

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	平成 30 年 4 月 11 日 から 平成 30 年 4 月 20 日 まで		
ふりがな 利用者氏名	よこはま 横濱 太郎 太郎	生年月日	明治・大正 昭和 平成 ××年 ×月 ××日
登録番号	999999	サービス 総提供時間	6.5 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
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。）							
4/11	水	10:00	14:00	3.0 (内1時間対象外)		〇〇ホーム 福祉 花子	
1	2・3・4・5・6・7・8・9（				制度対象外の時間が含まれている場合に記載してください。		
4/15	日	11:00	12:00	1.0		〇〇ホーム 福祉 花子	
1	2・3・4・5・6・7・8・9（				裏面の支援員の業務から、該当する番号に○をつけてください。		
4/16	月	17:00	17:30	0.5		〇〇ホーム 福祉 花子	
1	2・3・4・5・6・7・8・9（						
4/17	火	10:00	10:30	0.5		〇〇ホーム 福祉 花子	
1	2・3・4・5・6・7・8・9（				1日に複数回支援に入る場合は、行を分けて記載してください。 なお、派遣手数料は1日分のみです。		
4/17	火	15:30	17:00	1.5		〇〇ホーム 福祉 花子	
1	2・3・4・5・6・7・8・9（						
提供ごとに、利用者の押印を受けてください。					印	提供ごとに、支援者が押印してください。	
1	2・3・4・5・6・7・8・9（						
					印	提供ごとに、医療機関の確認印を受けてください。	
1	2・3・4・5・6・7・8・9（						
					印		
1	2・3・4・5・6・7・8・9（						
					印		
1	2・3・4・5・6・7・8・9（						
					印		
1	2・3・4・5・6・7・8・9（						
					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)