利用決定者から委任状により委任を受けたコミュニケーション支援事業者に支払うものとする。

2 前項の規定により委任を受けたコミュニケーション支援事業者は、当該利用決定者がサービスを利用した日の属する月の翌月10日までに、「重度障害者入院時コミュニケーション支援事業費請求書(様式第9号)」に、「重度障害者入院時コミュニケーション支援事業費明細書(様式第10号)」及び「重度障害者入院時コミュニケーション支援事業サービス提供実績記録票(様式第11号)」を添付して、市長に請求するものとする。

3 市長は、前項の請求書の提出があった場合は、その内容を審査し、相当と認めるときは、当該請求のあった日から30日以内に支払うものとする。

(費用の返還)

第15条 市長は、コミュニケーション支援事業者が虚偽その他の不正な手段により第13条に規定する事業費の支払いを受けた場合は、当該事業者から事業費の全額又は一部を徴収するものとする。

(コミュニケーション支援事業者の責務)

第16条 コミュニケーション支援事業者は、次の各号に掲げる事項を遵守し

なければならない。

- ( 1 ) 利用決定者が医療従事者との意思疎通が円滑に図れるようコミュニケーション支援員を派遣し、コミュニケーションに要する支援を適切かつ効果的に行うこと。
- ( 2 ) コミュニケーション支援員は、サービス提供時には、医療従事者の指示に従うとともに、その身分を示す証明書を携行し、利用決定者又は利用決定者が入院する医療機関から提示を求められたときは、これを提示すること。
- ( 3 ) コミュニケーション支援事業者は、事業の実施に係る記録等を整備し、当該事業実施日から5年間保存すること。
- ( 4 ) コミュニケーション支援を実施している際に事故等が発生した場合は、医療機関、利用決定者の家族及び市長に遅滞なく報告及び連絡するとともに、必要な措置を講じること。
- ( 5 ) 業務上知り得た利用決定者の個人情報の保護に十分留意すること。

( 報告等 )

第17条 市長は、事業の実施に関して必要と認められるときは、コミュニケーション支援事業者に対して事業に係る報告及び書類の提示を命じ、または当該事業者に立ち入り、コミュニケーション支援員に対して必要な調査を行うことができる。

( その他 )

第18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、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成27年12月1日から施行する。

附 則

( 施行期日 )

- 1 この要綱は平成28年1月1日から施行する。

( 経過措置 )

- 2 この要綱の施行前の様式による用紙については、当分の間は所要の修正を

加え使用することができる。

### 重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用(変更)申請書

(あて先)下関市長

次のとおり申請します。

申請年月日                      年    月    日

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年    月    日 (    歳)
	氏名	個人番号			
	居住地	〒	電話番号(         ) -         )		
	フリガナ		生年月日	平成	年    月    日 (    歳)
	支給申請に係る 児童氏名		続柄		

障害福祉サービスの利用状況	居宅介護	重度訪問介護	行動援護
支給希望時間	時間 / 30日当たり		
	時間/ 日・週・月×		日・週・月
変更の場合は変更事由	時間 / 日・週・月×                      日・週・月		

当該障害者福祉サービスの支給決定に当たり、利用者負担額を決定するため、必要がある時は障害者等の属する世帯の収入(課税)状況等について、各関係機関に調査・照会・閲覧をすることに同意します。

年    月    日  
(あて先) 下関市長

申請者 \_\_\_\_\_ (印)

申請書提出者	申請者本人	申請者本人以外 (下の欄に記入)		相談支援専門員
氏名		申請者との関係		
居住地	〒	電話番号		
日中連絡先				

下関市

様

下関市長 印

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用決定通知書

年 月 日付けで申請のありました下関市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業の利用について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

利用者決定番号 (障害福祉サービス 受給者証番号)		利用者(保護者) 氏名	
利用決定年月日	年 月 日	利用決定に係る 児童氏名	
利用有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
決定時間			
利用者負担額	利用金額の1割(生活保護世帯は無料)		
特記事項			



第 号  
年 月 日

下関市

様

下関市長 印

**重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用申請却下通知書**

年 月 日付けで申請のありました下関市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業の利用について、下記のとおり却下します。

記

障害福祉サービス受給者証番号	申請者(保護者)氏名	
	利用申請に係る 児童氏名	

却下理由

下関市

様

下関市長 印

**重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用決定取消通知書**

年 月 日付けで決定を行った下関市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業の決定について、下記のとおり取り消しましたので通知します。

記

利用者決定番号 (障害福祉サービス受給者証番号)	申請者(保護者)氏名	
.....	利用申請に係る 児童氏名	
取消年月日	年 月 日	
取消事由		



## 重度障害者入院時コミュニケーション支援事業委任状兼承諾書

甲は、下関市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業実施要綱第14条の規定に基づき、下関市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業の支援員の派遣に係る費用の請求・受領に関する権限を乙に委任します。

また、乙は、甲が入院した際、コミュニケーション支援事業者として支援員を派遣することを承諾します。

年 月 日

甲(委任者) 利用者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

乙(受任者) 事業者

住 所 \_\_\_\_\_

事業者名

代表者職氏名 \_\_\_\_\_ (印)

コミュニケーション支援員氏名

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## 重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用終了届

(あて先)下関市長

下関市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業の利用を終了したことを次のとおり届け出します。

届出年月日                      年    月    日

届出者	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日 ( 歳)
	氏名						
	居住地	〒 _____ 電話番号(         ) - _____					
	フリガナ		生年月日	平成	年	月	日 ( 歳)
	届出に係る 児童氏名		続柄				

入院先の医療機関	
入院先医療機関名	(連絡先)
退院日	年    月    日
備考	



重度障害者入院時コミュニケーション支援事業費明細書

			年		月分
--	--	--	---	--	----

利用者決定番号(障害福祉サービス受給者証番号)																			
利用者決定者氏名																			
利用者決定に係る障害児氏名																			

請求事業者	障害福祉サービス事業所番号																			
	事業者及びその事業所の名称																			

事業費明細欄	サービス提供時間	事業費	回数	費用合計	摘要	

サービス利用日数		日
費用合計		円
請求額		円
利用者負担額		円
市町村請求額		円



