

吹田市障害者入院時コミュニケーション支援事業実施要領

(趣旨)

第1条 この要領は、吹田市地域生活支援事業実施規則（平成18年吹田市規則第49号。以下「規則」という。）第3条第1項第5号に規定する意思疎通支援事業のうち医療機関に入院する障害者を対象とする事業（以下「事業」という。）の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要領において「障害福祉サービス事業」とは、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5条第1項に規定する障害福祉サービス事業（同条第6項に規定する療養介護を除く。）をいう。

2 この要領において「移動支援事業」とは、規則第3条第1項第8号に規定する移動支援事業をいう。

3 この要領において「日中一時支援事業」とは、規則第3条第1項第11号に規定する日中一時支援事業をいう。

4 前3項に定めるもののほか、この要領における用語の意義は、規則の例による。

(対象者)

第3条 事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、本市に居住する障害者であって、心身の障害のため意思疎通を図ることに支障があるもののうち、次の各号のいずれにも該当するものとする。

(1) 次に掲げる要件のいずれかに該当する者

ア 障害支援区分の認定（法第21条第1項の規定による障害支援区分の認定をいう。以下同じ。）を受けている者にあつては、次の表の左欄に掲げる障害支援区分に係る市町村審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成26年厚生労働省令第5号）別表第1（以下「省令別表第1」という。）の認定調査項目が次の表の右欄に掲げる省令別表第1の点数の区分のいずれかに該当すること。

認定調査項目	点数の区分
コミュニケーション	特定の者であればコミュニケーションできる
	独自の方法でコミュニケーションできる
	コミュニケーションできない
説明の理解	理解できない
	理解できているか判断できない

イ 障害支援区分の認定を受けていない者にあつては、意思疎通を図ることの支障の程度がアに掲げる要件を満たす者と同程度であること。

(2) 次のいずれかに該当する者

ア 法第19条第1項の規定による本市の支給決定を受けて障害福祉サービス事業を利用している者

イ 規則第5条第1項の規定による市長の利用決定を受けて地域生活支援事業（移動支

援事業及び日中一時支援事業に限る。以下同じ。)を利用している者

- 2 前項に規定する者のほか、法第19条第1項の規定による本市の支給決定を受けて、本市以外の市町村において法第5条第10項の施設入所支援又は同項第15項の共同生活援助を利用している障害者であって、前項第1号の要件を満たすものは、対象者とする。

(事業の実施)

第4条 事業の内容は、医療機関に入院する対象者が医師、看護師その他の医療従事者と意思疎通を図ることに支障が生じる場合に、当該対象者と当該医療従事者の意思疎通を仲介するために、支援員を派遣するものとする。

- 2 前項の支援員は、対象者が利用する障害福祉サービス事業、一般相談支援事業（法第5条第16項に規定する一般相談事業をいう。）、特定相談支援事業（法第5条第16項に規定する特定相談支援事業をいう。）又は地域生活支援事業を行う施設（以下「障害福祉サービス事業等施設」という。）の職員であって、日常的に対象者と意思疎通を図っているものとする。

- 3 支援員を派遣する時間は、対象者が意思疎通の目的を達するために必要な時間として市長が必要と認める時間内とする。

(利用の申請)

第5条 事業を利用しようとする対象者又はその家族は、障害者入院時コミュニケーション支援事業利用申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。ただし、市長が緊急の必要があると認めるときは、口頭、電話、ファクシミリ等で申請することにより、これに代えることができる。

(利用の決定)

第6条 市長は、前条本文の規定による申請書の提出又は同条ただし書の規定による申請があったときは、その内容を審査し、必要な調査を行った上で、事業の利用の可否を決定し、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「決定通知書」という。）又は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、当該申請をした者に通知するものとする。

- 2 前項の場合において、市長は、事業の利用を決定するときは、派遣する支援員の属する障害福祉サービス事業等施設を運営する者を障害者入院時コミュニケーション支援事業者として登録し、その旨を障害者入院時コミュニケーション支援事業者登録通知書（様式第4号）により、当該者に通知するものとする。

(利用の方法)

第7条 前条第1項の規定により事業の利用決定の通知を受けた者（以下「被決定者」という。）は、同条第2項の規定による通知を受けた者（以下「登録事業者」という。）に決定通知書を提示することにより事業を利用することができる。

(利用決定の変更)

第8条 被決定者は、当該決定を受けた事業の内容を変更しようとするときは、変更後の内容について、再度、障害者入院時コミュニケーション支援事業利用申請書を市長に提出しなければならない。

- 2 第6条の規定は、前項の規定による変更の申請について準用する。

(費用負担)

第9条 事業の利用に要する費用は、無料とする。

（事業の実施に要する費用の支払）

第10条 市長は、事業の実施に要する費用として、被決定者の事業利用時間数に1,590円を乗じて得た額（事業利用時間数に10分未満の端数があるときはこれを切り捨て、10分以上40分未満の端数があるときは795円を加算し、40分以上の端数があるときはこれを1時間として算定した額）を登録事業者に支払うものとする。

2 登録事業者は、事業を実施したときは、障害者入院時コミュニケーション支援事業実施費用請求書（様式第5号）に障害者入院時コミュニケーション支援事業実績報告書（様式第6号）を添えて、前項の事業実施費用に係る額の支払を市長に請求するものとする。

