

## 横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業実施要綱

制 定 平成 22 年 9 月 15 日 健障福第 1180 号（局長決裁）

最近改正 平成 30 年 3 月 30 日 健障福第 3517 号（局長決裁）

### （趣旨）

第 1 条 この要綱は、意思の疎通が困難な障害者及び障害児が医療機関（精神科病院及び一般病院の精神科病棟を除く。以下同じ。）に入院した場合に、本人との意思疎通を十分に行うことができる者を派遣し、円滑な医療行為が行えるよう支援することを目的として実施する横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業について、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 条に定めるもののほか必要な事項を定めるものとする。

### （定義）

第 2 条 この要綱における障害者及び障害児とは、次の各号のいずれかに該当する者をいう。

- （1） 65 歳に達する日の前日までに、身体障害者福祉法施行規則（昭和 25 年厚生省令第 15 号）別表第 5 号に規定する肢体不自由の障害程度の等級が 1 級又は 2 級の身体障害者手帳の交付を受けた者のうち、四肢機能障害を有する者又はこれに準ずる者
- （2） 知的障害者福祉法（昭和 35 年法律第 37 号）第 12 条第 1 項に規定する知的障害者更生相談所（以下「更相」という。）若しくは児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 12 条第 1 項に規定する児童相談所（以下「児相」という。）において手帳の交付を受けている者又は更相若しくは児相において知的障害と判定された者
- （3） 65 歳に達する日の前日までに、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）第 5 条に規定する精神障害者となった者

2 この要綱においてコミュニケーション支援員（以下「支援員」という。）を派遣する事業者等（以下「事業者」という。）とは、次の各号のいずれかに該当する事業者をいう。

- （1） 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（対象者に対して現に法第 5 条第 6 項に規定する療養介護を提供している事業者を除く。）又は指定障害者支援施設
- （2） 法第 51 条の 14 第 1 項に規定する指定一般相談支援事業者及び法第 51 条の 17 第 1 項に規定する指定特定相談支援事業者
- （3） 介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 41 条第 1 項に規定する指定居宅サービス事業者
- （4） 横浜市障害者移動支援事業実施要綱（平成 18 年 10 月 1 日制定）に規定する指定移動支援事業所
- （5） その他横浜市内において障害者等を支援する事業者

3 支援員とは、前項に規定する事業者に属する者であって、登録者に対し医療機関への入院前に障害福祉サービス事業者等としてサービスの提供を行っていた者とする。

### （対象者）

第 3 条 本事業の対象者は、市内に居住しコミュニケーションに支援を要する障害者及び学齢児以上の障害児のうち、入院先の医療機関が支援員の派遣を承諾している者であって、次の各号のすべてに該当する者とする。ただし、障害支援区分 6 の者であって、障害福祉サービスに基づく重度訪問介

護によって入院中のコミュニケーション支援を受けられる場合を除く。

- (1) 意思疎通を円滑に図ることのできない者（別表）
- (2) 障害福祉サービス等を利用している者

2 前項にかかわらず、市長が特に認める場合は、前項各号に該当しない場合にあっても、本事業の対象者とする。

（支援の内容）

第4条 本事業のサービスは、対象者が入院した際、医療従事者等と対象者の意思疎通を図ること及びこれに伴う必要な見守りとし、これら以外のものを対象としない。

2 前項に掲げる事業は、第2条第2項に定める事業者が、対象者が入院している医療機関に支援員を派遣することにより行うものとする。

（派遣時間数）

第5条 支援員の派遣時間数は、対象者1人あたり1回の入院につき、150時間までとする。

（利用者の負担）

第6条 この要綱における支援員の派遣に要する対象者等の負担は無料とする。

（派遣費用）

第7条 支援員の派遣費用は、対象者1人につき、単価に派遣時間を乗じた額に派遣手数料を加えたものとする。

- (1) 単価 30分あたり600円
- (2) 派遣手数料 1日につき2,000円（市内交通費を含む。）

（登録の申請）

第8条 本事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、事前に「横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業登録（変更）申請書（第1号様式）」及び「横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業委任状兼承諾書（第2号様式。以下「委任状」という。）」により市長に申請する。

（登録の決定等）

第9条 市長は、前条の申請があったときは、この事業の対象要件に該当するか否かの確認を行い、「横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業申請結果通知書（第3号様式。以下「結果通知書」という。）」により申請結果を申請者に通知するものとする。

（登録内容の変更等）

第10条 前条において登録の決定を受けた者（以下「登録者」という。）の登録の内容に変更があるときには、第8条の手続きを準用する。

(登録の取下げ・廃止の届出)

第 11 条 登録者が次の各号のいずれかに該当する場合は、「横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業登録取下げ・廃止届出書（第 4 号様式）」により市長に届出をする。

- (1) 登録者が事業の利用を辞退する場合
- (2) 登録者が死亡・市外転出した場合
- (3) 登録者が事業の利用の必要がなくなった場合

(登録資格の廃止)

第 12 条 市長は、登録者が次の各号のいずれかに該当する場合は、前条に準じて登録の廃止を行うものとする。

- (1) 登録者が事業の利用の必要がなくなったと認められる場合
- (2) 前号に掲げるもののほか、適切な利用と認められない場合

2 市長は、前条の届出を受けた場合および前項により登録の廃止を行う場合は、登録者に「横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業登録廃止決定通知書（第 5 号様式）」により通知するものとする。

(利用契約)

第 13 条 登録者が事業を利用しようとするときは、「結果通知書（第 3 号様式）」を事業者に提示し、当該事業者と利用の契約をしなければならない。

(利用開始の届出)

第 14 条 医療機関への入院により事業の利用を開始する登録者（以下「利用者」という。）は、医療機関に利用の承諾を受けた上で、「横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業利用開始（変更）届（第 6 号様式）」を、入院後おおむね 1 週間以内に市長に提出しなければならない。

(利用取下げ・廃止の届出)

第 15 条 利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、「横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業利用取下げ・廃止届出書（第 7 号様式）」により市長に届出をする。

- (1) 利用者が事業の利用を辞退する場合
- (2) 利用者が利用中に死亡・市外転出した場合
- (3) 利用者が事業の利用の必要がなくなった場合

(利用終了の届出)

第 16 条 利用者が医療機関を退院したときは、退院後速やかに「横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業利用終了届（第 8 号様式）」を市長に提出しなければならない。

(事業者の要件)

第 17 条 事業者は、現に登録者にサービスを提供している第 2 条第 2 項の各号に該当する事業者で、第 9 条の規定により申請者に通知された事業者が行うものとする。

(代理受領)

第 18 条 利用者が事業者から当該事業のサービスの提供を受けた場合、利用者の派遣費用は、利用者に代わって事業者が委任状に基づき支払いを受けるものとする。

(請求および支払い等)

第 19 条 事業者は、「横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業サービス提供実績報告書（第 9 号様式）」に利用者名を記載した請求書を添えて、サービス提供終了後おおむね 2 週間以内に市長に請求しなければならない。市長は、事業者の請求を審査し、派遣費用を支払うものとする。

(費用の返還)

第 20 条 市長は、事業者が虚偽その他の不正な手段により第 7 条に規定する派遣費用の支払いを受けた場合は、当該事業者から事業の派遣費用の全額又は一部の返還を請求するものとする。

(遵守事項)

第 21 条 事業者及び支援員は、次に掲げる事項を遵守しなければならない。

- (1) 事業の利用者が医療従事者等との意思疎通が円滑に図れるよう支援員を派遣し、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を実施している際に事故等が発生した場合は、利用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
- (3) 業務上知り得た当該利用者の個人情報の保護に十分留意すること
- (4) 支援員が病院内においてサービスを提供する際は、医療従事者等の指示に従うとともに、身分を証する書類を携行し、提示を求められたときはこれを提示すること

(記録の保持)

第 22 条 事業者は、事業の実施にかかる記録等書類を整備し、当該事業終了日の属する年度から 5 年間保存しなければならない。

(調査等)

第 23 条 市長は、事業の実施に関して必要と認められるときは、事業者に対して事業にかかる報告及び書類の提示を命じ、又は当該事業者に立ち入り、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 24 条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施について必要な事項は、健康福祉局長が定める。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成 22 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 23 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

## 【別表】

「第3条(1) 意思疎通を円滑に図ることのできない者」の要件

障害支援区分認定調査項目の下記4項目のうち、いずれか「1」以外に該当していること。

3-3 コミュニケーション については、2～4に該当する場合でも、医療機関への入院というような慣れていない状況や初めての場所では「できない」という場合も勘案して判断する。

(該当項目)

意思疎通等に関連する項目

### ● 3-3 コミュニケーション

- 「1. 日常生活に支障がない」
- 「2. 特定の者であればコミュニケーションできる」
- 「3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる」
- 「4. 独自の方法でコミュニケーションできる」
- 「5. コミュニケーションできない」

### ● 3-4 説明の理解

- 「1. 理解できる」
- 「2. 理解できない」
- 「3. 理解できているか判断できない」

行動障害に関連する項目

### ● 4-2 作話

- 「1. 支援が不要」
- 「2. 希に支援が必要」
- 「3. 月に1回以上の支援が必要」
- 「4. 週に1回以上の支援が必要」
- 「5. ほぼ毎日（週に5日以上）の支援が必要」

### ● 4-3 0 話がまとまらない

- 「1. 支援が不要」
- 「2. 希に支援が必要」
- 「3. 月に1回以上の支援が必要」
- 「4. 週に1回以上の支援が必要」
- 「5. ほぼ毎日（週に5日以上）の支援が必要」

※ 認定調査未実施の場合は、聞き取りにより確認を行うものとする。

※ 旧障害程度区分認定を受けている場合は、上記項目について要件確認を行うものとする。

(第1号様式)

年 月 日

横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 登録（変更）申請書

(申請先)

横 浜 市 長

(申請者)