3 市長は、前項の規定による請求があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、速やかに当該事業実施費用に係る額を登録事業者に支払うものとする。

（委任）

第11条 この要領に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、福祉部長が定める。

附 則

この要領は、平成27年10月6日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和6年9月1日から施行する。

様式第1号

年 月 日

吹田市障害者入院時コミュニケーション支援事業利用申請書

吹田市長宛

申請者 住所
氏名
電話番号
対象者との続柄

次のとおり、吹田市障害者入院時コミュニケーション支援事業の利用を申請します。

対象者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 日 月
	住 所	〒 電話番号 ファックス番号		
	身体障害者手帳番号		療育手帳番号	
	精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	

コミュニケーション支援事業名	
	事業者名・住所
	支援員代表者名 電話番号
	事業者名・住所
	支援員代表者名 電話番号
	事業者名・住所
	支援員代表者名 電話番号
申請する 入院期間等	※入院期間を証明する書類を添付すること
	入院期間 年 月 日 ～ 年 月 日
	入院する医療機関名

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ 氏 名		申請者 との関係	
住 所	〒 電話番号		

(申請者).....様

吹田市長

吹田市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 日付けで申請のあった吹田市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、次のとおり決定しましたので、通知します。

対象者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
利用時間数	時間			
コミュニケーション支援事業者名				
	連絡先			
	連絡先			
	連絡先			
備考	吹田市障害者入院時コミュニケーション支援事業については、本通知書を上記に記載する事業所に提示することで、利用が可能となります。			

様式第3号

第 号
年 月 日

(申請者).....様

吹田市長

吹田市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 日付けで申請のあった吹田市障害者入院時コミュニケーション支援事業について、下記の理由により却下しましたので、通知します。

記

却下理由

様式第4号

第 号
年 月 日

(登録事業者).....様

吹田市長

吹田市障害者入院時コミュニケーション支援事業者登録通知書

吹田市障害者入院時コミュニケーション支援事業者の登録について、次のとおり決定しましたので、通知します。

利用 者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
登録開始日		年 月 日		
コミュニケーション支援事業名				
	連絡先			
	連絡先			
	連絡先			

吹田市障害者入院時コミュニケーション支援事業実施費用請求書

吹田市長宛

請求者 住所

事業者名

代表者職氏名

吹田市障害者入院時コミュニケーション支援事業実施費用を下記のとおり請求します。

請求金額	¥
------	---

利用者氏名 _____ 様
 (_____ 年 月 日 から _____ 年 月 日分まで)

※提供内容については、別添実績報告書(様式第6号)のとおり

<請求内訳>

派遣総時間数	時間	分
--------	----	---

	単価(円)	数量	金額(円)
時間給(1時間)	1,590円		
10分以上40分未満	795円		
40分以上	1,590円		
合計	—	—	

<振込口座>

銀行・支店名	銀行	支店
預金種別	普通 ・ 当座 (口座番号)	
ふりがな		
口座名義人		

発行責任者及び担当者 ※請求者欄に押印がある場合は省略可

発行責任者	役職	氏名	連絡先
担当者	役職	氏名	連絡先

様式第6号

吹田市障害者入院時コミュニケーション支援事業実績報告書

サービス提供時間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
ふりがな 利用者氏名		生年月日	年 月 日
サービス総提供時間	時間 分	事業者及び その事業所の名称	

日付・曜日	サービス提供時間		算定時間数	支援員名	利用者 確認欄
	開始時間	終了時間	時間 分		
業務内容(業務内容のうち該当する番号に○をつけてください。9「その他」の場合は具体的に記入してください。)					
	:	:	:		
1・2・3・4・5・6・7・8・9()					
	:	:	:		
1・2・3・4・5・6・7・8・9()					
	:	:	:		
1・2・3・4・5・6・7・8・9()					
	:	:	:		
1・2・3・4・5・6・7・8・9()					
	:	:	:		
1・2・3・4・5・6・7・8・9()					
	:	:	:		
1・2・3・4・5・6・7・8・9()					
	:	:	:		
1・2・3・4・5・6・7・8・9()					
	:	:	:		
1・2・3・4・5・6・7・8・9()					
	:	:	:		
1・2・3・4・5・6・7・8・9()					
	:	:	:		
1・2・3・4・5・6・7・8・9()					

※ 「算定時間数」には、サービス提供した時間数を記入する。

※ 利用者確認欄については、利用者の押印又は自署が必要です。

枚中 枚目

入院時コミュニケーション支援事業 支援員の業務内容

入院時コミュニケーション支援の業務に含まれるもの
① 入院時の説明、聞き取りの際の意思疎通支援
② 診療時や病室等で、利用者の主訴等を伝える意思疎通支援
③ 病院スタッフによる治療計画・入院計画の説明の際の意思疎通支援
④ 診察・処置・検査・療養の説明、実施の際の意思疎通支援
⑤ 手術前後の説明、処置の際の意思疎通支援
⑥ リハビリの説明、実施の際の意思疎通支援
⑦ 退院後の治療・療養の説明の際の意思疎通支援
⑧ 医療費制度・福祉保健制度の相談・説明の際の意思疎通支援
⑨ その他の意思疎通支援(具体的に記載)