住所

氏名

利用者との関係

次のとおり、横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業の登録（変更）を申請します。

利用 者	ふりがな		生年月日	明治・大正	年	月	日
	名前			昭和・平成			
	住所						
	身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号		
コミュニケーション支援事業者名							
	事業者名						
	支援者名						
	連絡先 ( )						
	事業者名						
	支援者名						
	連絡先 ( )						
	事業者名						
	支援者名						
	連絡先 ( )						
かかりつけ 医療機関	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※「あり」の場合、医療機関を記入してください。 (医療機関名)						
変更の場合 は変更事由							

(第2号様式)

## 横浜市重度障害者等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、横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業実施要綱第18条に基づき、横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業の支援員派遣にかかる給付の請求・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員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



横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 申請結果通知書

横 浜 市 長

横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業の申請（変更）について、次のとおり決定しましたので、通知します。

申請結果	該当 ・ 非該当
	(非該当の場合の理由)

利用者	ふりがな		生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
	名前				
	住所				
登録番号					
登録開始日		年 月 日			
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					

横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 登録取下げ・廃止届

(届出先)  
横 浜 市 長

(届出書を記入した人)

住所

氏名

利用者との関係

横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業の登録の辞退・廃止を次のとおり届け出ます。

利用者	ふりがな		生年月日	明治・大正 昭和・平成 日 年 月
	名前			
	住所			
	登録番号			
登録コミュニケーション支援事業者名				
	連絡先 ( )			
	連絡先 ( )			
	連絡先 ( )			
辞退・廃止 事由				

横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 登録廃止決定通知書

横 浜 市 長

横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業の登録について、次のとおり廃止を決定しましたので、通知します。

利用 者	ふりがな		生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
	名前				
	住所				
登録番号					
登録開始日		年 月 日			
コミュニケーション支援事業者名					
	連絡先 ( )				
	連絡先 ( )				
	連絡先 ( )				
廃止理由					

横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 利用開始（変更）届

（届出先）

横 浜 市 長

（届出書を記入した人）

住所

氏名

横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業の利用を開始（変更）することを次のとおり届け出ます。

		登録番号			
利用 者	ふりがな			生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日
	名前				
	住所				
入 院 情 報	医療機関 ／科名	病院 / 科			
	入院日	平成 年 月 日	退院予定日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 予定 <input type="checkbox"/> 未定	
コミュニケーション支援事業者名					
	連絡先 ( )				
	連絡先 ( )				
	連絡先 ( )				
※医療機関 記入欄		上記利用者から依頼のあったコミュニケーション支援員の受け入れを承諾します。 平成 年 月 日			
		医療機関名			
		記 入 者 (※職種等は問いません。) 印			

入院後おおむね1週間以内に申請された区福祉保健センターまでご提出ください。

横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 利用取下げ・廃止届

(届出先)  
横 浜 市 長

(届出書を記入した人)

住所

氏名

横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業の利用の取下げを次のとおり届け出ます。

		登録番号	
利用 者	ふりがな		生年月日 明治・大正 昭和・平成 年 月 日
	名前		
	住所		
入院先 医療機関名			
取下日		平成 年 月 日	
取下理由			

横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 利用終了届

(届出先)  
横 浜 市 長

(届出書を記入した人)

住所

氏名

横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業を終了したことを次のとおり届け出ます。

		登録番号	
利用 者	ふりがな		生年月日 明治・大正 年 月 日 昭和・平成
	名前		
	住所		
入院先 医療機関名			
退院日		平成 年 月 日	
備考			

退院後おおむね1週間以内に申請された区福祉保健センターまでご提出ください。

横浜市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業 サービス提供実績報告書

サービス提供期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
ふりがな 利用者氏名		生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成
登録番号			サービス 総提供時間 時間

日付	曜日	サービス提供時間		算定 時間数	利用者 確認印	事業者名・支援員名【印】	医療機関 確認印
		開始時刻	終了時刻				
業務内容（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。）							
		:	:		印	印	印
1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 （							
		:	:		印	印	印
1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 （							
		:	:		印	印	印
1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 （							
		:	:		印	印	印
1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 （							
		:	:		印	印	印
1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 （							
		:	:		印	印	印
1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 （							
		:	:		印	印	印
1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 （							
		:	:		印	印	印
1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 （							
		:	:		印	印	印
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。  
・30分ごとに算定する。（14分以下は切り捨て、15分以上は切り上げ）  
・1時間⇒1.0    1時間30分⇒1.5    2時間⇒2.0    2時間30分⇒2.5    3時間⇒3.0

入院時コミュニケーション支援事業 支援員の業務

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 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
③ 診察・処置・検査・療養の説明、実施の際の意思疎通支援
④ 手術前後の説明、処置の際の意思疎通支援
⑤ リハビリの説明、実施の際の意思疎通支援
⑥ 退院後の治療・療養の説明の際の意思疎通支援
⑦ 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
⑧ ①～⑦のコミュニケーション支援前後の準備、不安・緊張への対処
⑨ その他の意思疎通支援(具体的に記載)